

ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПСИХОЗАХ

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ
И ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ:
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД

Майкл Гарретт



УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Представляем вам серию книг, необходимых как специалистам, так и всем, кто хочет найти себя в нашем сложном противоречивом мире. Это:

- классические монографии и учебники;
- современные работы по психиатрии и психологии;
- учебные пособия по актуальным психологическим дисциплинам;
- популярная и просветительская литература по психологии.

Предлагаемые издания расширят научные горизонты практикующих специалистов, а также познакомят с возможностями психологической науки всех тех, кому интересна данная тематика. Не замыкайтесь в себе, не оставайтесь со своими внутренними проблемами, которые кажутся порой неразрешимыми!

Эти книги позволят вам открыть для себя методы психоанализа, аналитической психологии, гештальт-анализа и каждому выбрать близкое направление, подскажут выход из сложной жизненной ситуации, помогут справиться с тревогой, депрессией, внутриличностными конфликтами и изменить свою жизнь к лучшему.

Наш издательский проект создан для вас.

С радостью представляем новую книгу проекта!



*Треушникова Наталья Валерьевна,
президент Союза охраны
психического здоровья*

Союз охраны психического здоровья — общественная организация, ставящая своей задачей улучшение психического здоровья россиян, повышение субъективно воспринимаемого качества жизни и рост психологического комфорта для всего населения России.

В рамках своей деятельности Союз поддерживает:

- проекты в области повышения квалификации специалистов, работающих в психиатрии и психологии;
- проекты, способствующие адаптации и повышению качества жизни людей с психологическими и психическими особенностями и направленные на профилактику психических расстройств;
- проекты по изданию и переизданию книг отечественных и зарубежных авторов, близких темам программной деятельности Союза.

Michael Garrett

PSYCHOTHERAPY FOR PSYCHOSIS

*Integrating cognitive-behavioral
and psychodynamic treatment*



The Guilford Press

New York, London
2019

Майкл Гарретт

ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПСИХОЗАХ

*Когнитивно-поведенческая
и психодинамическая терапия:
комплексный подход*



Москва
2021

УДК 159.9
ББК 88.5
Г21

Published by arrangement with The Guilford Press

Перевод с английского А. Конюховой

Научный редактор — Бабин С.М., президент Российской Психотерапевтической Ассоциации (РПА), доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, профессор Санкт-Петербургского государственного университета, Института экзистенциальной и гуманистической психотерапии (Бирштонас, Литва), член Исполнительного комитета и правления Российского общества психиатров (РОП), член правления Восточно-Европейской ассоциации экзистенциальной терапии (ВЕАЭТ).

Гарретт М.

Г21 Психотерапия при психозах. Когнитивно-поведенческая и психодинамическая терапия: комплексный подход — М.: ИД Городец, 2021. — 496 с.

Книга предназначена для специалистов в области психического здоровья, которые уже участвуют в уходе за людьми, страдающими психозом, и для ординаторов и стажеров, рассматривающих возможность посвятить себя этой работе. В порядке, который служит логическим следствием понимания психологии психоза, описывается подход к психотерапии психоза, сочетающий последовательное применение когнитивно-поведенческой терапии психозов и психодинамической психотерапии психозов. Автор не претендует на то, что изобрел новый метод психотерапии. Скорее, словно соединяя две детали головоломки, он совместил два уже существующих вида терапии.

Copyright © 2020 The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc.
Published by arrangement with The Guilford Press
© А. Конюхова, перевод, 2021
© ИД «Городец», 2021

ISBN 978-5-907358-54-6

*Посвящается моей жене Нэнси,
открывшей для меня всю полноту жизненных возможностей*

ОБ АВТОРЕ

Майкл Гарретт — доктор медицинских наук, профессор клинической психиатрии и директор психотерапевтического образования на кафедре психиатрии и поведенческих наук в Научном центре здоровья при государственном Университете Нью-Йорка в Бруклине SUNY Downstate. Доктор Гарретт сертифицирован Американским советом психиатрии и неврологии и является преподавателем Ассоциации психоаналитиков Нью-Йорка, входящей в состав Медицинского центра Лангон при Университете Нью-Йорка NYU Langone Health. Исследовательские интересы доктора Гарретта включают в себя взаимоотношения между психозом и обычной психической жизнью и применение психотерапии при психозах. Доктор Гарретт — четырехкратный лауреат премии медицинского центра при государственном Университете Нью-Йорка SUNY Downstate за выдающиеся заслуги в области образования.

БЛАГОДАРНОСТИ

Я хочу выразить благодарность жене Нэнси Мак-Вильямс, заслуживающей всех наивысших похвал за ее любовь и редакционное руководство в написании этой книги. Если бы не ее превосходный ум, преисполненный оптимизма характер и вера в меня, эта книга, возможно, никогда бы не увидела свет. Я благодарен Мелани Кляйн, из работ которой я получил знания о глубоких областях человеческого разума, участвующих в формировании психоза. Ее идеи являются основополагающими в моем клиническом видении. Зигмунду Фрейду я обязан профессией и благосостоянием. Благодарю Ассоциацию психоаналитиков Нью-Йорка. Образование, которое я получил там, стало основой моей профессиональной идентичности. Несмотря на все ограничения, порожденные недостатками его собственного детства, я благодарен моему отцу, чье восхищение наукой показало мне, что мир может быть весьма интересным местом. Когда я был еще мальчиком, он научил меня заботиться о практических вещах, и это помогло мне подготовиться к жизни. Мои отношения с мамой со временем научили меня тому, насколько реальным может быть расстояние между людьми, даже между членами семьи, которые живут в непосредственной близости, даже когда в доме преобладает атмосфера доброты. Она сделала все, что могла. Мне бы хотелось, чтобы она была меньшей загадкой для меня. У меня яркие воспоминания о ее свежее испеченном хлебе и тыкве с зеленым перцем и сыром пармезан. Я благодарю мою первую жену, Кэролайн, за то, что она дала мне семейную жизнь, детей и внуков, без которых моя жизнь, несомненно, пошла бы по менее счастливому пути. Мне нравится жизнь, пополняющаяся все новыми воспоминаниями с Ниной, Дэвидом, Максом, Софи, Кейт, Захари, Себастьяном, Иваном, Алисой, Лией, Робертом и Фрэнсис. Я желаю

счастья семье Нэнси — теперь и моей: Сьюзен, Уиллу, Кэри, Марджори, Хелен, Мэтту и Марти, благодаря которым моя жизнь стала вдвое более полной. Я благодарю Марка Финна за многолетнюю дружбу, юмор, за его рекомендации книг, отзывы о первой версии этой книги и поддержку в ее написании.

Я хочу поблагодарить Эрика Маркуса, чьими трудами и клинической проницательностью я восхищаюсь. Его принятие меня как единомышленника несколько лет назад укрепило мою решимость идти вперед по пути, по которому последовали не многие. Я также считаю Эндрю Лоттермана моим единомышленником и попутчиком. Работы Сильвано Ариети, Дональда Винникотта, Гарольда Сирлса, Отто Кернберга и Бертрама Кэрона оказали значительное влияние на мое развитие как врача. Я благодарю Дугласа Теркингтона и Элисон Баббан, которые научили меня когнитивно-поведенческой терапии при психозе (КПТп) и курировали мою первую работу в технике КПТп с пациентами. Я благодарен всей команде BeckFest, с которой я провел несколько лет, развиваясь в качестве психотерапевта. Если бы Организация Объединенных Наций наградила медалью за отвагу за развитие психологических и социальных методов лечения психоза, Джон Рид получал бы ее два года подряд — за его руководство в качестве редактора журнала «Психоз: Психологический, социальный и интегративный подходы» (Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches). Я благодарю Джона за его руководство. Предложение Бенджамина Сэдока написать главу для его учебника повлекло за собой рождение первоначального плана этой книги. Я благодарю Нила Скольника и Карен Голдберг, Майкла Тейтельмана и Шэрон Козберг за их дружбу. Спасибо Нилу и Майклу за прочтение первой версии этой книги. Я выражаю свою признательность Стиву Фридману, Кэтрин Галантер, Джоэлу Голду, Брайану Келеру, Понгсаку Хуантхизонгу, Мудассару Икбалу, Жану Калуку, Монтане Кацу, Бенту Розенбауму, Нине Шулер и Майклу Селцеру — все они оказали положительное влияние на мою профессиональную жизнь.

Спасибо Китти Мур из издательства The Guilford Press за то, что она проявила интерес к этой книге, встретившись со мной за обедом в Клермонте; и за последующее экспертное руководство Джима Наготта из Guilford Press, чей опыт и мудрые советы помогли придать этой книге пригодную для публикации форму. Я благодарю всех моих пациентов за то, чему они меня научили,

и за предоставленную мне возможность почувствовать себя полезным в мире. В особенности я благодарю Ариэль, Ашу и Каспера, чья решимость жить, несмотря на бремя психоза, углубила мое убеждение в необходимости психотерапии как средства, способствующего восстановлению людей, страдающих психозом.

ВВЕДЕНИЕ

Эта книга предназначена для специалистов в области психического здоровья, которые уже участвуют в уходе за людьми, страдающими психозом, и для ординаторов и стажеров, рассматривающих возможность посвятить себя этой работе. В порядке, который служит логическим следствием понимания психологии психоза, я описываю подход к психотерапии психоза, сочетающий последовательное применение когнитивно-поведенческой терапии психозов (КПТп) и психодинамической психотерапии психозов (ПДПп). Я не претендую на то, что изобрел новый метод психотерапии. Скорее, словно соединяя две детали головоломки, я совместил два уже существующих вида терапии.

Психотерапия при психозе должна быть *амбициозной*. Амбициозной как в отношении целей, которые она ставит перед собой касательно восстановления пациентов, страдающих психозом, так и в отношении ресурсов, которые используются для достижения этих целей. Большинство государственных организаций системы охраны психического здоровья включают в описание своих программ «поддерживающую» индивидуальную психотерапию, групповую терапию, арт-терапию и другие психосоциальные методы лечения. Психотерапия, оказываемая людям с психозами в рамках государственного здравоохранения, несомненно, представляет определенную ценность, но, за некоторыми исключениями, не имеет ясного плана, страдает от нехватки специалистов и недостаточно контролируется, чтобы существенно и долгосрочно влиять на здоровье пациентов. Пациенты и врачи слишком часто принимают за успех терапии стабильность, а не стремятся к более значительному восстановлению функций пациентов в работе и межличностных отношениях. Нам следует быть более амбициозными в наших ожиданиях относительно ресурсов, которые

должно предоставлять государственное здравоохранение для психотерапии. Неудачи терапии и отсутствие положительной динамики у пациентов часто объясняются особенностями заболевания, а не неадекватностью наших клинических подходов. Я психиатр, убежденный в эффективности психотерапии при психозах. Когда я делаю обходы в стационаре, ориентированном преимущественно на психофармакотерапию, я чувствую себя военным медиком, идущим среди раненых в бою и павших солдат, которые погибают от ранений из-за недостатка пенициллина. Как бы я хотел, чтобы эта амбициозная психотерапия была более доступной для людей, страдающих психозом, раненных жизнью.

Психотерапия при психозе должна быть амбициозной и в отношении уровня образования, который ожидается от психотерапевтов, выполняющих эту работу. Поскольку клиническая задача требует этого, психотерапевты должны выходить за рамки узкой идентификации той школы, в которой они обучались, чтобы использовать более широкий и всеобъемлющий подход к лечению людей с психозом. Я был психоаналитиком, но 15 лет назад вернулся в университет, чтобы изучить КПТ. Эта книга объединяет КПТ с психодинамическим подходом к психотерапии. Существуют веские причины для разделения психотерапии психоза на два последовательных этапа: первая фаза, в которой преимущественно используются методы когнитивно-поведенческой психотерапии, чтобы исследовать непосредственно ложность бредовых идей; и вторая фаза, в которой применяется психодинамический подход, чтобы исследовать образную истинность (специфическое личное значение), которая содержится в психотических симптомах. При таком подходе «сердце встречается с разумом» с помощью комплексной, интегрированной психотерапевтической техники, более полноценной, чем изолированное применение КПТ или психодинамической психотерапии. Другие подходы, включая метакогнитивную терапию (Lysaker et al., 2011), осознанность (Pradhan, 2015b) и терапию принятия и ответственности ТПО (ACT; Hayes & Smith, 2005), также могут быть чрезвычайно полезными дополнениями для терапевтов, занимающихся индивидуальной психотерапией.

Я надеюсь, что специалисты, применяющие КПТ, найдут что-то ценное в идеях психодинамической психотерапии, описанных в этой книге, и что клиницисты, занимающиеся психодинамической терапией, начнут включать методы КПТ в свою практику.

В тех местах, где я ссылаюсь на теорию психоанализа, я попытался свести специфичную терминологию к минимуму. Я предпочитаю более открытую концепцию психоза более узкому категориальному диагнозу шизофрении. Я считаю, что употреблять выражение «люди с психозом» или «люди, страдающие психозом» предпочтительнее, чем называть людей «шизофрениками». Ради некоторого разнообразия в языке я иногда могу прибегать к таким выражениям, как «пациент с психотическим расстройством», «больной психозом» или «человек с психотическим расстройством», хотя я хорошо понимаю, что личность ни одного человека не определяется полностью психотическим процессом.

Чем отличается эта книга

В мире есть много хороших книг о психотерапии психоза. Чем отличается эта книга?

Эта книга:

1. Указывает на необходимость психотерапии психозов в государственной психиатрии, где большинство пациентов с психозом получают медицинскую помощь; и предлагает план того, что потребуется для предоставления необходимых психотерапевтических услуг в государственных клиниках.
2. Описывает модель психоза, которая расширяет существующие модели, включая в себя биологию, феноменологию психоза, когнитивные и психоаналитические теории и показывая, что можно сочетать биологию и психологию как в теории, так и в лечении психоза.
3. Применяет психоаналитическую теорию объектных отношений к феноменологии психоза и к технике психотерапии таким образом, что психоз рассматривается как автобиографическая пьеса, поставленная в реальном мире.
4. Выдвигает предположение, что психотические симптомы являются символическим выражением психической жизни страдающего психозом человека — нейтронными звездами на небосводе разума, которые наполнены смыслом.
5. Уделяет особое внимание изменениям субъективного опыта сознания, которые происходят при психозе и приводят к утрате полноценных психических функций и формированию бредовых идей.

6. Описывает объединение КПТ и психодинамической методики в непрерывном процессе лечения.

Почему моя книга наряду с другими современными книгами о психотерапии психоза (Garfield & Steinman, 2015; Lotterman, 2015; Marcus, 2017; Steinman, 2009) актуальна? Если говорить упрощенно, хотя современный подход, ориентированный на психофармакотерапию при лечении психозов, может приводить к снижению острой психотической симптоматики и способствует предотвращению рецидивов, он недостаточно эффективен, чтобы занимать доминирующее положение среди всех терапевтических парадигм. После почти семи десятилетий преобладания методов биологической психиатрии, в то время как другие медицинские дисциплины достигли значительных успехов в улучшении состояния здоровья пациентов, большинство людей с хроническим психозом остаются инвалидизированными на протяжении всей своей взрослой жизни. Харроу и его коллеги отслеживали результаты в группе пациентов с диагнозом «шизофрения» на протяжении 20 лет (Narrow, Jobe Faull & Yang, 2017). Через 15 лет наблюдения только у 10–20% пациентов был отмечен относительно благоприятный исход (восстановление), в то время как у 25–35% наблюдались хронические психотические симптомы без ремиссии. У остальных пациентов отмечено перемежающееся нарастание и убывание симптомов. Пациенты, не получавшие антипсихотические препараты, демонстрировали значительно меньшее количество психотических симптомов и лучшие показатели истории трудоустройства, чем те, кому были назначены антипсихотические препараты (Narrow, Jobe & Faull, 2014). Данные продольного анализа показывают, что у большинства пациентов долгосрочное назначение нейролептиков не восстанавливает функциональные возможности, отмечавшиеся до начала заболевания (Narrow et al., 2017). Рид и Диллон представляют в работе обширный анализ функциональных показателей у людей, проходивших лечение с применением психофармакотерапии и без него (Read & Dillon, 2013).

Психофармакотерапия в настоящее время — доминирующий метод в лечении острых психозов и для многих пациентов играет важную роль в предотвращении рецидивов заболевания. Прекращение терапии нейролептиками связывали с увеличением частоты рецидивов и возрастанием смертности (Tiihonen, Tanskanen & Taipale, 2018). Профессор Тихонен и соавторы в своем

исследовании выявили, что, вероятнее всего, невозможно установить минимальный временной период назначения нейролептиков, после которого было бы безопасно прекратить их применение, поскольку риск рецидива увеличивался с течением времени. Так как лишь небольшой процент рецидивов был отмечен за период менее 6 месяцев, авторы исследования пришли к выводу, что возникновение рецидива, вероятно, не связано с гиперчувствительностью нейрорецепторов. Примечательно, что 30% пациентов, прекративших прием лекарств на ранней стадии, не были повторно госпитализированы, что позволяет предположить, что некоторые пациенты могут обходиться без поддерживающей психофармакотерапии. Исходя из моего клинического опыта, я смог помочь многим пациентам добиться значительного улучшения качества жизни, которого они не могли достичь с применением только поддерживающей терапии медикаментами. Несмотря на то, что я наблюдал пациентов, успешно справлявшихся со снижением дозы лекарств без рецидивов, что касается пациентов, желающих полностью прекратить прием лекарств, у меня не было большого успеха полной отмены нейролептиков без возобновления симптоматики психоза.

Психофармакология остается доминирующим методом терапии, несмотря на наличие доказательств того, что некоторые больные способны достичь восстановления без лекарств (Bola & Mosher, 2002, 2003); несмотря на наблюдения, показывающие, что большинство пациентов с впервые возникшим психотическим состоянием, получающих активную психосоциальную помощь, могут демонстрировать положительную динамику или без применения медикаментов, или со снижением дозы препаратов (Aaltonen, 2011; Cullberg, Levander, Holmqvist, Mattsson & Wieselgren, 2002); несмотря на весьма незначительные показатели положительного ответа среди пациентов, принимающих нейролептики, по сравнению с контрольной группой плацебо (Leucht, Arbter, Engel, Kissling & Davis, 2009); несмотря массу тяжелых побочных эффектов медикаментозных препаратов; несмотря на то, что в долгосрочной перспективе от половины до двух третьих пациентов достигают длительных периодов восстановления и можно предположить, что психоз не является по определению необратимым состоянием (Ciompi, 1980; Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss & Breier, 1987a, 1987b); и несмотря на наблюдение, что многие пациенты, которые прекращают прием препаратов, выздоравливают, что указывает:

не всем без исключения пациентам нужно принимать нейрорептики на протяжении всей жизни для успешного восстановления (Narrow & Jobe, 2007). Несомненно, 60-летний опыт применения преимущественно биологической парадигмы — это время, достаточное, чтобы прийти к выводу, что нам необходимо обратить внимание на психологические и социальные методы лечения.

Доводы в пользу применения психотерапии при психозе

Программа амбициозной психотерапии, описанная в этой книге, созвучна с движением *recovery*, сменой парадигмы, произошедшей в середине 1970-х годов, когда в центр внимания были поставлены пациенты / потребители психиатрической помощи / «эксперты по опыту» (Американская психологическая ассоциация — American Psychological Association, 2014) (личностно-социальное восстановление (*recovery*) — длительный личностный процесс возвращения (при измененности отношений, чувств, восприятий, целей, наличии вызванных болезнью ограничений) через сохранение надежды и восстановление самоконтроля, преодоление утраты активной позиции, стигмы тяжелой психической болезни — к наполненной смыслом жизни и обретению вновь значимой ценностной роли (Гурович И. Я., Любов Е. Б., Сторожакова Я. А., 2008. — *Науч. ред.*). В отличие от традиционной генетической модели шизофрении как заболевания головного мозга, основной целью которой было уменьшение симптомов хронического психоза с помощью лекарств, движение *recovery* поставило перед собой более амбициозную цель: чтобы люди, страдающие психотическим заболеванием, могли рассчитывать на значительное восстановление функциональных возможностей, достаточное для трудовой деятельности и межличностных отношений, а также были способны вести полноценную жизнь (Deegan, 2003). Движение за гражданские права, законодательство, признающее потребности лиц с ограниченными возможностями, и доказательства того, что люди, страдающие психозом, могут выздороветь (Zipursky, Reilly & Murray, 2013), создали благоприятные условия для этого сдвига.

Восстановление представляет собой широкую концепцию, которая включает не только цель сокращения психотической

симптоматики, но и признание того, что люди, заболевшие в молодости, утратили годы крайне важного жизненного опыта, который не может быть компенсирован лекарствами. Организация служб психического здоровья и профилактики злоупотребления психоактивными веществами SAMHSA (The Substance Abuse and Mental Health Services Administration) определяет четыре аспекта восстановления: возможность преодолеть недуг или справиться со своей болезнью; стабильное место для жизни; значимые ежедневные действия и ресурсы для участия в жизни общества; отношения и социальные связи, которые обеспечивают поддержку, дружбу, любовь и надежду (SAMHSA, 2011). В отличие от фармакологии, которая ориентирована на врачей, восстановление ориентировано на человека, служит автономным процессом и направлено на расширение возможностей пострадавшего от психического заболевания индивида. При этом ожидается, что восстановление будет нелинейным процессом: это путь непрерывного роста, на котором встречаются отдельные неудачи, когда человек учится на собственном опыте. Амбициозная психотерапия может оказать чрезвычайно ценную помощь в восстановлении.

Широко распространенное пессимистическое настроение следует за убеждением, что по своему существу «шизофрения» — это хроническое заболевание головного мозга, для которого нам еще предстоит найти биологическое лечение. При таком умонастроении врачи первичного звена могут чувствовать, что, предоставляя традиционное лечение, они проводят паллиативные поддерживающие процедуры, дожидаясь, когда придет биологический «мессия». Ожидание того самого биологического лекарства обеспечивает бесконечные возможности для обоснования терапевтических неудач. Если мы не ожидаем, что пациенты действительно выздоровеют, мы меньше думаем о том, что еще мы можем сделать *сейчас*, и удовлетворяемся мыслью о том, что мы уже делаем все возможное. Поскольку психоз — сложное биопсихосоциальное расстройство, которое несет психологический отпечаток неблагоприятного жизненного опыта, хронический психоз никогда не будет побежден изолированной биологической терапией. На мой взгляд и по мнению многих моих единомышленников-клиницистов, существенной причиной высокой смертности, заболеваемости и длительной утраты функциональных способностей при психозе оказывается неспособность психиатрии включить

амбициозную программу индивидуальной психотерапии в лечение психоза. Кэррон (2003) описал отсутствие психотерапии для пациентов с психозом как трагедию. Я согласен. Психотерапия не может заменить психофармакотерапию, однако психотерапия должна быть основой лечения.

Чтобы быть справедливым, в то время как успешные подходы, такие как Сотерия (Soteria House — небольшое жилое сообщество, предоставившее благоприятное безопасное место, где люди с психозом могли выздороветь без использования нейролептиков), предлагают жизнеспособные альтернативы лекарствам, ни одна система общественного здравоохранения нигде в мире не обходилась без психофармакологии в каком-либо виде. Как отмечалось ранее, нейролептики могут облегчать острые симптомы психоза у многих пациентов и способствовать «стабилизации» пациентов в сообществе, однако эти препараты далеко не панацея. Некоторые пациенты, которые придерживаются назначенной терапии, сообщают, что нейролептики притупляют их чувства; и это может помогать людям выносить их бредовые убеждения, не изменяя их фундаментально (Mizrahi, Bagby, Zipursky & Karup, 2005). Широко цитируемые Клинические испытания эффективности терапевтического вмешательства CATIE (Manschreck & Boshes, 2007), где проводилось сравнение эффективности и побочных эффектов антипсихотических препаратов первого и второго поколений, показали, что в целом более новые препараты не были существенно более эффективными, чем старые и дешевые лекарства (Leucht, Kissling, & Davis, 2009). В своей оценке того, что психиатрия узнала из исследования CATIE, Либерман и Строуп (2011) высказывают мнение, что смотреть на результаты исследования CATIE — это все равно, что видеть императора без одежды. Они заключают: «Говоря об отличиях между антипсихотиками, мы говорим в большей степени об их побочных эффектах, чем об их терапевтических эффектах» (с. 772).

Еще одна причина рассматривать психотерапию заключается в том, что нейролептики вызывают повреждение ткани головного мозга. Долгосрочное контрольное МРТ-исследование изменений головного мозга у пациентов с хроническим психозом, получающих нейролептики, выявило, что потеря мозговой ткани в течение курса нейролептического лечения не коррелирует с тяжестью заболевания или злоупотреблением психоактивными веществами,

а связана с общим воздействием нейролептиков и продолжительностью психоза без лечения (Andreasen, Liu, Ziebell, Vora & Ho, 2013; Ho, Andreasen, Ziebell, Pierson & Magnotta, 2011). Учитывая структурные изменения головного мозга из-за общего нейролептического воздействия, авторы предлагают свои клинические рекомендации: «При изучении относительного баланса эффектов, а именно длительности рецидива в сопоставлении с интенсивностью антипсихотического лечения, это исследование проливает свет на неприятную дилемму, с которой сталкиваются клиницисты. Профилактика рецидивов важна, но она должна осуществляться с использованием минимально возможных для контроля симптомов дозировок медикаментов» (с. 609).

Психосоциальные методы лечения, в том числе психотерапия, способны помочь уменьшить кумулятивное воздействие нейролептиков на пациента, как это было продемонстрировано в крупном многоцентровом двойном слепом контролируемом исследовании, проведенном на базе государственных амбулаторных учреждений (Kane et al., 2016; Mueser et al., 2015). В этом исследовании пациенты, которые входили в процедуру NAVIGATE, включавшую в себя персонализированное управление планом медикаментозного лечения с меньшим количеством назначаемых лекарств, семейные интервенции, индивидуальную психотерапию с ориентацией на устойчивость и оказание помощи с трудоустройством, показали лучшие результаты с точки зрения качества жизни, чем пациенты, проходившие обычное лечение в государственных клиниках, которое включало более высокие дозы нейролептиков. Иными словами, пациенты, которые получали меньше лекарств и больше психосоциальной терапии, в том числе индивидуальную психотерапию, показали лучшие результаты.

Когда психиатрия делает одностороннюю ставку на лекарства, она обрекает некоторых пациентов на жизнь без особой надежды. Один пациент, страдавший психозом, однажды сказал мне на нашем первом амбулаторном сеансе психотерапии, что, когда ему сообщили, что он отвечает критериям для выписки, поскольку у него больше нет ярко выраженных суицидальных наклонностей, он принял решение покончить с собой после выписки. Несмотря на то, что, находясь в стационарном отделении, он не выражал таких острых суицидальных идей, как это было при поступлении, он по-прежнему ощущал отчаяние, думая о своем будущем.

Он предположил, что сотрудники больницы, конечно же, знали об этом, потому что он говорил им это много раз. Он рассудил, что, если после 6 недель интенсивного стационарного лечения медикаментами врачи выписывали его, они сделали все возможное и больше ничем не могли ему помочь. Его невеста и лучший друг убедили его не сдаваться и подтолкнули обратиться к психотерапевту.

Опровержение мифов о психотерапии при психозе

Каждое поколение клиницистов за последние 100 лет включало специалистов, которые лечили пациентов с психозом с помощью психотерапии и писали о своей работе (Stone, 1999). Психоанализ породил чрезвычайно ценные идеи о психозе и ряд одаренных клиницистов, но психоаналитики мало что сделали для распространения психодинамической психотерапии в государственной психиатрии (Garrett & Turkington, 2011). Сторонники КПТ больше преуспели в этом отношении, но ни КПТ, ни психодинамическая психотерапия не стали стандартной частью традиционного общепринятого лечения. У неудач внедрения этих видов терапии есть исторические, клинические, политические и финансовые причины.

Самым большим препятствием на пути распространения психотерапии при психозе стало широко распространенное убеждение, что этот вид лечения не представляет никакой ценности. С появлением нейролептиков в 1950-е годы, а также в 1970-е и 1980-е годы был проведен ряд исследований по изучению эффективности психотерапии при психозе по сравнению с применением медикаментов (Karon & VandenBos, 1972, 1981; May, 1968). Исследование Мэй, где с пациентами работали неопытные психотерапевты, показало, что использование одной психофармакотерапии лучше, чем только психотерапия, но что медикаментозная терапия в сочетании с психотерапией превосходит лечение с применением исключительно медикаментов. В исследовании Кэрона и ВанденБоса (Karon and VandenBos, 1981) пациентов лечил или один из двух психотерапевтов, имеющих опыт психотерапии психоза, или неопытные психотерапевты, находившиеся под наблюдением этих опытных клиницистов,

причем одна группа пациентов получала лечение в виде психотерапии в сочетании с психофармакотерапией от неопытных психотерапевтов, а другая группа получала только психотерапию от неопытных психотерапевтов. Результаты показали, что пациенты, проходившие лечение психотерапией, провели в больнице примерно в два раза меньше времени, чем группа, получавшая обычное медикаментозное лечение. Также наблюдалось значительное снижение расстройств мышления по сравнению с контрольной группой, которая не проходила психотерапию. Контрольное исследование через два года показало, что у пациентов, наблюдавшихся неопытными психотерапевтами и не получавших медикаментозного лечения, не снилось общее количество дней, проведенных ими в стационаре, в то время как опытные терапевты, проводившие лечение пациентов как с применением лекарственных препаратов, так и без них, смогли добиться сокращения количества дней, проведенных пациентами в больнице. Это исследование подчеркнуло важность опыта психотерапевта в психотерапии при психозах. Оно отличается от исследования Мэй и большинства других исследований тем, что продемонстрировало: для некоторых пациентов применение одной только психотерапии превосходит эффект медикаментозного лечения. Результаты этих и трех других работ обобщены в отчете крупнейшего Бостонского исследования психотерапии (Boston Psychotherapy Study), посвященного психотерапии психоза, которое проведено на сегодняшний день (Gunderson et al., 1984; Stanton et al., 1984). Это исследование проходило в то время, когда влияние биологического подхода возрастало, а влияние психоанализа уменьшалось, и авторы выдвинули гипотезу, что психодинамическая психотерапия будет более эффективной, чем поддерживающая психотерапия. Исследование сравнило эксплоративную, инсайт-ориентированную психотерапию (EIO), в которой использовались психодинамические методы, с поддерживающей адаптивной психотерапией (RAS), которая фокусировалась на решении проблем здесь и сейчас. Оно было проведено на трех базах с участием 95 пациентов и 81 опытного психотерапевта с последующим двухлетним контрольным наблюдением, хотя и со значительным показателем отсева. На это исследование было затрачено огромное количество времени, ресурсов и научной мысли, и подобное достижение не скоро будет повторено, учитывая современное

состояние финансирования исследований, где предпочтение уделяется развитию нейронаук. Наиболее поразительным и неожиданным результатом было то, что, хотя состояние пациентов улучшилось после психотерапии, между терапевтическими группами не было значительных различий по большинству показателей. В соответствии с основным направлением каждого вида терапии при применении RAS наблюдалось явное преимущество в снижении числа рецидивов, улучшении показателей трудовых функций при выполнении обязанностей по дому, в то время как при применении инсайт-ориентированной психотерапии ЕЮ было выявлено некоторое преимущество в улучшении функционирования эго и познавательных способностей. Как было верно отмечено в исследовании Кэрона (1972), последующий анализ роли опыта психотерапевтов выявил значительную связь между опытным динамическим подходом и лучшими результатами (Glass et al., 1989).

Поскольку не удалось подтвердить явное преимущество психодинамической терапии, результаты Бостонского исследования не вдохновили к дальнейшему изучению психотерапии психоза, пока специалисты, изучавшие КПТ, не возобновили работу в этом направлении в 1990-е годы. В 1980-е и 1990-е годы не только считалось, что психотерапия неэффективна, но даже идея о том, что психотерапия может быть вредной, просочилась в литературу по психиатрии. Дрейк и Седерер (Drake & Sederer, 1986) опубликовали статью, основанную на истории одного пациента, которого они никогда не видели, чья семья утверждала, что пациент начал бредить и пришел в возбужденное состояние после посещения психотерапии пять раз в неделю. Никаких особенностей проводимой психотерапии не было описано. Тем не менее авторы предположили, что психотерапия может быть вредной для пациентов с шизофренией. Лоттерман (2015) прослеживает это описание единственного случая, поскольку он, возможно, способствовал формированию мнения других исследователей, цитировавших эту статью в духе того, что психотерапия несет вред людям, страдающим психозом (Mueser & Berenbaum, 1990; Scott & Dixon, 1995). То, что можно было бы принять за разумное предостережение (что чрезмерно интенсивная психотерапия, которая инициирует регресс, может быть опрометчивым выбором), переросло в ныне распространенный цинизм в отношении психотерапии при психозе.

Исследования, проведенные до настоящего времени, не стали адекватным критерием эффективности психотерапии при лечении психозов. История фармакотерапии служит поучительным контрастом. Когда пионеры химиотерапии отмечали отдельные положительные результаты среди частых неудач, они не вывели белый флаг, а восприняли индивидуальные положительные примеры как доказательство того, что со временем могут быть достигнуты лучшие результаты. Они были правы. Они не сдались. Они провели больше исследований, и усовершенствовали свои методы лечения, и добились повышения эффективности. Точно так же недавнее исследование показало, что у пациентов с резистентностью к клозапину улучшилось состояние после 9 месяцев КПТ по сравнению с обычным лечением клозапином, однако улучшение в группе КПТ не сохранялось через 21 месяц после прекращения психотерапии (Morrison et al., 2018). Исходя из этого, Скулер предполагает, что потеря эффекта КПТ после прекращения лечения может не так сильно отличаться от утраты эффекта после отмены медикаментов. Очевидные дополнительные преимущества применения КПТ у пациентов, уже принимающих наиболее эффективный из имеющихся нейролептиков, должны побудить исследователей выяснить, как сохранить или увеличить этот положительный эффект (Schooler, 2018). «Шизофрения» не приводит к неизбежному ухудшению психического состояния. Пациенты иногда выздоравливают без лекарств. Многие показывают периоды полноценного функционирования, несмотря на хроническую инвалидность. Есть все основания надеяться, что, совершенствуя методы психотерапии, мы сможем помочь нашим пациентам достичь лучших результатов, чем у нас получается на сегодняшний день. Литература по психотерапии полна обнадеживающих клинических примеров, но, в отличие от онкологов, которые были вдохновлены ранними положительными результатами, психиатры преждевременно сдались, закрывая книгу по исследованиям психотерапии психозов слишком рано. Пришло время вернуться назад и действовать более осознанно.

Несмотря на успехи в работе ведущих клиницистов на протяжении всего XX века, эмпирические исследования, демонстрирующие эффективность КПТ и индивидуальной психодинамической психотерапии при психозе, а также свидетельства от первого лица о восстановлении от психоза, сохраняются предвзятое отношение

к психотерапии¹. Психиатрия отказалась от исследования психотерапии, не пытаясь разработать более эффективные методы. Предубеждение против психотерапии психоза особенно поразительно, учитывая доказательства того, что КПТ может способствовать снижению симптоматики, устойчивой к нейролептикам (Rathod, Kingdon, Weiden & Turkington, 2008), несмотря на удручающие сообщения о предвзятости публикаций, когда нет огласки негативных исследований нейролептиков в пользу публикации исследований с положительными результатами. Например, величина эффекта в неопубликованных исследованиях нейролептиков составила только 0,23 — меньше половины от показателя, представленного в опубликованных исследованиях (0,47), это статистически значимая разница (Turner, Koenigsmacher & Shapley, 2012). Замалчивание испытаний нейролептиков с отрицательными результатами преувеличивает эффективность лекарственных препаратов по сравнению с психотерапией.

Таким образом, было бы справедливо сказать, что имеются убедительные доказательства эффективности психотерапии при психозе: клинические случаи успешной психотерапии и некоторые данные рандомизированных исследований, говорящие в пользу ценности психотерапии. Все это должно побудить интерес к исследованию и совершенствованию методов психотерапии, а не привести к общему отказу от психотерапии как метода лечения.

¹ Здесь я имею в виду клиническую работу пионеров психотерапии, таких как Гарри Стек Салливан (Sullivan, 1974), Фрида Фромм-Райхман (Fromm-Reichmann, 1950), Герберт Розенфельд (Rosenfeld, 1965), и Сильвано Ариети (Arieti, 1974), их последователей Ханны Сигал (Segal, 1950), Гарольда Сирлза (Searles, 1986), Отто Уилла (Will, 1958), Бертрама Кэрона (Karon & VandenBos, 1981) и в недавнее время — Джорджа Этвуда (Atwood, 2012), Майкла Эйгена (Eigen, 1995), Томаса Огдена (Ogden, 1980), Майкла Роббинса (Robbins, 1993), Эндрю Лоттермана (Lotterman, 2015), Дэвида Гарфилда и Ира Стейнмана (Garfield & Steinman, 2015), Кристофера Болласа (Bollas, 2012), а также Йохансона, Мартиндейла и Куллберг (Johannsen, Martindale, and Cullberg, 2006). В число убедительных свидетельств восстановления от психоза от первого лица входят истории Джоанн Гринберг (Greenberg, 1964), Арнхильд Лаувенг (Lauveng, 2012), Элин Сакс (Elyn Saks, 2007) и др. (Geekie, Randal, Lampshire & Read, 2011). Что же касается эмпирических исследований психотерапии психоза, некоторые ключевые исследования включают испытания Wykes, Steel, Everitt, and Tarrier (2008), Gottdiener and Haslam (2002), Mojtabei, Nicholson and Carpenter (1998), Rosenbaum et al. (2012), Smith, Glass and Miller (1980), and Summers and Rosenbaum (2013).

Совокупный опыт нескольких клиницистов за прошедшие десятилетия, отмеченный ранее, как правило, не учитывается, в то время как рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) считаются единственным доказательством настоящей ценности. РКИ хорошо подходят для изучения влияния независимой переменной (методики лечения) на зависимую переменную (измеримый симптом), если предполагается линейная причинная зависимость. РКИ во многом не подходят для изучения долгосрочной психотерапии психоза, когда зависимая переменная (человек) не пассивный реципиент лечения, а активный агент изменений, который формирует лечение непредвиденными способами (Carey & Stiles, 2016). Если изучающий принимает другие методы доказательства, такие как последовательное ранжирование, сходимость (конвергенция) концепций и результатов и постепенное устранение альтернативных объяснений, он найдет существенные данные в поддержку психотерапии психоза.

Согласно DMS-5 (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам), одна и та же картина симптомов может быть диагностирована как «краткий реактивный психоз» или «шизофрения», в зависимости только от продолжительности заболевания. Определение «шизофрения», основанное на продолжительности заболевания, а не на комплексе патогномичных симптомов, позволяет некоторым прийти к выводу, что больные с психозом, достигшие восстановления без лекарств, в действительности не страдали «шизофренией». Если «шизофреники» определяются как неизлечимые люди, трудно ожидать как значимого эффекта психотерапии в их лечении, так и живого интереса к исследованиям в области психотерапии.

Понимание психологии психоза требует от клинициста эмпатии и понимания механизмов психологической защиты и уровня эмоциональных страданий, которые не часто встречаются в повседневной жизни. Когда клиницисты не видят большой связи между обычной психической жизнью и психотическими симптомами, польза от психотерапии при психозе может быть неочевидной.

Теперь дискредитированная этиологическая теория «шизофреногенной матери» как причины психоза была популярна в 1950-е и 1960-е годы. Очевидная эффективность нейролептиков в контроле острых психотических симптомов опровергает эту теорию. К сожалению, дискредитация этой единственной

психологической гипотезы ставит под сомнение психологические теории в целом, отказываясь от одной неверной идеи, отвергает возможность психологического подхода вообще.

Фрейд не верил, что пациенты с психозом формируют поддающийся анализу перенос, и поэтому он не признавал и эффективность психоанализа для лечения психоза, по крайней мере в том виде, в котором он сам практиковал этот метод. За исключением некоторых примечательных примеров, психоаналитическое сообщество копировало отношение Фрейда и в значительной степени отказалось оказывать помощь людям с тяжелыми психотическими расстройствами. Обучающие программы по психиатрии последовали этому примеру, мало углубляясь в изучение психотерапии психозов в своих учебных планах (Kimhy et al., 2013).

Психотерапия не смогла утвердиться не только потому, что она была вытеснена биологическими методами лечения, но и потому, что классический психодинамический подход часто оказывается неэффективным, если психотерапевты слишком рано обращают внимание на интерпретацию бессознательных психологических значений психотических симптомов и уделяют слишком мало внимания когнитивным механизмам пациента и сознательным переживаниям симптомов психоза. Я надеюсь, что эта книга поможет восстановить этот баланс.

Что касается моего личного опыта, когда я окончил ординатуру (резидентуру) по психиатрии около 40 лет назад и вскоре после этого получил подготовку в сфере психоанализа, я хотел заниматься психотерапией с пациентами, страдающими хроническим психозом, в секторе общественного здравоохранения, но обнаружил, что клинические навыки, которые я приобрел во время ординатуры в психиатрической больнице, не отвечали этой задаче. Спустя годы, все еще интересуясь психотерапией психоза, я стал читать литературу по когнитивно-поведенческой психотерапии, которая начала появляться в Великобритании в начале 1990-х годов. Осознавая ценность этого направления, я решил, что мне следует отложить в сторону спокойную и стабильную карьеру психоаналитика и, приближаясь к среднему возрасту, вернуться к образованию. Я читал документы и учебники, посещал тренинги по КПТ, ходил на конференции и начал лечить пациентов с психозами под наблюдением двух опытных британских психотерапевтов-специалистов в области КПТп, доктора Дугласа Тюркингтона и доктора философии Элисон Брамбан. Это обучение

оказалось бесценным. Оно позволило мне вспомнить мои первоначальные амбиции заниматься психотерапией с людьми, страдающими психозом. Лучше поздно, чем никогда.

Мои новые знания сразу же доказали свою ценность. Моим первым пациентом стала женщина с хроническим параноидным психозом, которая до начала психотерапии проходила стационарное лечение каждый год в течение 5 лет. Лечение Аши описано в главе 15. После 4 месяцев психотерапии один раз в неделю и последующего наблюдения в течение 15 лет она ни разу не возвращалась в стационар. Вторым пациентом, которого я лечил в начале практики, был мужчина с хроническим параноидным бредом, который находился в государственном судебно-медицинском учреждении в течение 15 лет, после того как убил свою семью. Лечение Каспера также кратко изложено в главе 15. После 9 месяцев психотерапии, проводимой один раз в неделю, он продемонстрировал достаточные успехи и получил одобрение на пропуск за пределы отделения. В следующем году его выписали из стационара в специализированный интернат. Учитывая то, что за 15 лет традиционного лечения он не достиг улучшения и не был готов к выписке, он наверняка умер бы в больнице, если бы не работа, проделанная им на сеансах психотерапии.

Большинство клиницистов периодически посещают разные конференции и время от времени говорят о том, чтобы засчитывать часы непрерывного образования в пользу получения лицензии, но эти учебные мероприятия слишком коротки, чтобы развить уверенность в новых клинических навыках. Никто не может научиться психотерапии и стать специалистом КПТ или психодинамическим психотерапевтом в ходе часовой обучающей беседы или обзорного курса на выходных. Я надеюсь, что эта книга вдохновит по крайней мере нескольких врачей, занимающихся КПТ, и психодинамических психотерапевтов «вернуться в школу», чтобы уделить время и достаточное внимание тому, что могут предложить коллеги, придерживающиеся другого концептуального подхода. Я надеюсь, что врачи, работающие в государственной психиатрии, сочтут эту книгу полезной, потому что именно в государственных клиниках проходят лечение большинство пациентов с психозами. В настоящее время я пытаюсь узнать больше о техниках осознанности (Pradhan, 2015), медитации, десенсибилизации и переработке движений глаз ДПДГ (EMDR) (Wilson et al., 2018), терапии принятия и ответственности (Harris, 2009) и других

методах, которые могут позволить пациентам говорить о том, что иначе было бы невыразимым.

Эта книга состоит из трех частей. В первой части я рассматриваю современные биологические и психологические теории этиологии психоза и предлагаю модель, которая объединяет биологический и психологический подходы. Во второй части я описываю подход к психотерапии психозов, который служит логическим следствием этой теоретической модели, технику, которая объединяет КПТ и психодинамический метод. В третьей части я описываю современное состояние лечения людей, страдающих психозами и находящихся в государственных клиниках, и предлагаю модель для изменения. В этой книге я привожу примеры применения моего подхода, подкрепленные клиническим материалом. Все примеры представляют собой случаи из работы с реальными пациентами, которым я дал псевдонимы и изменил отличительные детали, в соответствии с современными этическими стандартами соблюдения конфиденциальности в профессиональной литературе (Cliff, 1986; Gabbard, 2000).

Я хочу подчеркнуть, что не утверждаю, будто изобрел новую терапию. Я стараюсь не давать уже известным понятиям новые имена. Не пытаюсь создать исчерпывающий обзор применения КПТ или техник психодинамической психотерапии при психозах. Скорее, я комбинирую аспекты психодинамического подхода (в частности, теории объектных отношений) с определенными методами КПТ для лечения психоза, чтобы сформировать комплексную терапию, которая удобна мне как клиницисту и приносит положительные результаты для моих пациентов.

ЧАСТЬ I
ТЕОРИЯ

Глава 1

ЦЕНТРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЗА И ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Психотерапия страдающих от психозов может быть трудной задачей, но все же она выполнима и на практике часто не более трудна, чем психотерапия людей с серьезными расстройствами личности. Центральная проблема в проведении психотерапии со страдающими психозом пациентами заключается в том, что по большей части они считают, что источник их непрекращающихся трудностей лежит вне их самих в реальном мире, часто он представляется в форме преследователя, например члена семьи, соседа, ЦРУ, мафии или голоса, который больной воспринимает так, как если бы голос был реальным человеком.

Больной психозом обращается к внешнему миру, к опасностям, которые воспринимаются как находящиеся в окружающей среде, а не внутрь себя, к тревожным мыслям и чувствам, которые могут быть наследием реальных неблагоприятных жизненных событий. Общим среди известных симптомов психоза, таких как идеи соотнесения (англ. *ideas of reference* — представление о том, что некие события взаимосвязаны, хотя какой-либо регулярной связи между ними объективно не существует. — *Науч. ред.*), бред и голоса, является то, что больной человек воспринимает определенные мысли так, как если бы они возникли вне психологических границ собственного «Я» (*self*). Под нахождением за пределами «Я» я имею в виду мысли, переживаемые так, как если бы они возникли не внутри субъективной внутренней части разума (в том смысле, в котором мы обычно воспринимаем наши мысли и чувства), а, скорее, как если бы они приходили в сознание сходно восприятию человека или объекта, находящегося во внешнем мире.

В обычной взрослой психической жизни мы можем различать переживание мысли или чувства, ощущения в теле и восприятие внешнего мира. Точно так же мы можем различать наше ментальное представление о себе и наше ментальное представление о других; то есть мы знаем, какие мысли и чувства приписать себе, а какие — другим. Психическое здоровье подразумевает поддержание стабильных различий между самим собой и другими, мыслью и восприятием, фантазией и памятью, телом и разумом. Несмотря на то, что у людей с диагнозом «шизофрения» был выявлен ряд психологических нарушений (Bellak, 1973), разрушение ментальных границ, которые обычно отличают различные ментальные переживания, лежит в основе того, что делают и говорят люди с психозом (Blatt & Wild, 1976). Это разрушение ментальных границ было впервые описано двумя современниками Фрейда столетие назад, тем, что Тауск (1988) назвал утратой «границ эго», а Федерн (1952) — утратой «чувства эго», когда мысли и чувства, которые обычно испытываются внутри сознания, не могут быть отделены от внешнего восприятия.

Например, одна женщина, страдавшая психозом, однажды сказала мне, что она может чувствовать, как ее любимая покойная кошка передвигается у нее в животе. Она не могла разделить воспоминания о своей кошке, тоску и желание того, чтобы ее любимый питомец снова оказался рядом, и физические ощущения в животе, похожие на те, которые может чувствовать будущая мать. Этот разрыв в границах между различными категориями восприятия представляет собой фундаментальную проблему в психотерапии психоза. По-видимому, как биологические, так и психологические факторы играют роль в нарушении этих ментальных границ и как фармакологические, так и психологические методы лечения способны помочь восстановить эти границы и уменьшить симптомы психоза. Такие нарушения ментальных границ приводят к возникновению гибридных состояний сознания, в которых мысли, чувства и восприятие смешиваются в аномальные субъективные переживания, характеризующие психоз. Нарушения нейронных связей в головном мозге (см. главу 2) могут привести к перекрещиванию различных форм сознательного опыта, приводящего к измененным субъективным состояниям, когда смешиваются категории восприятия, обычно содержащиеся в сознании раздельно. Человеку, который не может разделить

свои мысли, чувства и восприятие, будет трудно ясно думать о чем-либо. Например, чтобы ясно мыслить о смерти ребенка и скорбеть о его утрате, родитель должен держать прошлые воспоминания и чувства о ребенке отдельно от текущего восприятия внешнего мира. Если желание (мысль и чувство) скорбящего родителя снова увидеть своего сына или дочь сочетается с его восприятием ребенка, увиденного на заднем сиденье проезжающей машины, которое родитель воспринимает за свою любимую Мелоди или Сэмюэла, переживший утрату человек может прийти к ложному выводу, что ребенок на самом деле не мертв, а, скорее, похищен. В этом случае процесс скорби останавливается и сменяется яростью и охотой на похитителей. Человек, чья психическая жизнь состоит из гибридных состояний, которые не испытывают другие люди, будет находиться в глубоко неблагоприятном социальном положении, так как окружение не сможет сопереживать его аномальным субъективным состояниям. Другие люди скажут, что такой человек *потерял связь с реальностью*. Это общепринятое определение психоза, которое может служить отправной точкой для понимания заболевания, если внимательно его продумать.

Некоторые основные определения реальности

Поскольку мы собираемся говорить о психозе, будет полезно помнить определения четырех сфер.

1. *Реальный мир* — это естественный мир, частью которого мы все являемся, от электронов до галактик, мир, который существует независимо от способности нашего вида воспринимать его. Можно сказать, что реальный мир — это звук хлопка одной руки, шум, который издает мир, когда никто не слушает. Мы не можем познать реальный мир в его сущности и полноте, мы не можем раствориться в его тайне, но у нас есть устройства, которые могут надежно измерять и фиксировать некоторые из его объективных свойств.

2. *Реальность (или объективная реальность)* — это понятие, определяющее то, как мы воспринимаем реальный мир через наши чувства, как наш мозг на основании стимулов из реального мира формирует выводы, создавая воспринимаемую нами модель реальности. Мы обычно говорим о реальности, как если бы

существовала только одна реальность, но нам бы лучше следовало говорить о социально обусловленной реальности, которая отражает консенсус данного сообщества, члены которого имеют схожую нервную систему для восприятия реального мира. Человек с психозом живет в необусловленной реальности, которая соответствует его субъективному восприятию. Реальность, в человеческом понимании, воспринимается как находящаяся в пространстве, имеющая место во времени и подчиняющаяся правилам логики и причинности.

3. *Восприятие реальности* — это присущее нам субъективное чувство, которое обычно сопровождает наш сознательный опыт объективной реальности. Мы можем чувствовать, что что-то реально, одновременно зная, что это невозможно (например, когда мы слышим наше имя, громко выкрикнутое на улице, где никого из наших знакомых нет рядом). Наше восприятие событий, которые, как мы знаем, реальны, может быть искажено, как, например, при диссоциативных состояниях, при дереализации или ощущении дежавю, когда мы осознаем, что привычное нам восприятие реальности было нарушено.

4. *Субъективная реальность, или психическая реальность*, относится к измерению ментального восприятия, которое в значительной степени бессознательное и состоит из мыслей, чувств и фантазий, реальных в том смысле, что они действительно происходят и действительно имеют последствия. Когда мы рассказываем кому-то о своем сне, мы не говорим: «Прошлой ночью я воображал, что мне приснился сон». Вместо этого мы говорим: «Прошлой ночью мне приснился сон», предоставляя сну полное и законное место в нашей субъективной реальности. Действующие правила субъективной реальности отличаются от правил, регулирующих наше понимание объективной реальности. В субъективной реальности преобладают эмоции (какие чувства мы испытываем по отношению к тем или иным вещам), а не логика (чем эти вещи являются). Можно сказать, что субъективная реальность подвержена законам другой физики, чем объективный мир. Это безвременный мир вечного настоящего. Этот ментальный мир включает представления о самом себе (созвездия воспоминаний, мыслей и чувств, связанных с собственным «Я», находящимся в центре субъективного восприятия) и представления об объектах (матрица воспоминаний, мыслей и чувств, связанных с людьми и неодушевленными объектами вне себя), все под

глубоким влиянием бессознательной фантазии. Динамические взаимоотношения между собственным «Я» и его психологическими объектами, которые находятся в центре внимания психоаналитической теории объектных отношений (Kernberg, 1976), служат ведущим элементом как обычной психической жизни, так и психоза.

Чтобы проиллюстрировать вышеизложенные понятия и определения, рассмотрим следующий клинический пример человека с психозом, воспринимавшим субъективную реальность, которая включала в себя гибридную смесь мыслей, чувств и восприятий, расходившуюся с обусловленной реальностью; человека, чей разум действительно был «вывернут наизнанку».

Джеймел и его восприятие реальности

В больницу был доставлен матерью 40-летний мужчина, после того как он провел несколько дней, не выходя из своей комнаты. Джеймел почти не ел, быстро терял вес и почти не спал. Его отец бросил семью, когда он был подростком. Будучи старшим сыном, Джеймел взял на себя ответственность быть «мужчиной в семье» вместо отца. Он надеялся, что сможет стать положительным примером своим братьям и сестрам и приведет их к благополучию. Став первым человеком в семье, поступившим в колледж, он перенес первый эпизод психоза на первом году обучения, после чего вернулся домой, только чтобы медленно погрузиться в существование с хроническим психозом и алкоголизмом. Он стал считать себя неудачником, и это убеждение закрепилось, когда его младшая сестра стала жертвой убийства, связанного с наркотиками. Он обвинял себя в смерти сестры: ведь он не смог дать ей лучшую жизнь, чтобы она могла не связываться с бандитскими группировками.

Джеймел объяснил сотрудникам стационара, что он не выходил из дома из-за того, что их взгляды соседских собак проникают сквозь ткань и так псы рассматривают его ничтожное слабое тело под одеждой. Он полагал, что они смотрели на его телосложение с издевкой. То, что он видел особый смысл во взгляде собак, представляет собой пример часто встречающегося симптома психоза, *идеи отношения*, когда больной человек полагает, что не имеющие реального значения события несут для него особый,

личный смысл. Его восприятие собаки — это и идея отношения, и синдром бредового восприятия. Любой присутствующий, когда Джеймел сталкивался с собакой, мог заметить, что собака действительно смотрела на Джеймела, однако Джеймел воспринимал уникальный, предназначенный для него посыл во взгляде собаки, который не был бы очевиден для других. Он также слышал голоса: «Неудачник! Убей себя! Убей!»

С психоаналитической точки зрения ложное представление Джеймела о том, что собака издевается над его худым телом, служит защитой от внутренней опасности, разрушительного ощущения того, что он абсолютный, бесполезный неудачник. В этом убеждении сложные проблемы его взрослой жизни концентрируются и смещаются от глобального чувства неадекватности к более ограниченной идее физического недостатка, связанного с его телом. Таким образом, дело не в том, что пациент полный неудачник, а в том, что у него некрасивое тело. Эта защитная формация затем проецируется на его мысленное представление о собаке. Болезненное восприятие пациентом себя как неудачника словно бы исчезло из его собственного разума и вновь появилось в уме собаки (точнее, в глазах собаки). Его ненависть к себе также проявляется в обесценивающих насмешках голосов. Вместо унижительных мыслей о себе, связанных с воспоминаниями о людях и событиях из его жизни, вызывающих чувство отчаяния, он встречает свою ментальную жизнь за пределами самого себя, в своем измененном восприятии внешнего мира, в насмешливом взгляде собаки и в голосе, который побуждает его покончить с собой. Джеймел не может ясно думать о своей жизни. Его субъективный опыт смещается от его собственных мыслей и чувств к *восприятию* его мыслей и чувств извне, как будто они были включены в его восприятие собаки. Взгляд собаки и голос — это аномальные измененные формы субъективного восприятия, которые разрушают обычные границы *эго*, смешивая мысли, чувства и восприятие таким образом, который лишь изредка встречается в обычной психической жизни.

Джеймел и его одержимость собакой

В безумии Джеймела есть система. Пока он обеспокоен собакой, множество болезненных чувств, связанных с реальными обстоятельствами его жизни, включая его ненависть к себе,

временно удерживаются на безопасном расстоянии. Его бредовое восприятие собаки превращает его интрапсихическую боль в межличностную проблему между ним и собакой. От этой кажущейся внешней опасности теперь возможно сбежать. Избегая собаки, он скрывается от собственной ненависти к себе, которая была спроецирована на его мысленное представление о преследовательнице-собаке. С преследующим голосом дело у Джеймела обстояло не так благополучно. Как и видение, звук исходит из определенного места в пространстве, но, в отличие от видения, звук заполняет окружающую среду во всех направлениях, распространяется, отражаясь от поверхностей. В отличие от собаки, которую Джеймел мог держать вне поля зрения, от голоса, звучащего в голове, скрыться было нельзя. Джеймел был одержим переживаниями о собаке и голосе, пренебрегая основными аспектами повседневной жизни.

В этой книге рассматриваются биологические и психологические причины такого выворачивания психики «наизнанку» и предлагаются рекомендации по подходу к подобным случаям в психотерапии. Как и Джеймел, большинство людей, страдающих психозом, обнаруживают источник своих проблем во внешнем мире, а не внутри самих себя.

Психологический смысл отношений Джеймела с собакой, вероятно, будет очевиден на очень раннем этапе лечения для большинства врачей, занимающихся психодинамической психотерапией. Однако быстрое объяснение связи между ненавистью пациента к себе и собакой не принесло бы пользы и, вероятно, пошло во вред лечению. Джеймел убежден, что собака — его основная проблема. Со стороны врача попытка даже мягко и косвенно предположить, что его настоящая проблема — низкая самооценка, а не собака, приведет к тому, что Джеймел будет чувствовать себя абсолютно непонятым. Прекращение внимания от собаки прежде, чем пациент будет готов к этому, создаст у больного впечатление, что психотерапевт не осознает серьезную опасность, которую представляет собака. Точно так же, как он думает, что взгляд собаки сфокусирован на нем, его внутренний взгляд сосредоточен на собаке. Джеймел считает, что нападение на его самооценку будет исходить от собаки, а не изнутри, со стороны его собственной психики.

Буквальная ложность и образная истинность

Каким образом психотерапевт может наиболее эффективно помочь пациенту, который переживает психологическое расстройство в контексте измененного восприятия физического мира? Это состояние вызывает необходимость изменений в традиционной исследовательской технике психодинамической психотерапии. Ряд авторов описали изменения стандартной психотерапевтической техники, специально адаптированной к потребностям пациентов с пограничными расстройствами личности (Fonagy, Target, Gergely, Allen & Bateman, 2003; Kernberg, 1975; Linehan, 1993; Mearns, 2012; Young, 1999), а Лоттерман (Lotterman, 2015) рассказал о модифицированном психодинамическом методе для психотерапии психоза. Эта книга описывает применение техники, которая сочетает КПТп и психодинамическую психотерапию (Garrett & Turkington, 2011), адаптированную для лечения психозов. В комбинированном последовательном подходе психотерапевт сначала использует методы КПТп, чтобы помочь пациенту изучить *буквальную ложность* его убеждений о мире. На следующем этапе лечения психотерапевт использует психодинамические методы для изучения *образной истинности* симптомов психоза у пациента.

Работа с буквольной ложностью

На КПТп-ориентированной фазе лечения пациент и психотерапевт совместно проводят сбор данных для изучения дезадаптивных убеждений пациента. Психотерапевт помогает пациенту исследовать его измененное восприятие внешнего мира и бредовые убеждения, которые легли в основу этих аномальных переживаний. Если психотерапевт достигает успеха в том, чтобы вызвать сомнения в отношении бредовых идей, он может в какой-то момент сказать: «В результате нашего изучения ваших убеждений мы видим, что, хотя первоначальные объяснения, к которым вы пришли в какой-то момент времени, имели смысл, ваши идеи, по-видимому, не могут полностью объяснить произошедшее с вами. Важно, чтобы мы вместе подумали об альтернативных объяснениях, чтобы убедиться, что мы рассмотрели все возможные точки зрения». Используя методы КПТп, психотерапевт помогает пациенту справиться с убеждениями, что его проблемы лежат во внешнем мире, и создать почву для альтернативного убеждения (что его проблемы происходят изнутри, из того,

как он переживает жизненный опыт). На языке КПТп психодинамическая интерпретация становится альтернативным объяснением переживаний пациента.

Работа с образной истинностью

Во второй фазе лечения психотерапевт может использовать психодинамические методы, чтобы помочь пациенту понять образную истинность его психотических симптомов. Пациенты, которые понимают, что их тревожные представления об окружающем мире буквально ложны, могут добиться значительного уменьшения страданий именно от этой реализации, не желая или не будучи способными понять психологическое глубинное происхождение своих симптомов. Таким людям может быть достаточно знать, что голоса не обладают той силой, о которой они когда-то думали, даже не спрашивая, почему голоса появились в первую очередь. Другие пациенты, те, кто не желает переходить к изучению неблагоприятных жизненных событий после успешной фазы КПТп, возможно, захотят рассказать о своей травме позже в течение непрерывных отношений с психотерапевтом, иногда спустя годы. И некоторые пациенты (например, Ариэль, чье лечение описано в главе 14) после успешной фазы КПТп хотят знать не только, почему они допустили когнитивную ошибку, но и почему они совершили именно эту конкретную ошибку. Это область психодинамической психотерапии, которая раскрывает значение психотических симптомов пациента. КПТп — метод, имеющий преимущество в том, что он позволяет показать пациентам, что они допустили ошибку, которая привела к буквально ложному убеждению; психодинамическая психотерапия — метод, преимущество которого в том, что он помогает пациентам понять, почему совершенная ими ошибка отражает образную истинность.

Я практикую и отношусь с уважением к трем традициям лечения психозов: психофармакологии, когнитивно-поведенческой терапии и психодинамической психотерапии. На мой взгляд, вопрос не в том, какой из этих трех подходов правильный, а в том, как их можно наиболее эффективно комбинировать вместе с другими терапевтическими средствами для обеспечения наилучшего лечения данного человека в конкретное время на пути этого человека к восстановлению. Люди, страдающие психозом, добровольно или недобровольно подчиняются системам лечения, которые мы

предоставляем. Это подчинение становится священным актом доверия. Клиницисты несут моральное обязательство уважать это доверие, сопротивляясь давлению близоруких предрассудков своей школы, которые ослепляют практикующих врачей в отношении того, что ценно в других традициях.

Хотя КПТп и подход психодинамической психотерапии отличаются в теории и в технике, многие из различий между ними можно рассматривать как различия терминологии, а не содержания (Bornstein, 2005). То, что психотерапевты, занимающиеся КПТп, называют *защитным поведением*, когда пациент избегает определенного человека или ситуации, психоаналитики расценивают как фобию, где человек избегает объекта фобии, на который проецируется тревога, так же, как Джеймел избегал собаки. То, что Мелани Кляйн назвала бы первичным расщеплением, которое позволяет проецировать отстраненные части себя на преследующие объекты (Klein, 1946), исследователи КПТп назвали бы когнитивным искажением в собственную пользу (*self-serving cognitive bias*). То, что клиницисты КПТп назвали бы акцентом на познании в технике психотерапии, психодинамические психотерапевты расценили бы как усиление наблюдающего *эго*. И так далее. По мере того как поведенческая терапия трансформировалась в когнитивно-поведенческую психотерапию, а современная практика КПТп все больше отмечает важность аффектов и «схем», которые формируют познание, современные концепции разума в КПТп приближаются к психоаналитической теории. Если клиницисты КПТп могут избегать представления о психоаналитиках как о причудливых мечтателях без устойчивой базы двойного слепого метода и если психоаналитики откажутся от представления о практикующих КПТп врачах как о поставщиках фастфуд-терапии, которым нравятся беспристрастные сантехнические схемы, каждой традиции найдется место для развития, и взаимообучения, и взаимодействия, что принесет пользу остро нуждающимся пациентам.

Применение методов КПТп с Джеймелом

На мой взгляд, одной из причин предшествующих ограничений эффективности, которые претерпевал психодинамический подход к психозу, была склонность клиницистов, практикующих этот метод, интерпретировать бессознательное значение психотических

симптомов слишком рано в процессе лечения. В случае Джеймела на ранней стадии его лечения лучше всего интересоваться собакой, а не его ненавистью к себе. Психотерапевт, работая в режиме КПТп, постарался бы выяснить, что именно в облике собаки указывает на издевательство. Это присуще всем собакам или одной конкретной собаке? Смотрит ли собака не только на Джеймела, но и на других людей, и если так, то взгляд собаки также выражает издевку над другими, а если нет, как отличается взгляд собаки, когда он направлен на Джеймела? Что известно о собачьем интеллекте? Основной целью начальной фазы лечения в технике КПТп было бы создание достаточно безопасных терапевтических отношений, чтобы Джеймел мог отвлечь свое внимание от собаки на достаточно долгое время, чтобы исследовать любые моменты неуверенности, которые могут возникнуть у него касательно того, что собаки способны видеть сквозь его одежду. Люди с психозом не пойдут на риск и не станут бросать вызов своим убеждениям, если они не чувствуют себя в безопасности с психотерапевтом. Победу в терапии одерживают не умные логические доводы, которые доказывают ложность бредовой идеи: скорее, именно доверие пациента к психотерапевту, настроенному против убедительного бреда психоза, продвигает лечение вперед. Техника КПТп может помочь вернуть ментальное содержание, укрепившееся в бредовых идеях, назад, в границы разума и собственной личности, где его можно почувствовать и обдумать на психодинамической фазе работы. Как и во всей психотерапии, терапевт пытается помочь пациентам воспринимать их симптомы как значимые реакции на жизненные проблемы. Психотерапевт не может обещать легкой жизни или компенсации за прошлые травмы.

Измененное сочетание мыслей, чувств и восприятий, которые стали предметом этой книги, служат метафорическим выражением психической жизни человека, страдающего психозом. Психотические симптомы подобны ребусу, который рассказывает историю словами и образами. Слово «ребус» происходит от латинского словосочетания *non verbis, sed rebus*, что означает «не словами, а вещами». Знакомый ребус, содержащийся в книгах для маленьких детей, чередует изображение коровы со словом «корова» в ходе повествования. Галлюцинации, бред и другие аномальные субъективные переживания, возникающие при психозе, представляют собой особый вид ребуса, в котором изображение, связанное со словами, не запечатывается как оттиск

на бумаге, а отображается на полотне окружающей действительности в том, что доктор Маркус называет «вещественной презентацией душевной жизни» (Marcus, 2017). Люди с психозом общаются словами, словесными метафорами и образами, состоящими из измененных представлений о внешнем мире. Коллажи изображений, слов и измененных субъективных состояний объединяются и формируют психотические симптомы.

Психотическим симптомом может быть добросовестное описание пациентом аномального состояния психики или своего рода загадка его сердца, которую пациент и психотерапевт должны отгадать, расшифровав ее эмоциональный код. В некоторых случаях, как в случае с Джеймелом, метафорическое значение психотического симптома легко понять. В других ситуациях значение теряется за измененными состояниями личности или может быть скрыто особенно специфическими символами и шрамами многолетней полной травм жизни. Человек, страдающий психозом, фактически скрывает психологическую боль в метафорическом значении психотических симптомов. Психодинамическая интерпретация психотического симптома предлагает пациенту выразить метафорическое значение симптома словами, связанными с болезненными эмоциями, с неблагоприятными жизненными переживаниями, процесс, который возвращает отщепленные элементы психической жизни обратно в осознанную часть разума, где они могут быть обработаны и использоваться как стимул эмоционального роста и восстановления.

Когда человек с психозом всерьез разговаривает с врачом, для пустой болтовни нет места. Психологическая ситуация человека, страдающего психозом, слишком пугающая, чтобы говорить полуправду и соблюдать социальные приличия, которые являются частью большинства обычных разговоров в обществе. Здесь же разговор наполнен значимостью. Не будет преувеличением сказать, что в разговоре с человеком, страдающим психозом, что-то важное происходит каждые 60 секунд, хотя кое-что из того, что говорит или делает пациент с психозом (включая периоды молчания), может быть непонятно для случайного слушателя. Как только врач изучит словарь психоза, разговор с пациентом становится схожим с беседой на диалекте, который психотерапевт теперь научился понимать.

Эта книга не энциклопедия психотерапии психоза. Я не ставлю целью обобщить разнообразие подходов, которые различные

психотерапевты в прошлом веке применяли с пациентами, страдающими от психозов, и я не утверждаю, что подход, изложенный в этой книге, будет полезен для всех пациентов. Скорее, я обращаю внимание на группу общих психотических симптомов, в которых мысли и чувства путаются с восприятием, феномен, который представляет собой одну из наиболее сложных проблем, с которыми психотерапевт сталкивается при работе с индивидуумами, страдающими психозом. Я предлагаю концептуальную модель этих симптомов, которая включает психологические и биологические факторы, и описываю клинический подход, следующий из этой модели. При учете объема психологической литературы по психозам автору следует быть осторожным в утверждении о том, что он сообщает что-то оригинальное: в заявлении, которое часто маскирует недостаточно начитанного писателя. Я надеюсь, что эта книга содержит несколько оригинальных идей или по крайней мере предлагает оригинальную интеграцию существующих идей о феноменологии, психологии, биологии, когнитивно-поведенческой терапии и психодинамической психотерапии психоза. Я надеюсь соединить эти части биопсихосоциальной модели, чтобы раскрыть общую картину. Я также надеюсь связать психотические процессы с обычной психической жизнью с достаточной ясностью, чтобы укрепить убежденность в том, что умы людей, страдающих психозом, не так сильно отличаются от наших собственных. Когда эта реальность будет осознана, пациенты с психозом смогут стать кандидатами для амбициозного подхода в психотерапии.

В следующей главе описаны современные биологические и психологические модели психоза.

Глава 2

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПСИХОЗА

Как и люди, которые живут в одном районе, но редко общаются, биология и психология разработали отдельные теории этиологии психоза, которые, на первый взгляд, имеют мало общего. Биология и психология наблюдают различные явления и используют разный язык для описания и формулировки своих результатов. Если мы спросим: «Что первично в психозе: мозг или разум?», мы быстро потерпим кораблекрушение, столкнувшись с проблемой тела и разума классической философии. Мы можем избежать этой участи, если уделим пристальное внимание тому, как используется язык. Биология и психология оперируют тем, что философ Людвиг Витгенштейн назвал различными «языковыми играми» (Wittgenstein, 2009). Согласно Витгенштейну, язык организован в различные независимые массивы слов, которые могут иметь некоторые общие слова, однако они по существу не находят значения в жестко фиксированных определениях. Скорее, значение слова может быть различным в зависимости от контекста, в котором оно используется («языковая игра»). Например, утверждения «у меня есть радио», «у меня большой зуб», «у меня есть мозг», «у меня есть разум» и «у вас шизофрения» объединяет то, что в них присутствует понятие «иметь», но «иметь» в каждом случае принимает совершенно разное значение.

Путаница может возникнуть из-за структуры языка. Если бы нейробиолог доказывал первенство биологии в психозе, говоря: «У всех нас есть мозг. Без мозга не было бы разума», психолог

мог бы возразить: «Но у всех нас есть разум. Мы с тобой не стали бы говорить о мозге, если бы у нас не было сознания, способного постичь такую вещь, как мозг». Утверждение «у меня есть мозг» подразумевает, что «Я» первого лица находится в центре субъективного опыта (ума), обладает мозгом, как человек, обладающий почкой, легким или физическим объектом. «У меня есть разум» подразумевает, что есть «Я», которое стоит отдельно от ума и которое им владеет. Когда мы пытаемся думать о том, являются ли биология или психология более фундаментальными, язык замыкается сам в себе, оставляя нас в дезориентации. Слова не могут ответить на вопрос: «Психоз — физическая или психическая проблема?»

Нейробиология и психология — две разные «языковые игры», которые рассматривают психоз с разных точек зрения, и обе они лучше всего подходят для решения разного рода проблем. Нейробиологи говорят на языке ионных каналов, синаптических щелей и нейротрансмиттеров, чья активность может быть продемонстрирована в лаборатории с помощью систем, позволяющих работать с отдельными клетками и фиксировать их активность (single-cell electrical recordings), фМРТ и диффузионно-тензорной томографии. Психотерапевты говорят о границах эго, фантазиях, внутренних объектах, производных влечения, когнитивных искажениях, схемах, психологических защитах и переносе, явлениях, которые можно легко наблюдать в повседневной жизни и в кабинете психотерапии.

Эти отдельные «языковые игры» — специализированные лингвистические инструменты, приспособленные для достижения разных результатов, каждый из которых доминирует в своей сфере. Мы выбираем нашу «языковую игру» так, как мы выбираем инструмент для конкретной задачи. Мы берем в руки пилу, чтобы построить дом, ручку, чтобы написать письмо.

Язык нейробиологии позволяет нам создавать лекарства, способные снизить беспокойство и уменьшить психотические симптомы. Он может когда-нибудь помочь нам осуществить генный сплайсинг (от англ. splice — «сращивать или склеивать концы чего-либо» — процесс вырезания определенных нуклеотидных последовательностей из молекул РНК и соединения последовательностей, сохраняющихся в «зрелой» молекуле, в ходе процессинга РНК. — *Науч. ред.*), который уменьшит биологическую уязвимость человека к психозу. Язык психологии позволяет нам строить

человеческие отношения, поддерживающие надежду, и вырабатывать словесные конструкции, облегчающие душевные страдания. Эти две «языковые игры» пересекаются в клинической работе, но ни одна не может вытеснить другую. Обе играют важную роль в лечении тяжелых психических заболеваний.

Патогенез психоза

Теперь перейдем к феноменологии психоза и практическому опыту ее применения. Бауэрс (Bowers, 1974) отмечает несколько стадий, которые происходят в развитии психотического расстройства, явлений, которые были описаны многочисленными исследователями в различных терминах. Хотя в некоторых случаях заболевание может развиваться внезапно, оно часто начинается с продромального периода, который может длиться месяцы или годы. Продромальный период может характеризоваться множеством тонких нарушений восприятия и изменения собственного опыта, зафиксированных в исследовании Шкалы оценки аномальных ощущений (Examination of Anomalous Self-Experience Scale EASE; Parnas et al., 2005), изменений, которые способны несильно нарушить нормальную деятельность. Эти изменения включают в себя переживание потока сознания с усиленными акустическими качествами, ослабление ощущения субъективного присутствия, нарушения чувственных отношений с собственным телом и спутывание границ между мыслями, чувствами и восприятием. Например, Эйден, человек, у которого развился острый психоз, когда ему было около 25 лет, вспоминал, что в старшей школе он чувствовал, что может «физически прикасаться» к привлекательным женщинам своим разумом. Когда он таким образом касался женщин своим разумом, он полагал, что видел, как они слегка вздрагивали, таким образом обнаруживая, что они зарегистрировали его прикосновение, но не зная, что именно он был причиной их кратковременных ощущений. Субъективное переживание Эйденем своих фантазий как отличных от восприятия начало разрушаться за годы до того, как он стал страдать острым психозом.

Первый психотический эпизод часто происходит в контексте тупиковой ситуации в развитии. Молодой человек может столкнуться со значительным психологическим конфликтом,

испытаниями на пути личностного роста, психологической травмой или другим жизненным кризисом. Гарри Стэк Салливан (Harry Stack Sullivan, 1973) считал, что подростки более уязвимы к психозу, если за время развития им не удалось сформировать достаточные социальные навыки, чтобы обеспечить свои основные потребности *удовлетворения* и *безопасности* посредством взаимодействия со сверстниками. Удовлетворение подразумевает удовлетворение физических потребностей, а безопасность относится к безопасным межличностным привязанностям и чувству собственного достоинства в обществе. Например, неспособность взаимодействовать с объектом своих физических желаний с достаточным навыком для удовлетворения своих сексуальных потребностей (например, недостаток психологической подготовки к тому, чтобы пойти на свидание в подростковом возрасте) блокирует удовлетворение; а неспособность достичь достаточного социального положения в семье и в обществе, с тем чтобы обеспечить позитивное чувство собственного достоинства (например, благодаря успехам в школе), подрывает безопасность. Молодые люди, которые не могут достичь базового удовлетворения и безопасности из-за какой-либо комбинации предшествующих биологических факторов и неблагоприятного жизненного опыта и, следовательно, плохо подготовленные к тому, чтобы справиться с неизбежными тревогами, возникающими в процессе взросления, могут застрять на «мели» развития и теряют управление. «Психоделическое» усиление чувственного опыта часто предвещает начало психотического эпизода. Может отмечаться усиленное восприятие внешнего мира, где цвета кажутся более яркими, а звуки — более интенсивными. Может возникать повышенное чувство смысла и взаимоотношения с природой или «океаническое» чувство слияния с миром природы — чувства, которые могут быть, по крайней мере вначале, не полностью неприятными. Чаще всего возникает смутное чувство тревожного ожидания, которое Ясперс (1963) назвал «бредовой атмосферой», окутывающей человека «тонким, проникающим и странно неопределенным светом». Сас и Пинкос (Sass and Pienkos, 2013) цитируют Конрада (1997), который использует театральный термин «трема» (означающий страх актера перед началом спектакля), чтобы описать начальную стадию психоза, когда человек чувствует, что что-то пока неясное должно вот-вот произойти, и это ожидание сопровождается смутным чувством страха. Барьер, который ограничивает

незначимые стимулы, окружающие человека, разрушаются, позволяя тому, что обычно остается второстепенным, вторгаться в сознание. Человек может стать «привязанным к стимулам», сосредотачиваясь на образах и звуках, которые обычно оставались бы незамеченными, но которые теперь имеют предельно насыщенное качество (Braff, 1993). Например, разговор с госпитализированным пациентом может быть нарушен, когда пациент фиксируется на звуке отдаленного объявления по громкоговорящей системе больницы. На этом этапе человек, страдающий психозом, начинает по-другому относиться не только к восприятию внешнего мира, но и к своим внутренним психическим процессам. Вначале эти сенсорные изменения могут быть не связаны человеком с самим собой, но со временем они обычно порождают насыщенные «идеи отношения», когда пациент чувствует, что обычные события, такие как взгляд незнакомца, или крик вороны, или слово в уличном знаке, организованы с какой-то скрытой ссылкой на него самого (Карур, 2003). Например, человек, смотрящий телевизионный прогноз погоды в Оклахоме, слышит, как синоптик произносит «опасность торнадо», и воспринимает эти слова как предупреждение, адресованное лично ему, о том, что слишком опасно покидать его квартиру в Бруклине. Эйден (упомянутый выше) пришел к выводу, что машины, припаркованные по соседству со школой искусства и дизайна, где он был студентом, были помещены туда группой наблюдения с целью отправить ему сообщение с цветовой кодировкой. Фоновые элементы в окружающей среде, которые обычно мало интересны, выделяются на переднем плане внимания, словно бы нагруженные личной значимостью. Окружающая среда кажется пронизанной мучительной инсинуацией. Когда инцидент, который был бы забыт как интересное совпадение, если бы он случился один раз, случается снова и снова, это кажется убедительным доказательством того, что за кулисами происходит что-то очень важное. Возможность доброкачественного совпадения растворяется. Кажется, что ничто не происходит случайно. Человек чувствует, что он является субъективным центром вселенной.

Конрад (1997) описывает формирование заблуждения как апофению, в которой скрытый смысл внезапно становится очевидным (апофения, от др.-греч. ἀποφαίνω — «высказываю суждение, делаю явным» — переживание, заключающееся в способности видеть структуру или взаимосвязи в случайных или бессмысленных

данных. Термин был введен в 1958 году немецким неврологом и психиатром Клаусом Конрадом, который определил его как «немотивированное видение взаимосвязей», сопровождающееся «характерным чувством неадекватной важности». — *Науч. ред.*) В то же время действует процесс, который он называет анастрофой, когда человек с психозом развивает гиперрефлексивное самосознание относительно своих собственных мыслей (анастрофа, от греч. *anastrophe* — «перевертывание, ниспровержение», — изменение формы переживания при острой шизофрении. Больному представляется, что все мировые события касаются лично его. — *Науч. ред.*) Вместо того чтобы участвовать в жизненных событиях спонтанно и оживленно, человек с психозом обращается внутрь, отслеживая мысли и чувства, как если бы они были объектами восприятия. Обычно люди ощущают себя как «Я» от первого лица, с чувством воли и личной точки зрения, встроенными в постоянный опыт реального мира. Мысли, чувства и восприятие человека молчаливо считаются его собственными без необходимости метакогнитивной саморефлексии, чтобы утверждать о том, что эти психические события происходят изнутри «Я». При психозе полноценное «Я» от первого лица исчезает и заменяется пустой оболочкой самовосприятия с уменьшенным чувством присутствия в мире (Lauveng, 2012). Люди, страдающие психозом, могут отрицать, что у них есть какие-либо мысли; они могут сомневаться в том, что они инициаторы своих мыслей; или они могут полагать, что их мысли вводятся в их умы сторонним агентом.

Сас и Парнас (Sass, Parnas, 2003) проводят различие между двумя формами самосознания: «предрефлексивным самообладанием», или «самостью», *ipseity*, которое обеспечивает фоновое ощущение бытия, и «рефлексивным самосознанием», которое включает сфокусированное внимание, направленное на психические события. По их мнению, при психозе человек испытывает ослабленное чувство «самости», и это ослабляет переживание «первого лица» в центре опыта. В то же время человек испытывает усиление гиперрефлексивного самосознания, когда аспекты самости, которые обычно не появляются в сознании, воспринимаются так, как если бы они были воспринятыми объектами. Ментальные процессы «становятся больше похожими на интроспективные объекты со все более утонченными, пространственными и внешними качествами... Кажется, что пациенты испытывают

состояния повышенной рефлексивной осведомленности, в которых у них есть острое понимание аспектов, структур или процессов действия и опыта, которые нормальный человек просто подразумевает и не замечает» (с. 432, 434).

Переход от активно мыслящего к воспринимающему мысль

По мере того как устойчивое «Я» угасает, патологическое гиперрефлексивное самосознание приобретает такую форму, что знакомые аспекты повседневного опыта, которые обычно остаются незамеченными и принимаются как должное, теперь становятся объектами изучения. Мало что происходит свободно, автоматически или не вызывает сомнений. Жизненный опыт затеняется одновременным самоанализом. Когда естественная неисследованная автоматичность знакомых явлений разрушается, психологическая основа для мнения, мотивации, активности и действия теряется, и возникает состояние психической инерции, отраженное в так называемых негативных симптомах шизофрении. Люди, страдающие психозом, которые мало что способны принять как должное, могут быть парализованы обыденным выбором, часами размышляя над тем, выпить чай или кофе. В этом состоянии гипертрофированного интроспективного самосознания они испытывают сдвиг от самостоятельного мышления к восприятию своих мыслей. Этот сдвиг в сторону восприятия может сначала отражаться в тонком усиленном акустическом качестве собственных мыслей или, в случае вербальных галлюцинаций, в полноценном слуховом качестве, схожем с восприятием голосов извне. В обычной психической жизни, когда мы «думаем мысль», мы не воспринимаем мысль как имеющую пространственное расположение; например, одна мысль не находится в нижнем левом углу нашего разума, а другая — в середине. Временами голоса воспринимаются как имеющие пространственное местоположение, характеристику, обычно ассоциируемую с восприятием, а не с мыслью. Это усиливает иллюзию того, что человек воспринимает (слушает) агента, физически находящегося вне «Я».

На начальном этапе психоза люди испытывают внутреннее давление, чтобы найти объяснения представляющим сбивающимися с толку событиям и аномальным субъективным переживаниям, таким как ослабление самости и гиперрефлексивное самосознание. Когда они используют логику для объяснения аномальных восприятий, силлогические рассуждения приводят их

к бредовым выводам (Maher, 1988, 2005). Проблема не в том, что люди с психозом теряют способность мыслить логически (Kemp, Chua, McKenna & David, 1997). Скорее, они логически рассуждают, исходя из аномальной предпосылки, и поэтому приходят к бредовому выводу. Например, в начале своего психоза Эйден заметил, что его мысли приобрели более яркое акустическое качество, чем обычно, как будто он слышал свои мысли, а не «думал их» сам (гиперрефлексивное самосознание своего потока сознания). На этой стадии своей болезни он все еще распознавал свои мысли как свои собственные. То, что он называл «эхо», будет расцениваться диагностами как классический симптом «мысли вслух» (*gedankenlautwerden*). Вскоре повторение его мыслей приобрело чужеродное, а не собственное качество. Чтобы объяснить этот эффект, он пришел к выводу, что правительственная группа использовала шпионские технологии, чтобы читать его мысли и воспроизводить их для него через крошечные динамики, спрятанные в его доме и в районе, где он жил. В этом заблуждении он нашел правдоподобное объяснение своего измененного состояния сознания, в котором его мысли стали воспринимаемыми. Он думал, что правительство контролирует его, потому что у него та же фамилия, что и у беглеца, подозреваемого в установке террористической бомбы. Он думал, что государственная организация пытается ускорить развитие у него психического расстройства, чтобы он раскрыл секретную информацию о террористической сети.

Чтобы смоделировать восприятие мысли в обычной душевной жизни, рассмотрим пример из повседневности: подумайте о платье. Возможно, вы думаете об определенном платье, или о стиле одежды, или о конкретном человеке, одетом в платье, — и в этом случае слово «платье» связано с личным жизненным опытом. Теперь молча повторяйте слово «платье» снова и снова. Когда вы повторяете слово «платье» (*dress*) изолированно, вне контекста осмысленного предложения, оно перестает быть символом и теперь становится звуком. Этот звук не связан с матрицей образов и ассоциаций, которые придают словесному символу «платье» значение. В этом упражнении вы наблюдаете за своим потоком сознания (своей внутренней речью) таким образом, как вы не делаете этого обычно (гиперрефлексивное самосознание). Поэтому слово становится воспринимаемой вещью. Подобный процесс происходит в состояниях гиперрефлексивного самосознания при психозе.

Снова и снова произнося слово «платье» (dress), многие люди заметят, как происходит переворот в восприятии и они начинают слышать слово «стресс» (stress). Если вы в данный момент прислушиваетесь, ожидая услышать слово «стресс», слышите ли вы его в своем потоке сознания? Если это так, то, повысив ваши ожидания того, что вы услышите звук определенным образом, вы организовали возможность услышать то, что ожидаете услышать. Подобный процесс происходит при психозе в радикальном масштабе. Люди с психозом часто ожидают насмешек, и в этом случае, когда они обращают внимание на свой воспринимаемый поток сознания, они слышат то, что ожидают услышать, в форме критических слуховых галлюцинаций. При психозе, когда человек слышит *последовательность повторяющихся воспринимаемых мыслей*, такое повторение создает иллюзию того, что голос воспроизводит одно и то же снова и снова. В то время как у психически здорового человека может возникать повторяющаяся мысль: «Я неудачник», человек, страдающий психозом, может воспринимать эту мысль как галлюцинацию, как голос, повторяющий: «Ты неудачник!» Голоса, критикующие слушателя, представляют собой воспринимаемую форму самокритического размышления.

Ослабление самости и усиление гиперрефлексивного самосознания, в котором «Я» в субъективном центре восприятия больше не ощущается как личность-агент, вероятно, объясняет многие диагностические критерии, традиционно связываемые с шизофренией. Например, так называемые шнайдеровские симптомы шизофрении первого ранга (Thorup, Petersen, Jeppesen & Nordentoft, 2007) включают «звучание мыслей», которые являют гиперрефлексивное восприятие того, что обычно представляет собой свободное бессознательное мышление. Спорящие голоса, когда пациент становится предметом дебатов от третьего лица, голоса, комментирующие действия пациента в третьем лице, служат примерами гиперрефлексивного самосознания. Симптомы первого ранга также включают переживания пассивности, при которых мысли, чувства, соматические ощущения и действия воспринимаются как «сделанные» внешним агентом, или вводимые, или выводимые из сознания пациента. Подобные переживания можно рассматривать как следствие ослабления самости, когда растворяющееся «Я» больше не испытывает чувства личной активности в психической деятельности. Например, один пациент с психозом сказал мне, что после того как он заболел, он больше

не был уверен, какие ощущения тела были «его» и какие ощущения тела вызывал голос, названный им Стеллой. Он считал, что Стелла контролирует время и срочность его потребности мочиться и испражняться, а также различные боли в суставах. Когда пациент говорит, что мысли вводятся в его разум, эти заявления оказываются попытками человека с психозом объяснить окружающим людям, каково это — существовать с радикально уменьшенным чувством «Я». Классический симптом «ассоциаций по звуковому сходству» (clang associations), при которых звучание слов, а не их значение определяют их использование, можно трактовать как гиперрефлексивное понимание слухового (перцептивного) качества слов, как в упражнении «платье-стресс», описанном выше. По мере того как «Я» в субъективном центре личной активности исчезает, а гиперрефлексивное самосознание вторгается в разум, вместо того чтобы думать мыслью, которую каждый знает как свою собственную, или вместо вовлечения во внутренний диалог, который каждый знает как беседу с самим собой, психическая жизнь человека с психозом начинает ощущаться как разговор между двумя неравными сторонами. В этом состоянии бытия пассивное «Я» получает сообщения от чужеродного «Другого», обычно рассматриваемого как всемогущий или всезнающий субъект. Субъективный опыт мышления трансформируется в диалог, в котором человек, страдающий психозом, может представить своего собеседника. Вместо того чтобы свободно думать мыслью, которая ощущается как часть собственного разума, люди с психозом могут воспринимать перцептуализированную мысль как момент, когда что-то раскрывается самому себе посторонним субъектом. Пациенты часто описывают это состояние пассивной восприимчивости как «мне показали» или «это было открыто мне». Неожиданная необычность того, что кажется последовательностью откровений, воспринимается как свидетельство общения человека с высшей силой.

Как отмечено в главе 1, в измененной субъективности психоза границы между различными категориями переживаний разрушаются, порождая аномальные гибридные формы, в которых смешиваются мысли, чувства, фантазии, воспоминания, восприятия и ментальные представления о себе, разных людях и вещах. Ментальные границы стираются, нарушая те порядки, которые обычно придают психике структуру. Человек с психозом может испытывать затруднения при различении того, что

находится внутри, а что снаружи, где фантазия, а где восприятие, что такое мысль в сравнении с физическим ощущением, когда заканчивается «Я» и начинается другой человек. Когда способность различать ментальные представления о разных вещах и разных видах психических процессов нарушается (Blatt & Wild, 1976), психика отходит от обычных, привычных, согласованных, абстрактных, словесных, категориальных форм мышления таким образом, который сохраняет, но искажает формирование символов, к более своеобразному, менее понятному, воспринимаемому, конкретному, связанному со стимулами, основанному на изображениях, буквальному образу мышления, который порождает психотические симптомы. Вместо того чтобы выражать мысли и чувства в образных метафорах или словесных символах, требующих, чтобы человек замечал сходство между двумя вещами, не теряя при этом их различия, люди с психозом могут выражать себя в *конкретных метафорах*, где элементы, которые не являются одинаковыми, приравниваются. Например, чтобы понять известную старую поговорку: «Хлеб всему голова!», мы должны иметь в виду разницу между живым человеком, его головой и пищей.

Однажды меня вызвали в отделение неотложной помощи к пациенту, который сказал, что у него болит грудь, по его мнению, от сердечного приступа. Он заявил: «Когда моя девушка ушла, она устроила мне сердечный приступ». Он потребовал рентген сердца, который покажет ущерб, который она нанесла. В то время как мы можем, образно говоря, сказать, что его девушка разбила ему сердце, когда она ушла от него, он конкретно пережил ее потерю как физическое повреждение, которое можно было бы диагностировать с помощью рентгеновских лучей (конкретная метафора). В своем горе он не мог чувствовать эмоции гнева, страха и печали как отдельные от ментального представления о своем теле (роль конкретных метафор в психозе будет описана подробнее в главе 4).

Психоз, каким мы его знаем, не существовал бы без метакогнитивной способности людей анализировать состояния своего собственного сознания. Психоз представляет собой состояние рекурсивного самонаблюдения, которое идет по замкнутому кругу, изменяя сознание с каждым повторяющимся циклом. Дейкман (1999) описывает дилемму, присущую самонаблюдению, следующим образом:

«Каждый раз, когда мы отступаем назад, чтобы наблюдать, кто или что осуществляет наблюдение, мы обнаруживаем, что “Я” отскочило назад с нами... мы знаем вечного наблюдателя не потому, что наблюдаем его, а потому, что являемся им. По сути мы есть сознание, и поэтому нам не нужно вообразить, наблюдать или воспринимать его» (с. 426).

Люди, страдающие психозом, одновременно являются и наблюдателем, и наблюдаемым измененным ландшафтом сознания. Они наблюдают за тем, что происходит в их сознании, эмоционально реагируют на то, что они испытывают, формируют убеждения на основе своих наблюдений, которые другие считают бредом, и инициируют действия в соответствии со своими наблюдениями, которые другим кажутся странными.

Как мы можем объяснить глубокие изменения восприятия, мышления и самоощущения при психозе? Сейчас я рассмотрю текущие биологические и психологические теории психоза.

Современные биологические теории психоза

В настоящее время для объяснения этиологии психоза выдвинуты четыре биологические теории: модель травматогенного нервно-психического развития, биологическая модель нейроразвития, допаминовая теория шизофрении и модель дисконнективности.

Модель травматогенного нервно-психического развития

Модель травматогенного нервно-психического развития связывает изменения мозга, наблюдаемые при психозе, с последствиями неблагоприятного жизненного опыта (Read, Fosse, Moskowitz & Perry, 2014; Read, Perry, Moskowitz & Connolly, 2001). Согласно этой модели, психологическая травма формирует связи головного мозга в aberrантные формы, которые можно наблюдать с помощью нейровизуализации. В недавнем обзоре влияния жестокого обращения с детьми на структуру, функцию и связи мозга было выявлено более 180 отчетов, показывающих связь между жестоким обращением в детстве и изменениями в головном мозге (Teicher, Samson, Anderson & Ohashi, 2016). Однако люди, входящие в подгруппу подвергавшихся жестокому обращению, с изменениями в головном

мозге, связанными с травмой, не являются по определению клинически больными (McEwen, Gray & Nasca, 2015). Это наблюдение предполагает, что взаимосвязь между вызванными травмой изменениями головного мозга и психозом сложна. Хотя модель травматогенного нервно-психического развития ставит неблагоприятный жизненный опыт в центр этиологии психоза и подчеркивает влияние травмы на мозг, она не предлагает ни оценки психологии психоза, ни модели психотерапевтического лечения.

Биологическая модель нейроразвития

Биологическая модель развития нервной системы утверждает, что различные биологические факторы и генетические воздействия повреждают головной мозг и приводят к шизофрении в подростковом или молодом возрасте (Fatemi & Folsom, 2009). Кешаван, анализируя причины шизофрении, предложил модель «двойного поражения» (two-hit model), в которой нарушения на ранних этапах развития головного мозга (пренатально или перинатально) сочетаются с последующими нарушениями развития нейронов в подростковом возрасте, что приводит к психозу (Keshavan, 1999). В некоторых случаях шизофрения была связана с конкретными генетическими вариантами, регулируемыми определенными биохимическими путями, такими как система комплемента C4 (Sekar et al., 2016). Полногеномный поиск ассоциаций (Genome-wide association studies или GWAS), который позволяет генетическое профилирование больших выборок субъектов, показывает, что сотни общих генов могут вносить очень малый вклад в риск развития психоза, в то время как очень небольшое количество редких генетических профилей может представлять высокий риск развития шизофрении. Например, по оценкам, у 25% людей с делецией 22q11 развивается шизофрения, повышенное отношение шансов 70 : 1. Также были идентифицированы многочисленные другие биологические маркеры психоза (Keshavan & Brady, 2011; Tandon, Keshavan & Nasrallah, 2008). Например, увеличение заболеваемости шизофренией связано с пренатальным воздействием различных материнских инфекций, причем увеличение в 20 раз отмечается для краснухи, в 7 раз — для гриппа, и в 2,5 раза — для токсоплазмы *Toxoplasma gondii* (Brown, 2006). Список факторов развития, связанных с шизофренией, продолжителен и разнообразен, что позволяет предположить, что многие факторы окружающей среды могут оказывать негативное влияние на развитие нервной системы. Много дорог, ведущих к падению Рима.

Допаминовая теория шизофрении

Наблюдение о том, что лекарства, которые уменьшают острые психотические симптомы, также блокируют дофаминовые рецепторы *D2*, привело к возникновению допаминовой теории шизофрении, которая десятилетиями считалась основной теорией этиологии психоза (Howes & Kapur, 2009). «Позитивные симптомы» психоза были впоследствии приписаны избытку допамина в мезолимбической системе, а «негативные симптомы» — дефициту допамина в лобной коре. Исследования *in vivo* с пациентами, страдающими психозом, продемонстрировали оптимальный уровень блокады *D2* антипсихотическими препаратами, который коррелирует с ремиссией острых психотических симптомов, когда от 50 до 75% рецепторов *D2* занято нейролептиком. В настоящее время принято считать, что шизофрения связана с пресинаптической допаминергической аномалией, которая приводит к значительному увеличению способности синтеза допамина, присутствующей в начале заболевания (Howes, McCutcheon & Stone, 2015). Глутамат-индуцированная эксайтотоксичность также может играть роль в развитии шизофрении (Plitman et al., 2014; Volk, Chiu, Sharma & Haganir, 2015).

Модель дисконнективности

Модель дисконнективности утверждает, что основная патология при шизофрении состоит в аномальных паттернах функционального взаимодействия между различными областями мозга. Слово «дисконнективность», в отличие от «разъединения», подчеркивает идею о том, что некоторые цепи могут быть сверхактивными, а некоторые — гипоактивными по сравнению с нормальным функционированием. Основным выводом, полученным в результате данных визуализации, является снижение активности нейронных связей в головном мозге при шизофрении, особенно в контурах, связывающих лобную долю и другие области мозга (Pettersson-Yeo, Allen, Benetti, McGuire & Mechelli, 2011; Zhou, Fan, Qiu & Jiang, 2015). Такая дисконнективность может происходить на микроуровне (как проявление измененной структуры и передачи в синапсе) или на макроуровне (в виде aberrантных аксональных связей и нейронных путей между различными областями головного мозга). Нарушения связей были отмечены в височной доле, основной области головного мозга, отвечающей за обработку языка (Alderson-Day, McCarthy-Jones & Fernyhough,

2015; Catani et al., 2011), и у людей с высоким риском развития психоза до начала заболевания (Colibazzi et al., 2017). Нарушения связей также были отмечены в «режиме по умолчанию» и в центральных руководящих структурах головного мозга (Manoliu et al., 2014). Исследователи Brent, Сейдман, Терменос, Холт и Кешаван (Brent, Seidman, Thermenos, Holt & Keshavan, 2014) предположили, что изменение лобно-височно-теменной «нейронной схемы самости», которая включает в себя вентральную и дорсальную медиальную префронтальную кору, переднюю и заднюю поясную извилину, верхнюю височную борозду и нижнюю теменную кору, может объяснять расстройства восприятия собственной личности при психозе.

Как эти модели объясняют психотические симптомы

Можно провести некоторую аналогию между переживаниями, испытываемыми синестетами, и изменениями сознания при психозе. И то и другое включает различия в способах, с помощью которых сознательный опыт агрегируется, сегрегируется и субъективно переживается. В повседневной жизни большинство актов, если не все, обработки сенсорной информации в неокортикальном слое являются интегрированными и мультимодальными, так что воздействие на одну сенсорную модальность влияет на восприятие в других сенсорных модальностях. В обычной психической жизни пять чувств в ограниченной степени связаны между собой (Ghazanfar & Schroeder, 2006; Stoffregen & Bardy, 2001). Было высказано предположение, что синестезия может возникнуть в результате изменения связей в головном мозге (Farina, Mitchell & Roche, 2016), когда активность в одном сенсорном модуле перекрестно активирует другой сенсорный модуль или присутствует функциональное растормаживание перекрестного взаимодействия, приводящее к одновременной активации двух разных сенсорных областей. Такая нетипичная взаимосвязь была приписана генетическим воздействиям на развитие синапсов или нетипичным паттернам синаптического прунинга (англ. synaptic pruning — сокращение числа синапсов или нейронов для повышения эффективности нейросети, удаления избыточных связей. — *Науч. ред.*). Измененная связь при шизофрении была объяснена таким же образом. Если бы такие «замыкания» возникали между областями, которые обычно активируются раздельно в мышлении

и восприятию (как при измененной связи), мы могли бы ожидать, что это перекрестная активация приведет к гибридным формам сознания, которые смешивают мысль и восприятие, как в случае психоза.

Эти четыре теории — обзорные модели, общая цель которых состоит в том, чтобы объяснить этиологию шизофрении. Эти модели использовались для объяснения некоторых специфических психотических симптомов, в том числе идей отношения, соотнесения, бреда пассивности и слуховых галлюцинаций. Например, Капур предположил, что избыток дофамина приводит к психическому состоянию, в котором обыденные раздражители приобретают гипертрофированное значение (Капур, 2003). Он использует допаминовую теорию шизофрении, чтобы объяснить специфический симптом идей соотнесения.

Варианты модели дисконнективности использовались для объяснения бреда пассивности и слуховых галлюцинаций. Согласно биологическим объяснениям этих симптомов, определенные аспекты обычной психической жизни требуют интегрированного функционирования двух различных мозговых цепей, которые обычно работают в тандеме. В соответствии с этой теорией неисправность в одном нейронном контуре, в то время как другой продолжает работать нормально, приводит к аномальному сознательному переживанию, которое представляет собой психотический симптом. Эта теория предполагает, что, когда мы инициируем волевое двигательное действие или генерируем речевой акт, мозг создает модель ожидаемого результата нашего желаемого действия, упреждающую петлю нейронной связи, которая была описана как «упреждающий сигнал» или «эфферентная копия» нашего намерения. Когда намерение и результат совпадают, мы воспринимаем действие как самогенерируемое. Например, когда предполагаемое действие взятия в руку стакана соответствует ожидаемому ощущению в нашей руке, удерживающей гладкий цилиндр, мы воспринимаем это действие как порожденное внутри себя. Было высказано предположение, что бред пассивности, в котором люди с психозом сообщают, что их мысли, чувства и действия не являются их собственными, возникает из-за нарушения в цикле самоконтроля упреждающей нейронной петли, когда намерение человека не соответствует результату его действия. Это нарушение не позволяет засчитывать свои собственные действия как производные своей собственной личности (Frith,

1995; Blakemore, Smith, Steel, Johnstone & Frith, 2000; Frith, Rees & Friston, 1998). Бред ложного узнавания, такой как синдром Капгра, когда человек, страдающий психозом, заявляет, что близкий член семьи является самозванцем, также связан с неисправностью одного из двух мозговых контуров, которые обычно работают в тандеме: одного контура, предназначенного для распознавания лиц, и другого, необходимого, чтобы зарегистрировать эмоциональную значимость лица. Если предположить, что схема распознавания лица работает нормально, в то время как эмоциональная цепь повреждена, больной с психозом мог бы подумать, что этот внешне знакомый человек выглядит совсем как член семьи, но не вызывает таких эмоций, не ощущается как член семьи и поэтому должен быть самозванцем (Ellis, Young, Quayle & De Pauw, 1997).

Были выдвинуты две неврологические теории, объясняющие «не Я» качество слуховых галлюцинаций: так называемые теория «снизу вверх» (bottom-up) и теория «сверху вниз» (top-down). Обе теории по сути — модели дисконнективности. Обе ставят в центр феномен внутренней речи (Allen, Laroie, McGuire & Aleman, 2008). Когда мы мыслим, мы осознаем нашу внутреннюю речь, которая является нашим сознательным, подобным слуховому опыту нашего потока словесного сознания. Когда мы обращаем внимание на нашу внутреннюю речь, одна часть нашего разума облекает мысли в словесной форму, тогда как другая часть слушает мысли, которые, как мы знаем, наши собственные. Наша обычная способность к внутренней речи может быть системой громкоговорителей, посредством которой аномальный голосовой опыт воспроизводится в сознании при психозе. В соответствии с теорией «сверху вниз», когда мы производим внутреннюю речь и таким образом думаем, центр генерации речи во фронтальной доле посылает следственный разряд в область слуховой ассоциации в височной доле, где обычно обрабатывается акустический вербальный сигнал, обеспечивая базу в виде «эфферентной копии» генерируемой речи. Согласно этой модели, мы отправляем упреждающее представление того, что собираемся сказать или подумать, которое можно сравнить с тем, что мы на самом деле говорим или думаем. В соответствии с этой теорией, если предполагаемая речь и фактическая речь совпадают, мы признаем словесный стимул как самогенерируемый (Perrone-Bertolotti, Rapin, Lachaux, Baciú & Loevenbruck, 2014). В теории следственного разряда «сверху вниз»

дефицит самоконтроля внутренней речи побуждает людей с психозом идентифицировать свою внутреннюю речь как исходящую из внешнего источника (McGuire et al., 1995; McGuire, Silbersweig, Wright et al., 1996; Shergill et al., 2004; Shergill, Bullmore, Simmons, Murray & McGuire, 2000).

В теории «снизу вверх» внутренняя речь вызывает внутреннюю ошибочную активацию тех же областей восприятия языка в височной доле, которые обычно активируются внешней речью, придавая мысли повышенное качество восприятия, заставляющее людей с психозом принимать такую мысль за внешний «голос». В соответствии с этой теорией как самогенерируемая речь, так и воспринимаемая извне речь обрабатывается в одних и тех же областях височной доли (McGuire, Silbersweig & Frith, 1996; Rapin et al., 2012). Также в соответствии с теорией «снизу вверх» повышенная активация левой первичной слуховой коры и правой средней височной извилины была отмечена во время галлюцинаций (Bentaleb, Beaugard, Liddle & Stip, 2002).

Вышеизложенные модели бреда пассивности, бреда ложного узнавания, идей отношения и переживания голосов извне начинают сокращать разрыв между биологией и психологией. Измененные состояния «Я», которые могут быть патогномичными для «шизофрении», также связаны с нарушением функционирования мозга (Nelson, Whitford, Lavoie & Sass, 2014a, 2014b). Эти модели предполагают биологическое нарушение, которое приводит к аномальным сознательным переживаниям и измененным субъективным состояниям. Переходя от биологии к психологии, мы видим людей, страдающих психозом, пытающихся объяснить эти аномальные состояния с помощью заявлений, которые другие расценивают как бред (например, «мои мысли — не мои собственные» или «моя мать — самозванка»). Как предположил Махер (1988, 2005), многие случаи бреда и иллюзий можно понимать как попытку человека с психозом найти смысл в аномальном переживании. Психоз — это больше, чем ошибочная идея или ложное восприятие (Skodlar, Henriksen, Sass, Nelson & Parnas, 2013). Сознательный опыт психоза представляет собой смесь биологически и психологически вызванных измененных психических состояний, связанных с психодинамическими темами, что приводит к своеобразному нарративному повествованию, которое формирует ментальное содержание психоза.

Ограничения биологических теорий

Несмотря на внешнюю привлекательность теорий «снизу вверх» и «сверху вниз» для объяснения чувства чужого, «не Я» и воспринимаемого качества голосов извне при слуховых галлюцинациях, эти биологические теории не могут объяснить многие из центральных особенностей, связанных с переживанием голосов, которые требуют психологической оценки. Например, голоса часто появляются впервые после травмирующего жизненного события, когда некоторый аспект травмирующего события может сохраняться в содержании галлюцинаций (например, жертва слышит голос своего насильника). Люди, страдающие психозом, поддерживают внутренние межличностные отношения со своим голосом (Benjamin, 1989) и участвуют во внутренних диалогах (Leudar, Thomas, McNally & Glinski, 1997). Люди, слышащие голоса, как правило, считают эти голоса всемогущими и всеведущими и, соответственно, боятся их и подчиняются им. Люди с психозом обычно могут различать свою внутреннюю речь, голоса и речь других людей (Garrett & Silva, 2003). Они могут распознавать свои мысли как свои собственные, но отторгать содержание голоса как «не Я». Психологическая «языковая игра» необходима для решения этих вопросов при лечении.

Например, в случае критического голоса, который можно отследить в сознании, следуя за измененной нейронной петлей, психотерапевт должен иметь дело со значением голоса, значением ненависти пациента к себе, которое было передано через голос, и, возможно, страхом пациента говорить о голосе под угрозой смерти, исходящей от голоса. Врач должен принять во внимание мнение пациента о том, что голоса всемогущи, потому что они, как кажется, знают, что этот человек собирается сказать, прежде чем он это скажет. Врач также должен сосредоточиться на убежденности пациента в том, что, только слушая голос и подчиняясь его командам, пациент может спасти членов семьи от вреда. Пациент может полагать, что голос — единственный друг, который у него есть. Пациенты могут быть убеждены в том, что врач желает ему добра, но ошибаются, рассматривая голоса как признак болезни. И так далее. Все это работа психотерапии.

Несколько авторов предложили модели, направленные на интеграцию биологии и психологии. Ван дер Гаг (2006) объединяет биологическую модель с когнитивно-поведенческой терапией психоза. Его модель предлагает структуру, в которой

психофармакология и КПТп могут рассматриваться как взаимодополняющие методы лечения. В модели биологические факторы приводят к аберрантному восприятию, включая гипернасыщенное переживание стимулов, последовательность, известную в ранее описанной допаминовой модели. Согласно Ван дер Гаагу, когнитивные искажения, которые действуют при психозе, направляют человека к бредовым объяснениям аберрантных психических событий. И наконец, когнитивные искажения, которые действуют при психозе и в обычной психической жизни, поддерживают иллюзию и предотвращают фальсификацию бредовой идеи.

В этой модели лечение психоза происходит по двум отдельным направлениям. Нейролептические препараты могут снизить избыток дофамина, который порождает идеи отношения, в то время как КПТ может стимулировать переосмысление пациентом первоначальной когнитивной оценки измененных переживаний, которые привели к бредовым убеждениям. Ховс и Мюррей (Howes, Murray, 2014) предложили аналогичную модель, которая объединяет биологически обоснованную дисрегуляцию пресинаптических дофаминовых систем и когнитивно-поведенческую теорию психоза.

Интеграция биологии, КПТ и психодинамического подхода к психозу

Ни одна из перечисленных моделей не включает психодинамическую перспективу. Это поразительное упущение, учитывая ее значение в психической жизни людей. Мы можем добавить смысл и психодинамические идеи к теоретической модели психоза, рассматривая понятие «стресс». С биологической точки зрения различные физиологические маркеры указывают на стресс, такой как повышение уровня кортизола, «гормона стресса», или повышение частоты сердечных сокращений, или артериального давления. С психологической точки зрения физиологические стрессовые реакции — вторичные явления, которые следуют за опосредованным смыслом переживания эмоционального расстройства, обычно воспринимающегося как тревожность. Именно тревожное значение, которое человек приписывает событию, делает его стрессовым, что, в свою очередь, повышает физиологические маркеры стресса. Люди не чувствуют стресса от событий, которые не имеют личного значения. Когда мы обеспокоены неспособностью человека ответить на телефонный звонок, стресс

возникает из-за значения, которое мы приписываем бездействию другого человека. То же самое относится и к физической боли. Если мы прищемим палец дверью, тревожное значение травмы подразумевается в ощущении боли. Мы знаем, что боль означает, что что-то не так, как должно быть. Если девочку-подростка изнасиловал собственный отец, именно огромное сокрушающее значение сексуального насилия делает такую ситуацию невероятно стрессовой.

В исследовании стресса в настоящее время доминирующей парадигмой служит модель в виде «перевернутой U» (McEwen, Bowles et al., 2015; Sapolsky, 2015). В этой модели «стресс» подразделяется на: 1) легкий «хороший стресс», способный возникать в обстановке, которая считается абсолютно безопасной, когда стресс временный и облегчает бдительность, обучение и игру; 2) «переносимый стресс» умеренной интенсивности, который остается в пределах способности человека справиться с ситуацией; 3) «токсический стресс», который является серьезным, частым и/или постоянным, обременяя организм аллостатической нагрузкой, которую невозможно обработать и рассеять. Сексуальное и физическое насилие, эмоциональное пренебрежение и издевательства (события, каждое из которых связано с повышенным риском развития психоза) — примеры токсического стресса.

Стрессовые неблагоприятные жизненные переживания формируют структуру мозга и изменяют эпигенетическую регуляцию экспрессию генов, которые регулируют нейронные пути, оказывают существенные эффекты на области гиппокампа, миндалины и префронтальной коры (Bloss, Janssen, McEwen & Morrison, 2010; Felitti et al., 1998; Gianaros et al., 2007; Liston et al., 2006; McEwen, Gray et al., 2015; Nasca, Bigio, Zelli, Nicoletti & McEwen, 2015; Seeman, Singer, Ryff, Dienberg Love & Levy-Storms, 2002; Teicher et al., 2016; Tost, Champagne & Meyer-Lindenberg, 2015; Vyas, Mitra, Shankaranarayana Rao & Chattarji, 2002). Поскольку стресс формирует головной мозг и зависит от значения, в результате значение формирует мозг. Психотерапия — метод выбора для лечения человеческих страданий, причиной которых стало значение жизненных событий.

Наследие токсического стресса, который люди с психозом могли перенести во время взросления, усугубляется в повседневной жизни. В то время как отдельный звук вертолета в кинохронике может вызвать образы сцены битвы у ветерана боевых

действий, невинный взгляд незнакомца может вызвать у человека с психозом страх, что его собираются убить. Психотическое измененное восприятие повседневной жизни служит почти постоянным источником токсического стресса, возникающего у человека весь день, каждый день, независимо от того, что на самом деле происходит в реальном мире. Когда человек, страдающий психозом, выходит из дома, он вступает на гражданское поле битвы, где подвергается нападению вражеских сил, состоящих из преследователей, сформированных из идей прошлого неблагоприятного жизненного опыта. Людям с психозом не нужно снова подвергаться изнасилованию или издевательствам, как это могло бы быть в детстве, чтобы испытывать постоянный токсический стресс. Им достаточно просто проснуться утром и пойти в магазин за газетой и батоном хлеба, представляя по пути, что незнакомец, ожидающий перехода через улицу, является наемным убийцей, намеревающимся застрелить их. Подобно микроклимату, где идет дождь страха, значения, которые люди с психозом придают обычным ежедневным событиям, погружают их мозг в токсический стресс. На языке биологии стресса нормальная жизнь становится острой аллостатической перегрузкой. Какое количество изменений головного мозга, наблюдаемых при хроническом психозе, является результатом продолжающегося токсического стресса повседневной жизни, еще предстоит выяснить в результате исследований.

Как отмечалось ранее, люди с историей несчастий в детстве и травмирующих жизненных событий, включая сексуальное насилие, физическое насилие, безнадзорность, реляционные паттерны «двойного послания» и ложной взаимности в неблагополучных семьях, смерть родителей, издевательства, бедность, размещение в приемных семьях, иммиграцию и урбанизацию, имеют повышенный риск развития психоза в молодом возрасте (Larkin & Morrison, 2006; Longden & Read, 2016; Read, van Os, Morrison & Ross, 2005; Susser & Widom, 2012; Varese et al., 2012; Wynne et al., 2006). Неблагоприятные события в детстве могут привести к долговременному стресс-опосредованному повреждению головного мозга, которое распространяется далеко за пределы детства на межличностные отношения во взрослой жизни (Debbane et al., 2016; Tost et al., 2015). Эти наблюдения о длительных последствиях детской травмы подтверждают то, что психоаналитики знают уже давно: детские переживания формируют развитие и оставляют

устойчивый след в уме человека. Они конструируют ментальные представления, которые дети формируют о себе и других (Blatt & Levy, 1997; Sandler & Rosenblatt, 1962). Эти ранние шаблоны формируют последующие межличностные отношения и значения, которые взрослые приписывают жизненным событиям. Биологическое повреждение головного мозга на ранних этапах развития может иметь далеко идущие последствия в более позднем возрасте. То же самое можно сказать и о неблагоприятных отношениях с лицами, обеспечивающими уход.

Типы привязанности и ранние отношения

У детей развивается один из нескольких основных типов общения со своими основными опекунами, в том числе надежная, ненадежная тревожно-устойчивая, ненадежная тревожно-избегающая, дезорганизующая привязанности (Gumley, Taylor, Schwannauer & MacBeth, 2014). Исследования показывают, что люди, которые испытывали ненадежную привязанность в детстве, относятся к группе повышенного риска развития психоза и других психопатологий (Debbane et al., 2016; Korver-Nieberg, Berry, Meijer & de Haan, 2014; Read & Gumley, 2010; Sitko, Bentall, Shevlin, O'Sullivan & Sellwood, 2014). Надежная привязанность и способность точно «ментализовать» то, что происходит в уме другого человека, могут уменьшить разрушительное влияние биологии. Младенцы с надежной привязанностью подходят к своим матерям с ожиданием, что контакт будет скорее успокаивающим, чем токсичным. Позитивные межличностные отношения с лицами, обеспечивающими уход, приводят к позитивным умственным представлениям о лицах, осуществляющих уход, и о себе, которые усваиваются в уме ребенка в том, что психоаналитическая теория называет внутренними объектными отношениями.

Как первоначально сформулировала Мелани Кляйн (1935, 1946), положительные переживания, связанные с матерью, становятся основой позитивного внутреннего ментального представления о матери, так называемой хорошей матери, и это становится прочной основой для последующего развития. Дети, которые чувствуют себя в безопасности и любимы своими матерями, усваивают чувство благополучия, которое выражается в позитивной самооценке, в ожидании того, что мир может быть интересным

и полезным, и в способности к сопротивлению перед лицом эмоциональной невзгоды. Ребенок, а затем и взрослый, держит в основе психики позитивный, любящий образ себя и мира. Имея внутренний образ «хорошей матери» на своей стороне, человек может лучше противостоять жизненным невзгодам. Дети, которые испытывают неблагоприятные детские переживания и которые не имеют надежной привязанности к своим опекунам, начинают жизнь не только со связанных со стрессом биологических изменений, но и с нарушенными ментальными представлениями о себе и других. Если родитель служит источником постоянного беспокойства, а не комфорта, стрессовые взаимодействия, которые активируют систему привязанности, заставят ребенка вернуться в объятия того же самого опекуна, который оказался источником страданий ребенка. Это двойное послание создает базу для серьезных психологических проблем.

Ранние отношения порождают у ребенка умственную репрезентацию себя и других, которая составляет внутренний психологический объектный мир ребенка. В психоаналитической теории психологический объект — это не физическая вещь, а ментальное представление о человеке, животном или неодушевленной вещи, отличной от самого себя, «объект» внимания, потребностей, мечтаний, желаний или фантазии. Объектно-ориентированные фантазии обычно принимают форму того, как мы воображаем, что делаем что-то с другим человеком, и это сопровождается положительным или отрицательным аффектом, или воображаем, что другой человек или предмет делают что-то с нами, с положительной или отрицательной эмоциональной валентностью. Часто встречающаяся объектно-ориентированная фантазия при психозе, сопровождаемая негативным аффектом, связана с повествованием о том, как на «Я» нападает преследователь, такой как мафия или таинственные правительственные органы. Объектная фантазия, сопровождаемая позитивным чувством, — это вера в то, что человек является заветной Невестой Иисуса. В главах 3 и 4 я показываю, насколько полезной может быть объектно-ориентированная перспектива для понимания психоза и построения лечения.

Мы не можем видеть электроны напрямую, но мы определяем их присутствие по влиянию, которое они оказывают на наши регистрирующие приборы. Внутренний объектный мир не может быть измерен с помощью биоаналитического тестирования или визуализирован в сканировании фМРТ, но мы можем сделать

вывод о наличии этого мира по следам, которые он накладывает на наше сознание и поведение. Любой взрослый, который провел хотя бы пять минут, играя с творческим трехлетним ребенком, может свидетельствовать о, казалось бы, бесконечном наборе персонажей (внутренних объектов), населяющих умственный мир ребенка: королей и королев, монстров и героев, жертв и волшебников. Этот фантастический мир, который находит выражение в игре и сказках в нормальном развитии, обычно исчезает из осознания к восьми годам (Kernberg, 1976). Жизненные события, вызывающие психоз, резонируют с ранними примитивными внутренними объектными фантазиями, которые вторгаются в повседневные социальные взаимодействия, делая человека с психозом неспособным к обычным межличностным отношениям и вызывая продолжающийся токсический стресс. Примитивные внутренние объектно-ориентированные фантазии, подкрепленные травмой, служат строительными блоками для формирования повествовательного содержания бреда и галлюцинаций.

Рассмотрим пример того, как неблагоприятные детские переживания возрождаются во взрослом возрасте в форме психотического симптома. Карон и ВанденБос (Karon и VandenBos, 1981) описывают человека с психозом, который объявил голодовку, потому что полагал, что его пытаются отравить. Он сообщил: «Афинские девушки смеются надо мной. Они говорят, что их грудь отравлена». Став взрослым, он воображал, что находится в отношениях с группой девушек, которые насмеяются над ним; то есть его внутренний объектный мир содержит воображаемые отношения между самим собой и рядом преследующих психологических объектов. Во время консультации с доктором Карон мать пациента, которая в младенчестве кормила его грудью в течение года и постепенно отнимала его от груди, спросила сына: «Дала ли я тебе достаточно молока?» Пациент ответил: «Корова дала своему теленку молоко, а затем лягнула его. Она не должна так поступать. Это происходило сотни раз в мировой истории» (с. 83–84).

Карон предположил, что корова представляла мать пациента, теленок представлял пациента, а история мира представляла историю его жизни. Этот человек жаловался, что каждый раз, когда его мать кормила его, она злилась или «лягала» его. Эта закономерность была очевидна и в их взрослых отношениях. Если мать готовила еду, он съедал ее, а после они ссорились. Если она готовила, а он голодал, или еду готовил кто-то другой, они не ссорились.

Когда пациент был ребенком, необходимость кормить его вызывала ощущение тревожности у его матери (ненадежная привязанность), что в результате провоцировало у нее гнев. Та же самая последовательность происходила в их отношениях во взрослом возрасте, когда мать находила предлоги для ссоры с сыном после приготовления пищи для него. Как и афинские девушки с отравленной грудью, его мать обычно «отравляла» его еду своей неприязнью. Он использовал прямую метафору физического отравления, чтобы выразить свой опыт образного «отравления» своей матерью (см. главу 4 для более подробного обсуждения прямых метафор). Афинские женщины и их отравленные груди — зомби-копии полной неприязни матери из его детства, которые вышли из внутреннего предметного мира его детства, чтобы преследовать его во взрослой жизни.

Молодые люди вступают в подростковый возраст с биологическими и психологическими преимуществами и с багажом, который они накопили за время развития. У некоторых из тех, кто подвергся насилию, никогда не возникает психическое заболевание. В то же время значительная часть населения, не страдающего психическими расстройствами, сообщает о психотических симптомах. Примерно 20% населения в целом сообщают о преходящих психотических переживаниях некоторого рода, что указывает на то, что психотические состояния существуют в континууме с обычной психической жизнью (Garrett, 2010; Van Os, Linscott, Myin-Germeys & Delespaul, 2009). В зависимости от различной подверженности биологическим, психологическим и социальным факторам риска только у небольшой подгруппы таких склонных к психозу людей (приблизительно 1% населения) развивается продолжительное психотическое расстройство, что приводит к диагнозу «шизофрения». Было высказано предположение, что нездоровая семейная среда может служить эпигенетическим мобилизатором подлежащих биологических дефектов, тогда как здоровые семьи могут компенсировать подобные генетические факторы уязвимости (Tienari et al., 1985, 2004; Wynne et al., 2006).

Линии разлома сознания

Подобно тому, как сланцевая порода раскалывается по слоям, сохраняя элементы своей изначальной формы в сломанных осколках, если нанести удар по ее краю, разум раскалывается по линиям психологической структуры, которая лежит в основе

всех психических функций, психотических и непсихотических. Можно сказать, что биологические факторы подчеркивают линии разлома, которые скрыты в нормально функционирующем мозге, но по которым разум расщепляется, будучи поражен молотом психологической травмы. Умы людей не ломаются бесконечным множеством способов — они раскалываются по предсказуемым закономерностям, основанным на фундаментальной структуре разума. Например, диалоговая структура разума, присутствующая у всех людей и заставляющая нас говорить с самим собой, как когда мы говорим с раздражением: «Ты, идиот! Почему ты это сделал?», сохраняется при психозе. Эта диалоговая структура остается при психозе, вызывая критические голоса, которые придают предсказуемую форму психотическому переживанию, что приводит к заключению, будто знакомый набор симптомов, которые мы стали распознавать как психоз, представляет собой проявление отдельной болезни таким же образом, как туберкулез вызывает ночную потливость или инсульт приводит к параличу. Такой способ мышления приравнивает сходство симптомов к одному заболеванию.

Сходство в психотическом опыте, которое лежит в основе диагностических критериев, можно рассматривать как паттерн разлома. Точно так же хромота — это ортопедическая картина перелома. Хотя все виды хромоты в некоторой степени схожи асимметрией походки, которая компенсирует поврежденную ногу, собственно хромота не болезнь. Она может быть связана с артритом, иметь генетическую, травматическую или мышечную этиологию. Хромота — это то, к чему прибегает человеческое тело, чтобы продолжать функционировать, когда какой-то элемент в нормальном механизме ходьбы поврежден. Как и ужасная калечащая хромота, когда человеку приходится стараться изо всех сил, чтобы встать и ходить, психоз — это то, что делает разум, чтобы продолжать функционировать, когда человек получил тяжелую психологическую травму. Таким образом, психоз можно рассматривать не как отдельное заболевание с множественной этиологией, а как характер психического и биологического перелома, который способен принимать самые разные формы, в зависимости от конкретного человека, который был поражен (сохраняя при этом в целом схожую форму). Такой взгляд на психоз как на синдром, а не на проявление биологического заболевания, помогает объяснить огромное разнообразие факторов, влияющих

на этиологию психоза, а также огромный спектр разнообразных клинических картин и исходов при психотических состояниях. Разум человека распадается таким образом, что отражает структуру, лежащую в основе всех умов, что приводит к знакомым симптомам, которые мы стали распознавать как психоз. Это может быть результатом любой комбинации причинных эффектов: психологических последствий травматического жизненного опыта; изменений в мозге, вызванных стрессом от жизненных невзгод (Read et al., 2014); или изменений головного мозга, имеющих генетические причины, и другими биологическими событиями. Симптомы могут включать изменения в субъективном восприятии себя (измененные состояния «Я»), изменения в восприятии внешнего мира (идеи отношения), нарушения в использовании языка и символов (прямые метафоры), а также галлюцинации и бред.

Психоз не может быть сведен к ошибочной идее или ложному восприятию. *Психоз трансформирует контуры сознания.* Это создает новое ментальное пространство, которое подчиняется правилам, отличным от тех, по которым функционируют более знакомые формы сознания, к коим мы привыкли. Обычно наше сознание личное. То, что мы слышим как наш поток сознания, остается тишиной для других людей. Психоз нарушает биологические и психологические механизмы, которые формируют ограниченный опыт конфиденциальности разума. Изменения в сознании открывают другой мир, где мысли могут передаваться, где нищие — короли, где изменяющие форму существа могут принимать множественные идентичности, где избиения, нанесенные ночными демонами, исцеляются к утру, не оставляя физического следа, мир, где казалось бы удивительные чудеса — обычное явление.

Феноменологическая психодинамическая модель психоза

С целью предоставления руководства для психотерапии здесь я опишу модель психоза, которая сочетает в себе биологические и психологические элементы. В измененном контуре сознания, где нарушаются ментальные границы, психика смещается от образных, символических форм мышления к перцептуализированному, конкретному, основанному на изображениях, буквальному образу мышления. В этом психологическом плане три измерения

опыта сходятся в различных комбинациях и вызывают явные симптомы, которые мы ассоциируем с психозом. Первые два из них уже были описаны: измененные представления о внешнем мире и измененные состояния «Я». Эти два изменения сознательного опыта сами по себе не являются символами. Они — данности в биологии сознания, независимо от того, рождена ли эта биология психологической травмой, или генами, или и тем и другим. Эти измененные состояния, однако, приобретают вторичное значение в символическом смысле, когда эти два измерения смешиваются с третьим потоком в сознании — потоком примитивных фантазий, связанных с внутренними объектами. Эти фантазии создают повествование, которое развивает психотический опыт. Содержание психоза представляет собой объединение изменений восприятия внешнего мира, изменений в собственном опыте и внутренних объектных фантазий, вызванных событиями в реальном мире. При психозе фантазии, возникшие на ранних этапах развития, пробуждаются в сознании вызывающими тревогу жизненными событиями, где они овладевают опытом человека и доминируют над ним, связывая измененные восприятия и измененное состояние «Я» вместе с психодинамическими темами в бредовое повествование. Психотические симптомы формируются при слиянии этих трех направлений переживания. В некоторых случаях изменения воспринимаемого опыта могут доминировать в клинической картине; в других измененные состояния «Я» могут иметь первостепенное значение. Чаще всего психотерапевт находит эти элементы смешанными в различной пропорции (рисунок 2.1).

Люди, наиболее внимательные к своим гипертрофированным переживаниям внешнего мира (рисунок 2.1, столбец 1), могут сказать: «По тому, как люди на улице смотрят на меня, я могу знать, что за мной наблюдают». Или: «Все в заговоре против меня». Или в сочетании с нарушением границ эго: «По выражениям их лиц я знаю, что люди могут читать мои мысли». Люди, наиболее внимательно относящиеся к изменениям состояний личности, в которых они переживают свои мысли в новой субъективно непривычной форме (рисунок 2.1, столбец 2), могут сказать: «Мои мысли больше не ощущаются как мои собственные. Кто-то вкладывает мысли в мою голову». Или в сочетании с нарушениями границ эго, когда мысли гиперрефлексивно переживаются как восприятия: «Голоса наблюдают за мной и комментируют то,

что я делаю. Голоса говорят: «Теперь он идет. Теперь он думает о Салли». Или «Мои внутренности были изъяты. Я не чувствую себя человеком. Я мертв». Когда непреодолимая объект-ориентированная фантазия, (рисунок 2.1, столбец 3), берет верх, человек может сказать: «Я — Невеста Бога». Или: «Собака видит мое худое тело сквозь мою одежду и издевается надо мной». Или: «Надо мной ставят опыты в секретном правительственном эксперименте». Или: «Я должен быть казнен за мои преступления». Или: «Человек, с которым я когда-то встречалась, вел за мной слежку в течение 20 лет».

Рассмотрим пример, в котором измененное восприятие реального мира играет центральную роль в психотических симптомах пациента. 23-летний мужчина услышал, что аудиторы расследуют бухгалтерию той организации, где он работал. Сначала он думал, что это не имеет к нему отношения, пока не заметил человека, стоящего возле его офисного здания, который смотрел на него, «как будто он знал» о нем. Мужчина вошел в здание следом за ним, что привело пациента к заключению, что человек за ним следил. Этот вывод был подкреплен, когда он начал обращать особое внимание на размещенную на автобусах рекламу, которая, как он чувствовал, содержала специальные сообщения, направленные на него. Ошибочные идеи, подобные этим, которые врачи называют идеями отношения, служат не просто ложными убеждениями, а отражением измененного состояния самосознания. Мы находим аналогию с этим состоянием тревожного самосознания в том, что обычно называют «плохим днем». Обычно мы чистим зубы, умываемся и расчесываем волосы, чтобы подготовиться к началу дня. Из этих трех мер состояние волос наиболее легко заметно для других. Если глаза — окна души, то волосы — это окно нашего социального «Я». Естественным состоянием волос, особенно после ночного сна, оказывается беспорядок. Мы приводим наши волосы в порядок с помощью расчески или гребня, и в процессе этого мы приводим в порядок наше публичное «Я». Если все идет хорошо, мы не озабочены нашими волосами, когда мы начинаем наш день. Но иногда мы чувствуем, что наши волосы выглядят не так, как надо. То, что смотрелось как светлые блики после посещения парикмахерской, теперь кажется больше похожим на полосы серой краски. «О чем я думала, когда решила поменять образ длинноволосой Рапунцель на короткий боб с челкой?» День стрижки наступит или слишком скоро, или недостаточно

скоро, или прическа кажется деформированной. «Я выгляжу неопрятно. Надо было постричься две недели назад». В плохой день наше преувеличенное самосознание относительно нашей прически заставляет нас воображать, что другие внимательно рассматривают наши волосы и отражают нашу самокритику. В мельком брошенном взгляде мы «видим» неодобрение, как и люди с психозом, которые испытывают критические идеи отношения. Этот опыт не может рассматриваться полностью как ошибочная идея. Скорее, это состояние психики, в котором тревожное, критическое самосознание проникает в наше социальное сознание, пронизывая наше ментальное представление о других людях. По сути разум выворачивается наизнанку. Подобное душевное состояние может возникнуть, когда, поднеся чашку утреннего кофе к губам, человек случайно проливает на себя небольшое количество кофе и замечает пятно на белой рубашке. Промокание пятна водой осветляет пятно, но увеличивает его размер. Высохнет ли пятно до встречи, которая состоится через час, а может быть, мой пиджак и галстук хотя бы скроют это пятно?

Рассмотрим еще один пример, в котором измененные состояния «Я» также имеют место и в котором измененное восприятие внешнего мира также вошло в комплекс симптомов. Кейтлин, женщина 21 года, перестала справляться с занятиями в колледже и считала, что ее старшая сестра, с которой она соперничала с детства, призвала инопланетян, чтобы они удалили половину мозга Кейтлин, тем самым подрывая ее академическую успеваемость. Она знала, что половина ее мозга исчезла, потому что она почувствовала, что ее «душу развеяли как дым»; это был ее способ описания ослабленного чувства себя, которое она испытывала при психозе. Она знала, что ее сестра несет ответственность, потому что она однажды «услышала что-то другое» в голосе своей сестры (измененное восприятие). Из-за того, что все ощущалось странно и неправильно, что бы она ни делала (измененное состояние самосознания), она считала, что инопланетяне заменили недостающую часть ее мозга компьютерной программой, которая заставляла ее ходить, разговаривать и функционировать почти нормально, хотя ее мысли и действия, как казалось, больше не были ее собственными. В этом примере измененное состояние и гипертрофированное восприятие голоса ее сестры связались вместе в бредовом повествовании о соперничестве сестер, которое началось в детстве (см. главу 12 для более подробного обсуждения случая Кейтлин).

Измененные состояния восприятия и «Я»

Смещение внимания и восприятия от абстрактного — категориального — целого — образного к конкретному — частному — индивидуальному — буквальному



1

Изменения в восприятии внешнего мира

Биологически опосредованная гипернасыщенность впечатлений. Фоновые стимулы представляются имеющими личное значение и вторгаются на передний план

2

Изменения в сознании и переживании «Я»

Гиперрефлексивное самознание. Ослабление чувства самости как «Я» от первого лица в центре восприятия

3

Автобиографическая пьеса в реальном мире
«Я» и массив примитивных внутренних психологических объектов выступают в качестве персонажей в автобиографической пьесе, сюжетная линия которой основана на внутренних объекто-ориентированных фантазиях, которые формируют повествовательное содержание психоза

Идеи отношения

«По тому, как люди на улице смотрят на меня, я могу сказать, что я нахожусь под наблюдением».
«Все знают обо мне».
«Есть заговор против меня»

Симптомы первого ранга

«Мои мысли не мои. Они вкладываются в мою голову другими».
«Голоса комментируют то, что я делаю (во втором лице). Они говорят: “Теперь он идет”»

«Я Невеста Бога».

«Собака видит мое худое тело сквозь мою одежду и издевается надо мной».
«Надо мной ставят опыты в секретном правительственном эксперименте».
«Я должен быть казнен за свои преступления».
«Человек, с которым я когда-то встречалась, держал меня под наблюдением в течение 20 лет»

Психотические симптомы, в том числе галлюцинации и бред

Рисунок 2.1. Три измерения опыта, которые сочетаются при психозе

Ниже приведен пример, в котором возрождение примитивной внутренней объектной фантазии доминирует в клинической картине. До возникновения психотического заболевания, с самого детства, мужчина испытывал чрезмерный страх встретить «школу акул» на пляже, даже в защищенных местах на мелководье, предназначенных для детей. Поскольку очень маленькие дети воспринимают мир в устной форме, они боятся быть укушенными или съеденными. Его иррациональный страх перед акулами на мелководье был остатком такого детского страха. В начале своего психоза он проснулся посреди ночи в поту, убежденный, что его жена тайно была каннибалом и намеревалась съесть его. Его примитивная объектно-ориентированная фантазия об акуле, которая может его съесть, вновь возникла в его психозе в виде бредового повествования, в котором он не мог поддерживать границу между реалистическим мысленным представлением о своей жене и диким ртом, намеревающимся съесть его, который всплыл из его детского воображения. Измененные состояния «Я» не являются преобладающими в его клинической картине.

Таким образом, психоз включает в себя радикальное изменение собственного опыта, отмеченное гипертрофированным восприятием внешних раздражителей, что приводит к идеям отношения, и параллельный процесс, включающий внутренние стимулы в форме мыслей, когда усиленный гиперрефлексивный мониторинг своих мыслей приводит к переживанию их как воспринимаемых объектов и галлюцинаций в форме голосов. Психоз недостаточно классифицировать как ошибочную идею (Skodlar et al., 2013). Он участвует в изменении бытия.

«Я» как основной воспринимающий

Гипернасыщенный опыт внешних раздражителей и гиперрефлексивный опыт собственных мыслей, вероятно, служат проявлениями одного и того же лежащего в основе нейropsychологического нарушения. В случае идей отношения незначимые элементы окружающей среды, которые обычно остаются незамеченными на заднем плане, поднимаются на передний план внимания. Это зловещее вырисовывание не относящихся к делу вещей разрушает опыт обычного гештальта восприятия (Matussek, 1987). Вместо того

чтобы замечать только те аспекты окружающей среды, которые имеют отношение к поведенческой цели, свободное действие заикливается на несущественных деталях. Например, плавная ходьба по комнате будет разбита на отвлекающие фрагменты. Если человек заметит и придаст особое значение тому, что граница ковра черная, а центральный рисунок красный, этот человек будет слишком отвлечен, чтобы легко пересечь комнату для выполнения каких-либо обычных целей.

В гиперрефлексивном самосознании вместо использования слов в качестве символов для служения свободному мышлению и общению целенаправленное мышление заикливается на незначимых аспектах словесных символов и на ассоциациях со словами, не имеющими отношения к существенной линии мышления. Например, последовательность мыслей, необходимая для того, чтобы взять зимнее пальто, будет разбита на отвлекающие фрагменты, если человек должен отметить факт и придать особое значение тому, что «пальто» (coat) звучит как «лодка» (boat), в то время как особое внимание будет уделено тому факту, что буква «b», с которой начинается слово «boat», в алфавите идет непосредственно перед буквой «c», с которой начинается слово «coat», при этом, если рассмотреть их формы, буква «b» представляет собой замкнутый круг, тогда как буква «c» — незамкнутый круг. И человек может спросить: «А как же “круг жизни”?» Гиперрефлексивное самосознание в ментальной сфере сродни идеям отношения в сфере восприятия. В обоих случаях внимание отвлекается от значимых элементов на не относящиеся к делу детали.

Концепция Фрейда о психическом аппарате в «Толковании сновидений» (Freud, 1900) предлагает способ понять основное сходство этих двух явлений. В этом отрывке Фрейд обсуждает связь между сознанием и восприятием.

«Какая же роль выпадает на долю некогда столь всемогущего, оставляющего в стороне все остальное сознания? Роль органа чувств для восприятия психических качеств. Согласно основной мысли нашего схематического опыта, мы можем представить себе сознательное восприятие исключительно в форме самостоятельной функции особой системы, которую для краткости обозначим Сз. По своим механическим свойствам система эта аналогична воспринимающей системе В;

она не способна запечатлевать следы изменений, то есть лишена памяти. Психический аппарат, чувствующими органами системы В обращенный к внешнему миру, сам служит внешним миром для органа системы Сз, телеологическое оправдание которой и покоится на этом взаимоотношении» (Стандартное издание, с. 616).

По мнению Фрейда, подобно тому, как сознание регистрирует чувственные впечатления от внешнего мира, оно регистрирует и умственную деятельность во внутреннем мире в форме мыслей, чувств и фантазий. В этой модели глаз сознательного разума представляет собой сложный глаз с двумя линзами. Воспринимающий глаз разума смотрит вовне и регистрирует реальный мир в опыте восприятия; саморефлективный глаз смотрит внутрь и регистрирует умственную деятельность в форме мыслей, чувств и воспоминаний в опыте самосознания. По мнению Фрейда, самосознание и восприятие в основном схожие процессы; то есть осознанное самосознание является формой интрапсихического восприятия. Осознание внешних событий, зарегистрированных пятью чувствами, и осознание внутренних психических событий лежат рядом в психике и являются частями одной и той же психической системы В.

Для этой идеи есть нейропсихологическое обоснование. Например, части мозга, которые активируются во время зрительного восприятия, перекрываются с областями мозга, активирующимися во время задач визуального воображения (Borst & Kosslyn, 2008; Slotnick, Thompson & Kosslyn, 2012). Это указывает на то, что воображение изображения (умственный процесс) и восприятие изображения (процесс восприятия) разделяют значительное количество нервных механизмов. Соответственно, мы могли бы ожидать, что зрительное восприятие и визуальное воображение могли развиться из общей древней сенсорной системы, в которой регистрация внешнего мира и регистрация внутреннего мира не были четко дифференцированными процессами в начале эволюции нашей центральной нервной системы. Я предполагаю, что нарушение границ между мыслями, чувствами и восприятием при психозе представляет собой регрессию к этому недифференцированному неврологическому предку.

Модель Фрейда также предлагает представление о переходе от абстрактной, символической мысли к перцептуализирован-

ному конкретному мышлению, как это происходит в гиперрефлексивном самосознании. Эксперименты в виртуальной реальности, которые объединяют сенсорные входные данные от тела экспериментального субъекта и воспринимаемого тела манекена, дают основание полагать, что наше ощущение воплощенного «Я» основано на сенсорной перспективе единственной пары обращенных вперед глаз, расположенных на фиксированном расстоянии над землей (Петкова и Эрссон, 2008). Визуальное поле, в которое мы погружены большую часть нашей жизни, оставляет глубокий след в нашем чувстве реальности и бытия. Воплощенное «Я» — это производная нашего воспринимающего аппарата. В этом смысле первичное «Я» является воспринимающим. Эта концепция сознания как формы перцептивного восприятия приближается к концепции ядра сознания Дамасио (2000) как предшествующего появлению расширенного высокого уровня сознания. При психозе человек перерождается из мыслителя в воспринимающего мысли. Разрушение привычных способов восприятия себя и внешнего мира сводит разум к базовому чувственному осознанию, которое можно назвать первичным воспринимающим. По мере того как субъективное качество мышления смещается в сторону восприятия, первичный воспринимающий смотрит на измененный ментальный ландшафт, в котором он сейчас живет. Мысли, чувства, фантазии, соматические ощущения и восприятие смешиваются, создавая новые формы гипернасыщенных физических и психических «объектов», которые становятся основой ложных воспоминаний о кажущемся реальном мире, ложащихся в основу логических выводов о том, что происходит в жизни человека, которые затем включаются в бредовые объяснения событий и на которых базируется бредовое личное повествование о жизни пациента. В психозе, когда мыслитель утерян и жизненно важное переживание эмоций исчезло, когда большая часть психической жизни была преобразована в фрагментированную совокупность воспринимаемых «вещей», человек становится пассивным свидетелем происходящих внутри и вне разума событий, словно последний аванпост искалеченного сознания, как скала Вишну в конце сознательного разума. Эти преобразования заманивают человека в ловушку, полную ментальных зеркал. Обязанность психотерапевта — помочь такому человеку выйти из этого лабиринта.

Влияние биологически ослабленных границ на психодинамические процессы

В обычной психической жизни биология предоставляет возможности для психологической защиты. Например, биологическая вазовагальная реакция на стресс может привести к внезапному падению артериального давления, что позволяет людям, склонным к таким изменениям, избежать рискованной ситуации, упав в обморок. Наша способность передвигаться позволяет нам проецировать наши страхи на объекты во внешнем мире, которых мы можем затем избежать, как в случае фобического избегания черных кошек, разбитых зеркал и тому подобного. Точно так же измененный ментальный ландшафт при психозе, состоящий из гибридных форм мышления, чувств, фантазий и восприятия, ставших возможными благодаря ослабленным ментальным границам, предоставляет целый мир новых возможностей для психологической защиты. В частности, такие знакомые методы психологической защиты, как расщепление и проекция, получают простор для реализации в контексте ослабленных ментальных границ. Подобно тому как художник-акварелист может достигать особых эффектов, смешивая цвета на бумаге (эффекты, которых невозможно достичь, рисуя стилусом по меди), люди с психозом могут достигать психодинамических эффектов, объединяя мысли, чувства и фантазии с восприятием. Эти психические эффекты не могут быть достигнуты непсихотическими людьми. Как будто поток сознания давит на стену, недостаточно прочную для ее удержания, градиент давления устанавливается на уровне поврежденных ментальных границ, через которые опыт течет из ментального пространства, обычно предназначенного для мыслей и чувств, в отделы психики, которые отвечают за реакцию на восприятие внешнего мира. Этот градиент давления устанавливается двумя силами: биологической и психологической. По сути ментальное содержание тянется навстречу внешнему миру благодаря биологически индуцированной гипернасыщенности, которая пронизывает стимулы в окружающей среде. Кажущееся самобытным сияние внешнего мира притягивает внимание пациента к объектам и ситуациям, которые обычно остаются незамеченными. Как пустые сосуды, ожидающие быть наполненными психологическим содержанием, объекты с биологически индуцированной гипернасыщенностью манят пациента из внешнего мира.

Предназначенные для защиты психологические силы расщепления и проекции толкают ментальное содержимое через границу «Я» в яркие объекты, ожидающие наполнения. Отторгнутые части «Я» живут в ментальных представлениях о людях и вещах в окружающей среде, когда, например, пациент связывает свои жизненные трудности с преследователем-незнакомцем, которого он случайно встретил на улице. Психологические феномены расщепления и проекции наполняют смыслом бессознательных фантазий эти гибридные ментальные формы, создавая повествовательную драму с ее привычным набором жертв и преследователей, божеств и дьяволов, разыгрывая истории о преступлениях и наказаниях, потерях, неразделенной любви и разрушенной самооценке. Психотические симптомы — это психологические автопортреты.

Рассмотрим несколько клинических примеров пациентов, которые создали гибридные сочетания мыслей, чувств и восприятий, предназначенные для психологической защиты. Блейлер (Bleuler, 1950) описал человека, который испытал подергивание в ноге и сообщил, что слышал голос, исходящий из его ноги, говорящий ему, чтобы он молчал во время медицинского осмотра.

Во время осмотра она (нога) сказала: «Молчи» или что-то в этом роде. Похоже, что здесь подергивание ноги высвободило мысль (или выразило ее?), что пациенту было бы лучше, если бы он молчал.

Пациент верил, что он услышал свою мысль в ноге. Однако акустическая составляющая была настолько расплывчата, что пациент вообще не мог сказать, какими словами была выражена эта мысль (с. 111).

Пациент в этом случае не хочет говорить с врачом. Вместо того чтобы думать об этом, он чувствует подергивание в ноге и слышит голос, произносящий его мысль как команду. Руководствуясь своей защитной необходимостью избегать доктора, пациент создает гибридную форму переживания, которая превращает соматическое ощущение (подергивание) в слуховой стимул (голос). В этой смеси осознания тела и разума подергивание ноги превращается в вокализацию. Этот коллаж психики и сомы сообщает: «Я не хочу с тобой разговаривать».

Второй пример иллюстрирует, как психодинамические силы давят на проницаемые границы ума. Жюстин, 32-летняя женщина, чья мать была «бедным родственником» в привилегированной семье с Глубокого Юга, была госпитализирована в больницу общего профиля по поводу диабетического кетоацидоза. Когда ее делирий прояснился, у нее обнаружился острый психоз, и в связи с этим она была переведена в стационар психиатрической клиники. После того как психотерапевт установил с ней взаимопонимание, женщина начала описывать свой психический ландшафт. Она рассказала, что игнорировала свою диету диабетика, потому что ей приходилось кормить нескольких хищных существ, которые жили в ее мозгу. Она могла «чувствовать», как они грызут вещество ее мозга «прямо за глазами». После того как пациентка установила доверительные отношения с врачом, она рассказала, что ее дядя изнасиловал ее несколько раз, причем впервые это произошло, когда она была в старшей школе. До изнасилования она была блестящей ученицей и хорошо адаптированной в обществе девушкой, но впоследствии ее психическое функционирование ухудшилось. Ей было трудно сконцентрироваться на школьных занятиях, и она стала социально изолированной во время продромального периода перед своим первым психотическим эпизодом. Теперь она объявила, что является Невестой Иисуса.

Жюстин утверждала, что ее анатомия отличается от анатомии других женщин, гарантируя, что, хотя она была изнасилована дядей, анатомически она оставалась девственницей. Ее представление состояло в том, что ее матка размещается «выше и глубже», чем у других женщин. Она утверждала, что ее девственная плева была вне досягаемости для ее дяди. Ее саморепрезентация, ее представление о своем разуме, мозге и внутренностях тела, а также ее представление о преследующих устных объектах, атакующих ее, слились в гибридных психических состояниях, которые объединили мысли, чувства, фантазии и соматические ощущения. Она часто видела подтверждение своего статуса Невесты Иисуса в гипернасыщенных взглядах незнакомцев, которые, как она верила, смотрели на нее, потому что знали: она — Невеста Иисуса.

Как можно догадаться по жадным аппетитам демонов в ее мозгу, Жюстин была одержима едой. Она вспомнила тревожное событие, которое произошло до ее госпитализации. В доме-пансионате, где

она жила, был запланирован особый обед, но у нее на это время были планы в другом месте. Она попросила женщину, проживавшую в этом учреждении, приберечь для нее тарелку с едой, чтобы она могла поесть, когда вернется. Но у женщины не получилось выполнить эту просьбу. Жюстин была в ярости, но она сказала, что не могла выразить свой гнев, потому что Невесте Иисуса не следует злиться: она придерживается более высоких стандартов, чем обычные люди. Она сказала мне: «Я хотела проклясть ее двадцать раз, но сдержалась, потому что я христианка». Затем она услышала голос: «Я слышала, как Бог сказал: “Ты можешь ее проклясть!” И тогда Бог назвал мне проклятия и ругательства, которые я могла использовать. Бог сказал, что я могу назвать ее шлюхой и жалкой сукой. Тогда я обозвала ее так двадцать раз!»

Сначала ее краткий приступ гнева появился как чувство, заключенное в границах личности. Она была зла! Она хотела проклинать ту женщину, но такое нападение не сочеталось со всеблагим образом, неотъемлемым от Невесты Иисуса. В этот момент в качестве психологической защиты ее разум раскололся на два внутренних психологических объекта: голос Бога, который выступил как признание ее проецируемой ярости и позволил выразить ее, и пассивное «Я» — марионетку, которая восприняла ее гневные мысли таким образом, как воспринимается голос извне. Она создала командную галлюцинацию специально для этого случая. Она могла атаковать во имя Бога, но не во имя Жюстин. Отвечая на голос, она с радостью исполнила Божье повеление.

Потребность Жюстин отречься от ответственности за свою ярость использовала особые возможности защиты, предоставляемые проницаемыми ментальными границами ее психотического состояния. Ее злые мысли исчезали из разума, мгновенно проецировались через ослабленную границу между мыслями и восприятием и вновь появлялись в замаскированной форме в воспринимаемом голосе Бога. Психодинамический сдвиг в психической жизни создал переход от генерирующей мысли и переживающей эмоции к воспринимающему их в форме голоса. Исполнительная сила ее личности была превращена в кажущееся пассивное подчинение воспринимаемому голосу, а не в действие, предпринимаемое с чувством личной воли. Более десяти лет она проживала в измененном ментальном ландшафте гибридных субъективных форм.

Обобщив феноменологию психоза, современные биологические теории его этиологии и психологическую модель, которая подчеркивает нарушение границ между мыслями, чувствами, восприятием и ментальными представлениями о себе и других, и определив три потока переживаний, которые составляют содержание психотического опыта, в следующей главе я опишу важность психоаналитической теории объектных отношений в понимании страдания при психозе.

Глава 3

ПСИХОЗ: АВТОБИОГРАФИЧЕСКАЯ ПЬЕСА, ПОСТАВЛЕННАЯ В РЕАЛЬНОМ МИРЕ

Люди по своей психологической сущности являются социальными животными. Фактически человек не может существовать без других людей. Как сказал Винникотт (1962), «ребенка не существует», что означает, что не бывает младенца, изолированного от тех, кто за ним ухаживает. Мы узнаем, что значит быть человеком, у других людей. Наше выживание и наша идентичность зависят от отношений. В детстве мы усваиваем социальные взаимодействия в форме мысленных представлений о себе в отношениях с другими людьми. Эти внутренние представления о других людях — личные впечатления, а не объективные фотографические изображения, составляют наш внутренний межличностный мир. Психоаналитическая теория объектных отношений призвана описать развитие и взаимодействие наших ментальных представлений о себе и других, а также о том, как эти образы формируются фантазией и необходимостью психологической защиты (Abraham, 1923; Freud, 1917; Kernberg, 1976; Klein, 1935, 1946; Sandler & Sandler, 1978; Volkan, 1981). В этой главе я кратко изложу теорию объектных отношений применительно к нормальному развитию и обычной психической жизни детей и взрослых; после чего расширю эту схему, чтобы включить в нее понимание бреда и галлюцинаций.

Чтобы объяснить свой опыт, психотические и непсихотические люди рассказывают сами себе истории, состоящие из персонажей, взаимодействующих в ходе повествования. Вы едете на работу рано утром. Вы видите, как двое ваших коллег, которые работают

в разных отделениях больницы и, как вам известно, не являются парой, едут в одной машине. Вы строите рассказ. Вы представляете, что они, скорее всего, этим утром выехали из одной квартиры, проведя ночь вместе. Вы формируете мысленное представление о них как о паре. Женщина с психозом слышит, как в ее квартире гудят трубы отопления. В ее повествовании соседи сверху намеренно бьют по трубам, чтобы лишить ее покоя и уединения в ее собственном доме. Люди понимают свою жизнь как повествование, в котором они похожи на персонажей в истории или пьесе. В этой главе я раскрываю идею о том, что *психотические симптомы служат значимым выражением психической жизни человека с психозом таким же образом, как пьеса представляет собой значимое выражение воображения и жизненного опыта драматурга*. Я хочу, чтобы это сравнение было не просто метафорой. Я говорю об этом буквально. Пьеса и бред — это творческие художественные произведения, выражающие человеческие проблемы в форме истории, в которой взаимодействуют различные персонажи. История позволяет слушателю или читателю идентифицировать себя с персонажами, чтобы исследовать различные мысли и чувства. Психоз — это особая разновидность театра разума, которая становится возможной благодаря примитивным психологическим процессам, меняющим восприятие человеком реальности. Рассмотрим следующие аспекты этого театра.

1. *Сценарий, с его главным положительным героем и антагонистом*. Составленная в слиянии трех потоков восприятия, описанных в главе 2 (измененное восприятие, измененные состояния «Я» и внутренние объект-ориентированные фантазии; см. рисунок 2.1), пьеса создается на основе примитивных фантазий, связанных с внутренними объектами из детства, которые привносятся на передний план сознания, когда неблагоприятные жизненные переживания резонируют с этими фантазиями. Вездесущая детская фантазия о себе в опасности от преследователя (всем известного монстра под кроватью) формирует сюжетную линию сценария (бредовое повествование), которая обычно рассказывает историю о себе в конфликте с преследующим психологическим объектом, таким как ФБР, ЦРУ, мафия, правительство или какой-либо другой злоумышленник, который желает зла пациенту.

2. *Сцена*. Спектакль ставится в реальном мире, а не в театре. Под воздействием мощных аффектов, с размыванием границ между мыслями, чувствами и восприятием, сознание человека с психозом выворачивается наизнанку, так что события ощущаются

происходящими во внешнем мире. Пациент думает, что проблема лежит вне его самого, в реальном мире, а не внутри разума. При психозе авансценой может быть квартира соседей сверху — преследователей, левой стороной сцены будет тротуар за пределами квартиры страдающего психозом человека, где незнакомцы пристально смотрят на него, в то время как правой стороной сцены может стать гостиная, где заявления, сделанные телевизионными комментаторами, кажется, лично адресованы человеку с психозом. Бредовое восприятие (описанное в главе 2) объединяет мысли, чувства и восприятия пациента в измененных состояниях ума, которые становятся санкционированной реальностью. С первым психотическим эпизодом занавес поднимается и начинается рассказ. Способность к логическому рассуждению, которая переживает размытие биологических субстратов, поддерживающих границы между мыслями, чувствами и восприятием, используется для анализа аномальных субъективных переживаний, возникающих при психозе, укрепляя убеждение человека в том, что действие пьесы разворачивается поблизости от него; и это убеждение способствует тому, что пьеса разыгрывается долго и трагично.

3. *Актеры.* Нарушения в образном языке при психозах — конкретные метафоры — вовлекают в игру самого человека и других людей в качестве бредовых персонажей в автобиографической пьесе. Фигуры в заблуждениях, которые в пьесе кажутся разными людьми, на самом деле являются фрагментированными частями единого разума — разума человека с психозом, распавшегося на части и спроецированного в ментальные представления людей и вещей вне себя.

В этой главе я описываю, как бредовые повествования возникают из примитивных внутренних объектных фантазий обычного детства. В главе 4 я показываю, как нарушения образного языка превращают персонажей этих возрождающихся фантазий в бредовые идентичности, которые заполняют психотические повествования.

Психоаналитическая теория объектных отношений: сценарий

В теории объектных отношений психологический «объект» — это не реальное физическое лицо, а умственное представление

о реальном или воображаемом человеке, сущности или даже персонифицированной абстракции (например, Леди Удача), которое служит объектом человеческого интереса (Фрейд, 1915). Внутренние объектные отношения обеспечивают встречающуюся во всем основу для обычной психической жизни. Например, несколько лет назад, когда я обменял свою старую машину, чтобы купить новую, я обнаружил, что у меня есть представление об этом металле, стекле и виниле как о верном спутнике. Обменять его, чтобы продать неизвестному новому владельцу, было похоже на то, чтобы бросить близкого члена семьи, предоставить его воле неопределенной судьбы. Все психологические объекты, даже если они относятся к реальным людям, являются «внутренними объектами» в том смысле, что они существуют в мире психики, а не в физической реальности. Ментальные образы внутренних объектов наделены определенными характеристиками и психологическими свойствами. При психозе одним из видов внутреннего объекта оказывается компьютерный чип, встроенный в мозг; другим — голос, который преследует человека.

Теперь рассмотрим несколько определений. Под «Я» я подразумеваю не совокупность личности, а скорее психологическое «Я» в том виде, в каком оно мысленно представляется в отношении к объекту вне «Я» (внутреннему объекту). Я использую термин «Я», подразумевая один полюс объект-ориентированной пары, которая связывает «Я» и внутренний объект. Если у человека есть ментальный образ себя как родителя, в его умственной картине есть дети; если в качестве артиста — есть зрители; если в качестве жертвы — есть преследователь. Мы формируем наше представление о себе в отношении с ментальными образами других в форме диадических кластеров.

Самопрезентации и репрезентации объектов не аналоги реальных людей. Они состоят из матрицы эмоциональных переживаний человека о себе и о других людях, сформированных из мыслей, чувств, фантазий и воспоминаний, имеющих эмоциональную валентность. Основное объектное искажение при психозе — это слияние ментального представления о реальном человеке или предмете с объектным представлением, «загрязненным» проецируемыми элементами «Я», которые воспринимаются как реальность. Например, вспомним Джеймела из главы 1, который думал, что соседская собака могла видеть

его худое тело сквозь одежду и издевалась над ним своим взглядом. Есть настоящая собака, но Джеймел воспринимает ее как объектное представление, загрязненное проекцией своего карательного *суперэго*, которое он воспринимает как атрибут собаки в реальности.

Внутренние объектные отношения начинают формироваться в младенчестве. Младенцы биологически настроены реагировать на приятные взаимодействия с окружающей средой улыбкой (положительный аффект) и реагировать на дискомфорт плачем (отрицательный аффект). Согласно теории объектных отношений, представления о себе и объектах объединяются вокруг аффективных состояний. Кляйн говорила:

«Наблюдение за очень маленькими детьми научило меня тому, что нет инстинктивных побуждений, тревожных ситуаций, умственных процессов, которые не затрагивают объекты, внешние или внутренние; другими словами, объектные отношения находятся в центре эмоциональной жизни. Более того, и любовь, и ненависть, фантазии, тревоги и защита» (1952, с. 435–436).

Дети испытывают аффекты с первичным относительным качеством. Эмоции переживаются как часть взаимодействия с объектом, который приносит либо удовольствие, либо страдание. По мнению Кляйн, мы испытываем удовольствия и страдания не в изоляции, а в связи с психологическими объектами. Соответственно, базовая структура разума состоит из самопрезентаций и репрезентаций объектов, связанных эмоциональной валентностью, которая оживляет отношения (Kernberg, 1976) (см. рисунок 3.1.). Эти внутренние объектные отношения развиваются в сознательных и бессознательных объектных фантазиях, в которых объект делает что-либо с «Я» или «Я» делает что-либо с объектом. Кляйн использовала слово «фантазия», когда речь шла об описании бессознательного мира. Я решил вспомнить более привычное значение слова «фантазия» для обозначения бессознательных объектных фантазий, мимолетных сознательных фантазий и мечтаний. Под «примитивным» или «первичным» я подразумеваю, скорее, раннее развитие, чем низшее.

Теория

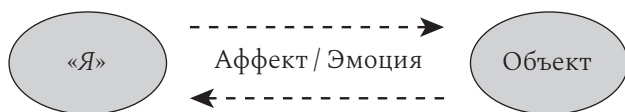


Рисунок 3.1. Основная структура внутренних объектных отношений

Например, человек, не страдающий психическим расстройством, получил письмо из Главного налогового управления (IRS). Прежде чем открыть его, он представил, что в нем содержится уведомление о предстоящей налоговой проверке. Письмо немедленно вызвало внутреннюю фантазию, связанную с объектами, в которой IRS (преследующий объект) собирается сделать с человеком нечто, что бы дорого ему обошлось. В действительности же письмо оказалось стандартным уведомлением, что одна определенная форма IRS была прекращена.

Клейн отмечала, что некоторые психические процессы, которые наблюдаются у взрослых с психозом, напоминают психическую жизнь очень маленьких детей. Делая это наблюдение, она никогда не описывала детей как «психотиков» и также не считала взрослого человека с психозом регрессирующим к состоянию ребенка. Скорее, при психозе примитивные психологические процессы, которые обычно присутствуют в детстве, но исчезают из сознания в возрасте около 8 лет (латентность), вновь возникают и изменяют сознание взрослого. Когда Клейн наблюдала за своими пациентами-детьми во время игры, она обнаружила, что они использовали ее и игрушки в ее кабинете в качестве посредников для воплощения драматических фантазий, связанных с внутренними объектами; например, одну куклу съедает монстр, другую кормят и бережно укладывают спать, в то время как третья кукла становится королевой или принцем и управляет королевством. Хотя теоретики расходятся во мнениях о наименовании и организации различных фаз развития, многие разделяют раннее детство примерно на три периода развития: 1) от рождения до 1,5 лет (психология единого человека и первичного «я»); 2) 1½ — 3 года (психология двух человек привязанности и разлуки); и 3) 3–6 лет и более (психология трех человек Эдипова периода) (см. таблицу 3.1). Начало этих условных этапов может

варьировать в процессе развития каждого ребенка. Малер, Пайн и Бергман (1975), Фонаги и Таргет (1996), Боулби (1983), Mahler, Pine and Bergman (1975), Fonagy and Target (1996), Bowlby (1983) и другие описали проблемы развития, тревоги и умственные операции, характерные для каждого периода. Психологические теории психоза сосредотачиваются на первом периоде, психологии одного человека и первичного «Я», которую Стерн (1985) делит на четыре фазы: 1) возникающее «Я», которое начинает систематизировать опыт (рождение — 2 месяца); 2) ядро личности, обладающее чувством агента и аффективности во времени (2–8 месяцев); 3) личность, которая понимает, что «мой субъективный опыт — это только мой опыт» (8–15 месяцев); и 4) словесное «Я» (15 месяцев и более), которое знает, что оно является главным действующим лицом в повествовании о личной жизни. В отличие от страдающего психозом человека, который чувствует, что его мысли передаются на всеобщее обозрение, обычный четырехлетний мальчик понимает, что его субъективный опыт — его собственный и что его мать не может читать его мысли.

Таблица 3.1. Периоды развития в детстве

Психология трех человек Эдипова периода (примерно 3–6 лет и более)

- Первичная тревога: травма, вина, потеря
- Первичная защита: репрессия
- Фонаги — ментализация
- Кляйн — депрессивная позиция

Психология привязанности двух человек (примерно 1½ — 3 года)

- Первичная тревога: потеря матери, стыд
- Первичная защита: проективная идентификация
- Боулби — привязанность
- Фонаги — притворство, «изображает что-то»
- Кляйн — депрессивная позиция
- Малер — сближение и индивидуация
- Эриксон — автономия

Психология первичного «Я» (примерно от рождения до 1½ лет)

- Первичная тревога: уничтожение «Я»
 - Первичная защита: расщепление, проекция, отрицание
 - Боулби — привязанность
 - Фонаги — психическая эквивалентность
 - Кляйн — параноидно-шизоидная позиция
 - Малер — симбиоз
 - Эриксон — основное доверие
-

Новорожденный оставляет относительную безопасность матки, чтобы встретить смешение ярких огней, громких шумов и новых тактильных ощущений. Опыт новорожденных и младенцев, как мы можем заключить, состоит из отдельных фрагментов соматических ощущений, связанных с восприятием, которые еще не сконцентрированы в представления о себе и объектах. По мнению Стерна о формирующемся «Я», ребенок начинает организовывать коллаж сменяющихся образов, звуков и ощущений тела в ментальные представления о себе и внешнем мире, которые имеют «хорошие» и «плохие» эмоциональные валентности (Blatt & Levy, 1997). Дети в возрасте всего 5 месяцев имеют устойчивое умственное представление об объекте, даже когда объект не присутствует рядом физически (Baillargeon, Spelke & Wasserman, 1985). К 18 месяцам большинство детей могут узнавать себя в зеркале. Субъективное «Я» Стерна родилось.

Преследующие психологические объекты

Даже самые внимательные родители не могут удовлетворить все потребности ребенка, и тогда психическое напряжение возрастает. Когда ожидание успокаивающей матери слишком долгое и ребенок не может вызвать достаточное количество воспоминаний о прошлых удовольствиях, чтобы выдержать до тех пор, пока не наступит настоящее утешение, его разум наполняется агрессивным страхом, с которым младенец должен найти способ справиться. По словам Ривьера (Riviere 1936), последователя Кляйн, эта беспомощность перед лицом растущей агрессивной напряженности — самая большая психическая опасность и самый глубокий источник беспокойства у людей. Под влиянием потребности ребенка в уменьшении психического стресса положительные и отрицательные переживания «разделяются» на два примитивных психологических объекта: «хорошее Я», созданное на основе положительного опыта, и «плохой объект» вне «Я», который, как представляется, служит источником боли младенца. Поскольку аффект ощущается в объектно-ориентированных условиях, прежде всего как ощущаемое присутствие хорошего или плохого объекта, когда спокойный младенец начинает испытывать чувство голода, он не воспринимает приступы голода как потребность, возникающую изнутри.

Скорее, голод ощущается как вторжение внешнего преследующего «плохого объекта», который портит то, что в противном случае было бы первозданно мирным и спокойным «Я». «Плохой объект» называется «преследователем», потому что в примитивном сознании «плохой объект» намеревается причинить боль. Когда маленькие дети обижены взрослыми, они воспринимают боль как преднамеренную (преследующую), потому что не могут «ментализировать» умы взрослых людей, чтобы учесть смягчающие обстоятельства, не связанные с «Я» (Fonagy & Target, 2000). Трехлетние дети не говорят: «Мама обидела меня, когда она заставила поделиться игрушкой с Дэниелом, но я знаю, что она просто пытается научить меня правильным моральным ценностям». Вместо этого они могут сказать: «Я тебя ненавижу!» Для маленьких детей, испытывающих эмоциональные переживания, физиологически и психологически невозможно интегрировать свое умственное представление о матери, которая обидела их, с любящей матерью, к которой они обращаются за утешением. Ребенок не может чувствовать и выражать гнев и зависимую привязанность одновременно. Вместо этого ментальные представления о матери делятся на «плохую мать» и «хорошую мать».

В результате этого раннего разделения между «Я» и преследующими объектами разум населяют первичный главный герой (хороший я) и первичный антагонист (плохой преследователь), чьи взаимодействия развиваются в примитивных фантазиях, связанных с внутренними объектами, в которых преследователь причиняет боль страдающему «Я». Рассматривая паранойю, легко увидеть сторону атаки преследователя этой фантазии, но труднее оценить базовую фантазию о потенциальном восстановлении себя, что не менее важно. Это раннее разделение на «хорошие» и «плохие» объекты сохраняет иллюзию, что первозданное, благоденствующее «Я» возродится, если только удастся устранить преследователя. Бред преследования, будучи источником боли, остается и хранилищем надежды.

Подразумевается, что человеческие страдания возникают не из-за неизбежно болезненных аспектов состояния человека, а, скорее, из-за преследующих элементов, находящихся вне «Я». Комбинация вымышленной атаки и фантазийного восстановления — фундаментальная психология параноидного психоза, по Кляйн. Эта первичная психология оставляет много следов

в обычной психической жизни взрослых людей, в культуре и в религии.

Например, когда у нас болит голова, мы можем сказать: «Моя голова убивает меня!» Мы легко понимаем значение этого предложения, но при внимательном рассмотрении оно имеет своеобразную предметную грамматику. Если у нас болит голова, нет части нашего тела, которая была бы более «Я», чем голова, но мы говорим о двух сущностях, как если бы «голова» была отделена от «Я». «Голова» и «Я» связаны в эмоционально заряженных отношениях, где, согласно фантазии, одна сущность («голова») намеревается убить другую («Я»). Легко увидеть преследующее намерение «головы» в этой фантазии, связанной с головной болью. Сложнее увидеть подразумеваемое естественное состояние «Я». В конструкции «Моя голова убивает меня!» мы подразумеваем, что «Я» в своем первоначальном состоянии не страдало бы от головной боли, если бы не навязчивая, убийственная деятельность «головы». Считается, что «Я» содержит только положительные элементы, которые, если им позволено процветать в отсутствие преследователя, обеспечат свободное от боли состояние души.

Описание первичного раскола Кляйн, в котором преследователи атакуют «Я», содержит основы драматического повествования — многолетней борьбы между добром и злом, разыгрываемой между главным героем и антагонистом. «Я» — первичный главный герой, а преследующие объекты — первичные антагонисты. Сюжетные линии, основанные на примитивных внутренних объектно-ориентированных фантазиях, развиваются в различных повествовательных формах, включая невербальные фантазии очень маленьких детей, игры, в которые играют дети, сказки, истории для взрослых и бред. Соединяя обычные фантазии детей, сказки и бред, я надеюсь подчеркнуть связь между психозом и обычной психической жизнью. Люди часто не распознают бред как значимые истории, потому что основной мотив главного героя — это выражение бессознательной фантазии, предназначенной для регулирования недопустимых воздействий, ни одно из которых не может быть сразу очевидным ни для пациента, ни для врача.

Объекты преследования изобилуют в повседневной беседе. Мы создаем преследующий объект, чтобы избежать нашего собственного чувства вины, когда мы обвиняем другого человека

в недостатке, который, как мы знаем, является нашим собственным. «Я бы завершил проект вовремя (первозданное хорошее «Я»), если бы Эдвард (преследователь) предоставил мне данные к среде». Когда нас беспокоит то, что мы сказали или сделали, и мы замечаем: «Я не знаю, что на меня нашло!», мы подразумеваем, что «плохой объект», чуждый нашей доброй по природе сущности, ненадолго взял под контроль наш речевой аппарат. В истории Адама и Евы змей (преследователь) вносит грех в нетронутый райский сад. Фашистские политики уверяют, что нация естественным образом обрела бы свое истинное потенциальное величие, если бы не евреи, или ирландцы, или мексиканцы, или мусульмане, или бедные (заполните пробел «преследователем» дня). Точно так же женщина с психозом утверждала, что она была финансовым гением и была бы богата, если бы не ее ревнивый муж, который удерживал ее от заслуженного богатства, манипулируя фондовым рынком против нее.

В тот момент, когда происходит ментальный раскол между «хорошим объектом» и «плохим объектом», отторгнутые части разума, которые в противном случае воспринимались бы как внутренние источники страдания, словно бы исчезают из психики человека, вновь появляясь в ментальных образах преследователей, находящихся вне «Я». Расщепление и проекция уничтожают части «Я», одновременно возвращая эти отрицаемые элементы к жизни в ментальных представлениях о других людях и вещах. Отторгнутое психическое содержание остается замаскированным на самом виду в форме психотических симптомов. В случае с женщиной — финансовым гением — ее восприятие себя как неудачницы полностью исчезают из ее разума, переходя в борьбу с преследующим мужем. Она остается нераскрывшимся, но все еще гением. Подобные проекционные защиты похожи на фокус «Ментальный трехкарточный монте», аферу, которую можно часто наблюдать на улице, где карточный жулик прячет долларовую купюру под одним из трех стаканов, а затем быстро передвигает стаканы в новое положение. Зрителям остается гадать, в каком стакане скрываются деньги. Человек с психозом так же скрывает аспекты себя в ментальных представлениях о других людях. В этом маневре, похожем на трюк-аферу, представления о себе и объектах сливаются и вновь собираются в различные конфигурации в бредовых формах. Когда все психологические связи между известным

«Я» и «плохими» проецируемыми частями «Я» были психически разрушены на службе защиты (Bion, 1959), страдающий психозом человек больше не способен формировать мысль об этих частях своего опыта. Вместо этого человек может думать только о преследующем объекте, внутри которого скрыты спроецированные части личности. В случае с Джеймелом и его заклятым врагом — собакой чувство вины и размышления о том, что он несет ответственность за смерть своей сестры, исчезли из его разума, по мере того как собачий преследователь пропитал его психику. Человек с психозом заключает фаустовский договор с Дьяволом. Вместо попытки интегрировать интенсивные, противоречивые элементы психической жизни, интрапсихический конфликт превращается в межличностную проблему между индивидуумом и предполагаемым внешним преследователем, таким как экстраординарная собака, ЦРУ, мафия, сосед-злоумышленник, родственник, или критический голос. Внутренняя объект-ориентированная диада жертвы и преследователя дает пациенту выбор двусторонних ролей. Если пациенты идентифицируют себя с жертвой, их жизнь становится борьбой с личным врагом. Когда пациенты идентифицируют себя с преследователем, они воображают, что наносят тяжкий вред другим (преследуют других) и испытывают бред вины или становятся могущественными дьявольскими фигурами, лишенными угрызений совести, разрушителями миров.

Отделение отрицающих частей «Я» в преследуемые объекты никогда не бывает полностью успешной защитой. Страдающие психозом люди прячут свое страдание в психотических симптомах, но болезненные ощущения приходят вновь, и преследующий объект снова стучит в дверь на границе «Я». Требуется план. Б. Клейн описала совокупность механизмов, которые она назвала «маниакальной защитой»; они сходны с теми, которые встречаются у некоторых пациентов с биполярным расстройством (Klein, 1935, 1946). К ним относятся грандиозные фантазии о «совершенстве» и фантазия всемогущества о том, что преследуемые объекты можно контролировать волшебным образом.

Фантазии совершенства

Идеи «совершенства» играют важную роль в психологии большинства из нас, если, например, мы совершаем ошибку и

напоминаем себе, что «никто не совершенен». Когда человеку удастся создать представление о себе, в котором плохие аспекты «Я» сдерживаются положительными качествами в интегрированном, несовершенном, но приемлемом человеческом целом, тогда ошибки не представляют серьезной угрозы для «Я». Человек, который знает, что он в целом любящий отец, может прощать случайные моменты нетерпения к своим детям. Когда «плохое» ближе к ненависти к себе и ярости, чем к нетерпению, и в самопредставлении мало положительного для отражения атак *суперэго*, условия ужасны и для поддержания самооценки необходимы радикальные меры. При психозе, когда преследующий объект является производным от неумолимого карательного *суперэго* и можно представить, что ошибки человека вопиющие, компенсационные фантазии о совершенстве служат единственной защитой. Концепция Кляйн примитивных объектно-ориентированных фантазий о совершенстве выходит за рамки привычной поговорки «Все совершают ошибки» и достигает более глубокого уровня психики, где расщепление, проекция и фантазии о совершенстве оказываются последним психологическим оплотом, защищающим «Я» от поражения преследующим *суперэго*. Когда не удастся объединить хорошие и плохие представления о себе, разум стремится хранить позитивные образы самого себя как можно дальше от негативных образов, что приводит к представлениям об идеально хороших и совершенно плохих объектах. Преследуемое «Я» подобно рыцарю в кольчуге, который должен следить за тем, чтобы в его доспехах не было ни малейшей трещины, ни малейшего несовершенства в его позитивном представлении о себе, через которое внутрь «Я» могла бы проникнуть ненависть к себе и довести самоуничтожающую идею до победного конца. Если в саморепрезентации человека недостаточно хорошего, чтобы уравновесить недостатки, единственный способ избежать катастрофического падения самооценки состоит в том, чтобы вообще не иметь недостатков, быть полностью безупречным, чтобы не дать повода для критики. Страдающий психозом человек может прибегать к грандиозным идеям, чтобы оградиться от ненависти к себе и укрепить чувство собственного достоинства, заявлять, что он Иисус, или Бог, или некоторая такая бредовая идентичность, в которой он может представить себя неопровержимо совершенным.

Фантазии магического контроля

В дополнение к идеям совершенства примитивный разум развивает фантазию о том, что он обладает всемогущей способностью магически управлять преследующими объектами. Загрязняющие вещества и яды являются архетипическими преследующими объектами, которые символически угрожают проникнуть в человека через такие порталы, как рот или кожа. Если бы мы увеличили ментальное представление об опасных микробах до наблюдаемого размера, мы бы обнаружили изобилие приспешников преследующих объектов, намеревающихся уничтожить человека. При психозе преследователь может принять форму пищи или лекарств, которые пациент считает отравленным ядом, или токсичным газом, или излучением, просачивающимся через стены комнаты (символически проникая через границу личности) в его тело. Навязчивые ритуалы мытья рук предназначены для того, чтобы волшебным образом отразить воображаемых преследователей. Можно предположить, что заклинания, которые использует Гарри Поттер (Роулинг, 1997), чтобы победить преследующего Волдеморта, контролируют пугающие объекты так же, как это было верно для человека с психозом, который должен был только шесть раз постучать указательным пальцем по жестяному медальону избирательной кампании бывшего президента, чтобы гарантировать, что он вызвал присутствие мощной защитной доброй сущности, которая позволит ему пережить ночь. Родители видят этот мир, когда маленькие дети заливаются слезами, если морковь, которая не должна касаться гороха, все же трогает овощных соотечественников на тарелке. Вера в силу магии предполагает, что если кто-то знает секретное заклинание, то где-то есть «хороший объект» (волшебник, фея или подобная положительная сила), который «Я» может призвать через заклинание к своей защите от плохих объектов.

Уилфред Бион (1957) разработал описание проектируемых внутренних объектов в концепции «странных объектов». Сверхчувственная собака, которая издевалась над Джеймелом, служит «странным объектом», поглощенным проекцией самокритичного сознания Джеймела. Биона писал:

«В воображении пациента отторгнутые частицы эго ведут независимое и неконтролируемое существование, либо содержащееся во внешних объектах, либо содержащее их; пациент

чувствует себя окруженным странными объектами, характер которых я сейчас опишу. Чувствуется, словно каждая такая частица состоит из реального объекта, заключенного в частичку личности, которая охватывает ее. Полноценная природа этой частицы будет зависеть отчасти от характера реального объекта, скажем граммофона, и отчасти от характера частицы личности, которая его поглощает. Если частичка личности связана со зрением, граммофон во время игры ощущается как наблюдающий за пациентом; если со слухом, то кажется, что граммофон во время игры слушает пациента» (с. 268).

Знакомый компьютерный чип, установленный в мозге, является «странным объектом», обычно наделенным определенными когнитивными способностями человека, которые проецируются в умственное представление о чипе. Чаще всего считается, что чип регистрирует мысли и/или действия человека, и в этом случае он становится хранилищем гиперрефлексивного самосознания человека с психозом. Или, как сказал бы Бион, компьютерный чип заключает в себе самосознание пациента.

Психологические объекты в обычном развитии

Умы маленьких детей полны примитивных преследующих внутренних объектов, которые позже возникают при психозе. Рассмотрим обычного ребенка, описанного Айзексом (Isaacs 1948), 18-месячную девочку с задержкой речи. Девочка закричала от ужаса, когда увидела, как подошва маминой обуви издавала хлопающие звуки, открываясь и закрываясь, когда ее мать подошла к ней. В течение недели девочка отшатывалась, увидев, что мать вообще носит какую-либо обувь. В 2 года и 11 месяцев, когда смогла выражать свои мысли словами, она спросила мать: «Где маминны сломанные туфли?» Мать заверила ее, что избавилась от пугающих туфель. Дочь ответила, что это очень хорошо, потому что «они могли съесть» ее. Этот ребенок описывает примитивную внутреннюю объектную фантазию, которая присутствовала полтора года назад в возрасте 18 месяцев и где ей угрожали демонические уста. Ее концепция обуви как опасного рта возникла из ее собственных оральных агрессивных импульсов, которые были спроецированы на обувь. Так же, как ее 18-месячный разум был

полон побуждений кусать и страха быть укушенной, ее «теория разума» вообразила, что у ботинок была орально-доминирующая психическая жизнь, совсем как у нее. Точно так же люди с психозом проецируют агрессивные импульсы на различные психологические объекты, воспринимаемые как наносящие им вред. Прimitивные фантазии раннего детства, связанные с внутренними объектами, обычно отступают от сознания к возрасту латентности (от 8 лет до полового созревания), но они вновь возникают в психозе, формируя отношения человека с реальными людьми и реальным миром. Эти примитивные фантазии сопровождаются интенсивными аффектами и примитивными когнитивными процессами, которые ближе к образу, чем словесное мышление. В психологии *одного* человека основная психологическая задача первичного «Я» состоит в том, чтобы отделить плохие объекты и контролировать их, чтобы поддерживать чувство «Я» с достаточной стабильностью, интегрированной последовательностью и позитивным аффективным тоном, чтобы сформировать устойчивый центр для постоянного восприятия. Как мы знаем, маленькие дети подвержены внезапным штормам сильных эмоций, в которых центр не может удержаться. Вот они улыбаются от восторга; в следующий момент они видят свое мороженое, упавшее на тротуар, и рыдают в отчаянии. Перед лицом таких психических потрясений ребенок не может поддерживать стабильное самопредставление без успокаивающей «поддерживающей среды», предоставляемой опекуном. Мать может впитывать и детоксицировать страдание своего ребенка: обрабатывая разбитое колено лекарственным препаратом, она скажет: «Давай поцелую, где болит?» Винникотт (1962) описывает детский разум как неинтегрированный до тех пор, пока кусочки его фрагментированного опыта не будут собраны, связаны вместе и оформлены в отношениях с матерью. Со взрослым пациентом с психозом психотерапевт выполняет эту же функцию. Ужас, сопровождающий распад «Я» при психозе, называется тревогой уничтожения.

Подобно трещинам в стенах города, пострадавшего от землетрясения, распад личности на кусочки можно увидеть в психической жизни взрослых пациентов с психозом. Рассмотрим Розмари, чей отец стал насилловать ее, когда ей было 10 лет. Вскоре после того как начались изнасилования, Розмари стала слышать голос «Злого ангела» и «Доброго ангела», которые поочередно

давали ей указания убить себя или жить. У нее развился острый психоз в 14 лет, когда Ангелы превратились в три разных голоса. «Малыш» был испуганным ребенком, который только и делал, что плакал. «Джонни» сразу предлагал использовать насилие против всех, кто ее расстраивал. А «Аляска» была мудрой девушкой с жизненным опытом, чьи чувства никогда нельзя задеть и которая всегда получала то, что хотела. Когда Розмари почувствовала себя перегруженной жизненным испытанием, она «позволила Аляске справиться с этим», имея в виду, что она выработала способ вызвать храбрую Аляску, чтобы та заняла ведущее место в сознании, а сама Розмари могла отойти на задний план. Розмари поддерживала центральный остров личности, который слушал все три голоса. Зная, что ее отец, вероятно, изнасилует ее в течение нескольких часов после ужина, как она могла сесть за стол и сказать: «Пожалуйста, передайте картофельное пюре» или что-нибудь подобное во время еды? Конечно, она не могла. Она не смогла интегрировать ужасающую реальность насилия в последовательную психическую жизнь. В то время как она старалась изо всех сил сдержать свой ужас и поддерживать видимость нормальной жизни, ее разум рассыпался на части. Различные части ее сознания были перераспределены в разные голоса. Голос «Малыша» нес печаль ее потерянного детства, «Джонни» был источником ее гнева от жестокого обращения, и «Аляска» возвышалась над всем этим, привычная к психической боли, хранилище ее истинного «Я».

Хотя тревога уничтожения не является повседневным событием для большинства людей, мы иногда встречаем дальнего родственника этого чувства в ответ на особенно трагическое событие. Кто-то может сказать: «Я чуть не сошел с ума, когда задавил свою собаку, выезжая на машине. Я не могу перестать слышать ее лай. Я так сильно любил эту собаку!»

Терзаемый чувством вины, скорбящий владелец собаки изо всех сил пытается сохранить позитивное умственное представление о себе перед лицом печали, которая испытывает пределы психологической выносливости, и вины, разжигаемой *суперэго*, граничащей с преследующим объектом, после трагедии, которую можно было избежать. Страдающие психозом люди изо всех сил пытаются вынести то, что они должны пережить. Им не удастся «взять себя в руки». Они распадаются и превращаются в коллаж из примитивных внутренних объектов.

При нормальном развитии с безопасными привязанностями к лицам, осуществляющим уход за ребенком, преследующие объекты исчезают по мере взросления детей. Санта-Клаусом оказываются родители. Они создают более тонкие и реалистичные представления о себе и других. К 6 годам большинство детей имеют четкие психические границы, которые различают виды психических событий. Дети уже могут отличать свою внутреннюю субъективную жизнь от внешнего мира (внутри и снаружи), ментальные представления о себе от представлений других («Я» и объект) и воспоминания о текущей реальности (прошлое и настоящее) (Blatt & Wild, 1976). Они понимают, что реальный мир отличается от их воображения. Как только дети узнают, что их умы отделены от других людей, они могут идентифицировать себя с другими людьми, обогащая себя, усваивая аспекты других. Интернализация отношений с основными попечителями изменяет внутренний объектный мир ребенка. Сознание движется ко все более сложным «ментализированным» формам опыта, включая субъективно отличающиеся эмоции, символические репрезентации, словесное мышление и сознательное и бессознательное воображение, со все более реалистичными «ментализированными» представлениями о себе и других (Fonagy & Target, 1996).

Привязанность, внутренний объектный мир и межличностные отношения с реальными людьми тесно связаны. Существует значимое наложение между внутренними рабочими моделями межличностных отношений, которые развиваются из привязанностей в детстве, и внутренними психологическими объектами, которые населяют умы взрослых (Diamond & Blatt, 1994). Исследователи, изучающие привязанность, обнаружили, что дети формируют внутренние рабочие модели межличностных отношений на основе своих типов привязанности (Blatt & Levy, 1997; Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Безопасная привязанность наделяет умственные представления лиц, осуществляющих уход, утешающим сходством, которое способствует развитию позитивных дифференцированных образов себя и других. Психопатология коррелирует с менее дифференцированными представлениями о себе и объектах и небезопасными типами привязанности (Gumley et al., 2014; Quijada, Kwopil, Tizon, Sheinbaum & Barrantes-Vidal, 2015). Типы привязанности в детстве влияют на способность к близости в межличностных отношениях между взрослыми (Bartholomew,

1990). В той степени, в которой небезопасный тип привязанности исключает удовлетворяющие потребности отношения, он может предрасполагать к психозу.

Барфоломей и Горовиц (Bartholomew & Horowitz, 1991) описывают четыре стиля привязанности, связанные с различными сочетаниями внутренних объектов: безопасная привязанность с позитивным умственным представлением себя и других; пренебрежительно-избегающий стиль с положительным представлением о себе и отрицательным изображением других; тревожно-озабоченный стиль с негативным представлением о себе и позитивным изображением других; страшный стиль с негативными представлениями о себе и других. В этих альтернативных положительных/отрицательных оценках откликаются «полностью хорошие» и «полностью плохие» характеры внутренних объектов, которые описала Кляйн, говоря о психической жизни маленьких детей. Небезопасные привязанности обедняют внутренний объектный мир, сея семена преследующих персонажей, которые появляются при психозе. Психотерапевты надеются вдохновить человека на позитивные изменения во внутренних объектных отношениях, предлагая безопасные и заботливые отношения, одновременно пытаясь повысить осведомленность пациента о вторжении разрушительных внутренних объектов.

Психическая эквивалентность и режимы притворства

Внутренние объектно-ориентированные фантазии — это предпочтительная валюта, когда маленькие дети разыгрывают воображаемые сюжеты, а также материал, из которого соткан психоз. Фонаги и Таргет (Fonagy & Target, 1996) различают два режима функционирования у маленьких детей. На стадии психической эквивалентности все, что переживается в уме, ощущается как существующее в мире. Маленькие дети не могут оценить разницу между тем, что находится в их воображении, и тем, что происходит в реальном мире. В последующем режиме притворства идеи являются, скорее, репрезентативными, а не буквальными отражениями реальности, но их соответствие действительности не изучается внимательно, что позволяет детям часами разыгрывать воображаемые сюжеты. Режим притворства позволяет детям регулировать психическое напряжение, идентифицируя себя с вымышленными персонажами в играх

и рассказах. Психоз — апогей режима притворства. Истории, которые мы сочиняем и которые появляются в объектно-ориентированных фантазиях, выполняют эмоциональную регуляторную функцию (Sandler & Rosenblatt, 1962). Будь то в детстве или в зрелом возрасте, мы строим фантазии, связанные с внутренними объектами, чтобы выражать и регулировать наши страхи и удовлетворять наши потребности. С точки зрения объект-ориентированной теории мечта — это желание восстановить приятные отношения с объектом, который обещает доставляющее удовольствие чувство благополучия (Sandler & Sandler, 1978). Представление особенностей воссоединения с любимым человеком позволяет нам переносить одиночество до того момента, пока мы не увидим этого человека снова.

Рассмотрим конфликт с человеком, который ведет к краткому словесному обмену. Вы ожидаете в очереди, чтобы сесть в автобус. И вдруг какой-то человек подходит впереди вас, казалось бы, не обращая внимания на длинную очередь. Вы думаете, что он только притворяется невиновным, пытаетесь войти в салон без очереди. Вы жестикулируете в направлении всех ожидающих людей позади вас, говорите: «Очередь начинается там». Он отвечает: «Эй! Полегче, приятель! Расслабься! Не волнуйся, мы все сядем в автобус». Вы теряете дар речи от этой возмутительной реплики, которая выставляет вас тем, кто излишне переживает и хочет скорее сесть в автобус. Вы чувствуете, что Грубиян одержал верх. Вы заходите в автобус в бешенстве, но, когда вы садитесь, объект-ориентированная фантазия спасает вас от унижения. Вы представляете себе искрометное уничижительное замечание, которым ставите хама на место. Вы представляете, что говорите насмешливым сахарным голосом: «Боже мой! У вас есть друг или член семьи, которому мы можем позвонить, чтобы помочь вам вернуться домой? Если мужчина вашего возраста не может распознать очередь в автобус, вы определенно слишком запутались, чтобы путешествовать в одиночку. Это слишком рискованно». Вы представляете, что все в очереди с симпатией венчают вас как неоспоримого чемпиона, а побежденный нарушитель уходит в конец очереди, теперь ясно понимая, с кем он имеет дело. В этой фантазии вы регулируете свои эмоции, переписывая историю.

Психотическая версия этой истории может предстать как ложное воспоминание о том, что полицейский автовокзала, которым

вы тайно командуете с позиции государственного надзора, арестовал хулигана и увез его в отделение. Люди с хроническим психозом, которые видят, как их жизнь рушится на каждом шагу, могут попытаться спасти самооценку, написав для себя историю, в которой они уже достигли бы большого успеха, если бы не преследователь, который мешает им получить доступ к своим возможностям. Или они героически переносят мучения преследователя, представляя, что в конечном итоге выиграют в лотерею или им предложат контракт на книгу на миллион долларов в качестве награды за страдания. Бредовые повествования — это истории, созданные для того, чтобы регулировать невыносимые психические состояния.

Девочка, которая чувствует себя беспомощной в страшном мире, может регулировать свои эмоции, предлагая родителю разыгрывать внутреннюю объектную фантазию в «режиме притворства», в котором она назначает роль «монстра» родителю, в то время как сама берет на себя роль всемогущей королевы, которая побеждает «плохого парня». Эта сцена содержит два психологических объекта: страшного монстра и всемогущего героя. Чтобы игра работала, родитель должен быть немного страшным, но не слишком страшным, иначе это нарушит «режим притворства» и вернет ребенка в «режим психической эквивалентности», в котором ее умственное представление о родителе из образа любящего попечителя превратится в настоящего монстра. Если родитель и ребенок могут поддерживать надлежащий баланс между фантазией и реальностью, они способны разыграть пугающую внутреннюю объектную фантазию, которая позволяет ребенку победить глубокие страхи. Как дети, так и взрослые, мы строим фантазии, связанные с внутренними объектами, чтобы выражать и регулировать свои страхи и удовлетворять наши потребности.

В режиме психической эквивалентности, в той форме, как это переживается при психозе, где то, что находится в уме, также находится в мире, не существует защитного ментального барьера, который охраняет разум от внешнего мира. В этом ментальном состоянии чьи-то мысли могут быть прочитаны другими, и мысли, поскольку они не ограничены ментальной сферой, могут проникать в других и причинять вред. Страдающие психозом люди, которые воспринимают свои мысли открытыми миру, похожи на маленьких детей, которые еще не узнали, что они способны лгать,

потому что их родители не могут читать их мысли. Травма мыслью — это особенно дьявольская проблема, потому что, хотя мы можем не позволять себе совершать запрещенные действия, мы не можем предотвратить возникновение противоречивых мыслей или чувств. Дети неизбежно испытывают агрессивные побуждения по отношению к опекунам, в которых они нуждаются и которых любят. В режиме психической эквивалентности, прежде чем фантазия и реальность будут четко разграничены, дети беспокоятся о том, что их агрессивные побуждения могут нанести вред их родителям. Убеждение ребенка в собственной деструктивности может неосознанно сохраняться во взрослой жизни, возвращаясь в психозе как бред или в терапевтическом регрессе, который происходит при долгосрочной психотерапии. Например, женщина, обладавшая карательным *суперэго*, не страдавшая психозом, во время сеанса психотерапии восстановила воспоминание о том, как она отправилась на прогулку в парк со своей семьей в возрасте 8 лет. Играя в детском бассейне, она почувствовала желание помочиться, но не хотела прерывать игру, чтобы найти туалет. Она помочилась в бассейн. По дороге домой она внимательно слушала радио, убежденная, что полиция, вероятно, уже ведет розыск человека, ответственного за отравление бассейна. Внутренние объектно-ориентированные фантазии помогают справиться с беспокойством, сопровождающим агрессивные импульсы, как в детском предостережении «Наступи на эту льдину и сломаешь маме спину». В случае этой поговорки разум ребенка раскалывается на два внутренних объекта из-за необходимости защиты: личность, очищенная от гнева по отношению к матери, и «льдина», которая теперь содержит проецированную агрессию ребенка. Льдина служит объектом преследования. Пока агрессия остается локализованной в ментальном представлении льдины, ребенок может избежать причинения вреда матери, физически избегая льдины.

Взрослые с психозом функционируют в ментальной области, аналогичной «режиму психической эквивалентности» детства, в которой то, что они интенсивно чувствуют, воспринимается как реальное. В этой области, подобно детям, которые верят, что их злые мысли нанесут вред матерям, люди с психозом считают, что их мысли могут причинить вред. Такие люди не могут сдерживать свою агрессию в подходящей «льдине», способны испытывать всепроникающее чувство вины, которое может выразиться

в убеждении, что они несут ответственность за совершение убийства, освещенного в газете, или за другие отвратительные преступления, или даже за разрушение Вселенной. В режиме психической эквивалентности виноват *тот, кто чувствует себя виноватым*. Не существует компенсирующего «ментализированного» взгляда на мир, в котором можно *чувствовать себя* виноватым, но *не быть* виноватым. Когда детские фантазии, связанные с «хорошим парнем» и «плохим парнем», всплывают в психозе, страдающие психозом люди могут идентифицировать себя с любым из этих персонажей. Человек с психозом станет считать себя жертвой преследователя, где роль монстра из детства играет ЦРУ или мафия. Или он отождествит себя со всемогущим королем и заявит, что он президент или Мессия. Или он будет идентифицировать себя с монстром и заявит, что несет ответственность за все войны на Ближнем Востоке и за это преступление он заслуживает казни.

Теория разума (Theory of Mind)

В психологии трех человек в возрасте 3–6 лет режимы «психической эквивалентности» и «притворства» превращаются в более зрелую «теорию разума», в которой ребенок может различать образы снов, мысли и реальность и осознавать, что у других могут быть мысли и чувства, отличающиеся от его собственных. Когда одному из моих внуков было 2,5 года, он показал прекрасный пример молодого ума, переходящего на более зрелые уровни «ментализации». Он искал понимания разума другого человека, но ему не хватило полного осознания того, как другой разум может отличаться от его. Несколько месяцев он был поглощен работой игрушечных пожарных и полицейских машин. Когда мы с женой разговаривали с ним по телефону за несколько недель до Рождества, он словно бы невзначай спросил меня, есть ли у меня полицейская машина. Когда я сказал заинтересованным голосом, что у меня ее нет, он отвернулся от телефона и сказал своей матери понимающим тоном: «Думаю, я знаю, что хочет Майкл на Рождество. Я думаю, что он хочет полицейскую машину!» Он пытался ментализировать мой разум. Он осознал, что нужно понять, что думают другие люди, чтобы угодить им, но подумал, что я, как и он, считаю, что не может быть лучшего подарка, чем игрушечная полицейская машина. Его умственное представление обо мне включало проекции его собственных желаний. Я был, конечно, тронут

его желанием подарить мне только лучшее, и, действительно, он и его мать последовали его рекомендации. Моя полицейская машина пришла по почте через неделю. Теперь для нее зарезервировано парковочное место на моем рабочем столе.

По мере того как дети видят себя и других более реалистично, создается основа для Эдипова периода Фрейда, когда дети фактически говорят себе: «Я не могу претендовать на единоличное владение родителем, поэтому я вырасту, и выйду в мир, и стану самостоятельным взрослым. Как когда-то я полагался на то, что мои родители любят меня и помогают мне чувствовать себя хорошо, теперь я усвоил позитивное умственное представление о себе и имею свой собственный моральный компас, так что я могу идти вперед самостоятельно и при этом чувствовать любовь своих родителей внутри себя в одобрении моего *суперэго*. Я вырасту, найду партнера и буду получать удовольствие от всех преимуществ взрослой жизни, которые есть у моих родителей — как сексуальных, так и разного рода других».

Дети, которые выходят из детства с уверенным ожиданием, что они имеют право на кусок пирога жизни и что, если делиться, хватит на всех, положат хорошее начало на пути взросления. С точки зрения Кляйн, у таких детей есть способность к надежде, которая встроена в психику внутренней памяти «хорошей груди / хорошей матери» детства. Дети, которые страдали от физического и психологического насилия, начинают жизнь с полным чудовищ зверинцем в своем внутреннем объектном мире. Эти дети могут обнаружить, что их естественные желания безопасности и удовлетворения разжигают примитивные образы внутренних объектов мстительных опекунов, которые препятствуют естественному самовыражению ребенка, приводя к чувству вины, стыда или безнадежности в отношении их потребностей. Дети, которые усвоили достаточно хорошие объекты, скорее всего, имеют больше шансов подняться над биологической предрасположенностью к психозу, чем дети, чей разум, как наследство неблагоприятных детских переживаний, полон плохих объектов.

Подводя итог, можно сказать, что первичное разделение разума на «Я» и преследующие объекты, сформированное в процессе развития путем интернализации межличностных отношений с опекунами, создает внутренний объектный мир, который отражается в примитивных фантазиях, возникающих в обычной психической жизни детей и возрождающихся при психозе.

Разум человека с психозом раскалывается на множество внутренних объектов, содержащих отторгнутые части себя, которые находятся в ментальных представлениях о других людях, вещах и голосах-галлюцинациях, расположенных вне границы самости. Эти фрагменты разума и связывающее их относительное повествование составляют нарративное содержание психоза. Психотическая история, с ее знакомым составом мессий, жертв и преследователей, является отважной попыткой превратить внутриспсихическую опасность в межличностную проблему. Расщепленный разум не имеет доступа к полному спектру своих познавательных и эмоциональных способностей. Ослабленный разум не может эффективно заниматься повседневной деятельностью, потому что «Я» озабочено своим психологическим выживанием.

Игра обычных детей, сказки и бред

Чтобы проиллюстрировать связь между бредовыми историями и обычной ментальной жизнью, я выбрал одну проблему (среди многих), которая проявляется в примитивных фантазиях, связанных с внутренними объектами, а именно оральные темы, отражающиеся в тревогах по поводу голода, еды и страха быть съеденными. Я рассматриваю голод как парадигму растущей потребности, по Кляйн, которая наполняет разум тоской, когда успокаивающая мать не приходит. Я укажу оральные темы, возникающие в примитивных внутренних объектных фантазиях, в играх детей, в сказках и в виде бреда. Мы уже рассматривали оральные тревоги у 18-месячного ребенка (Айзекс, 1948), когда девочка воспринимала рваный ботинок матери как рот, который мог бы съесть ее. Подобный страх быть поглощенным демоном иногда возникает у маленького ребенка при виде округлого закрученного «рта» унитаза.

Рассмотрим другой пример. Четырехлетняя девочка услышала разговор взрослых, что в городе видели койота и что соседская кошка исчезла. Она знала, что койот — это похожее на собаку животное, и она поняла, что этот койот, вероятно, съел кошку. Во время прогулки в парке со своей бабушкой она вскочила на толстую низко висящую ветку старого дерева и объявила, что койоты на земле нападают, но не могут добраться до нее, потому что

«они не могут лазить по деревьям». Она создала мысленное представление о преследуемом объекте (койотах), который она могла контролировать в своей истории; то есть она могла залезть на дерево, а они не могли. Ее бабушка сразу поняла свою роль в этой пьесе. В то время как ее внучка сидела спокойно в безопасности на ветке дерева, бабушка симулировала панику перед воображаемыми койотами, кусающими ее пятки. Она обратилась к внучке за помощью, попросив разрешения тоже сесть на ветку дерева. Внучка на мгновение остановилась, а затем любезно предложила безопасное убежище. Эту сцену нужно было повторить несколько раз, прежде чем бабушка и внучка, наконец, покинули дерево и продолжили прогулку в парке. Излишне говорить, что в этой ситуации ребенок снова и снова убеждает себя, что его не съедят койоты. В этой игре бабушка находится в опасности, а не ребенок, сам же ребенок спасает ее. В режиме притворства дети могут наслаждаться временной идентификацией с воображаемой фигурой и отказываться от притворной идентичности, когда пришло время двигаться дальше. В момент глубочайшего беспокойства люди с психозом не могут притворяться. Они не могут отказаться от идентичности, которую они приняли в своей объектной фантазии.

В книге «Полезьа от волшебства: смысл и значение сказок» Беттельгейм (1977) подчеркивает важность сказок в нормальном развитии. Детям нужны истории, верные не только объективной реальности, но и воображению. Чтобы не быть перегруженными своими эмоциями, дети должны воплощать в игре большую часть своей внутренней жизни. Сказки служат подходящими сосудами для этих проекций. Рассмотрим две известные сказки с оральными темами: «Гензель и Гретель» и «Красная Шапочка» (Grimm & Grimm, 2011). «Гензель и Гретель» — это эпический рассказ о голоде, где лесные животные настолько голодны, что съедают след из хлебных крошек, который указывает обратную дорогу домой, пряничные домики используются в качестве приманки ведьмой-каннибалом, чтобы заманить голодных детей к верной смерти, и где дети одерживают победу, убивая взрослого, и живут долго и счастливо.

Оральные темы столь же важны в «Красной Шапочке». В этом рассказе Красная Шапочка отправляется принести еду своей больной бабушке. Красную Шапочку преследует Волк, жаждущий съесть ее. Волк бежит вперед и входит в дом бабушки,

притворяясь Красной Шапочкой, и это первый случай в истории, когда преследующий объект скрывается под видом хорошего объекта. Волк съедает бабушку, затем прыгает в постель, замаскированный в бабушкиной одежде. Теперь преследующий объект скрывается внутри того, что кажется хорошим объектом. Несмотря на маскировку Волка, Красная Шапочка подозревает наличие преследующего объекта. Она размышляет: «Какой у тебя низкий голос!» и «Какие у тебя большие уши!» и «Какие у тебя большие зубы», на что Волк отвечает: «Чтобы скорее съесть тебя!» Что он и делает. К счастью, проходящий мимо лесоруб встречает Волка, вскрывает его и освобождает Красную Шапочку и бабушку из его желудка. В этой истории «Я» и хорошая бабушка спасены сильным хорошим объектом, который освобождает их от попадания в ловушку плохого объекта. В действительности Красная Шапочка и бабушка будут во много худшем состоянии после того, как их прожевал большими зубами и проглотил Волк, но в объектной фантазии все происходит иначе: здесь магические превращения хороших и плохих объектов происходят постоянно и хорошие объекты могут выживать в целостности и сохранности внутри плохих объектов. Поговорка «волк в овечьей шкуре» выражает базовую объектную фантазию о том, что плохой объект может скрываться внутри хорошего объекта.

Анальные темы иногда доминируют в предметной игре. Оживленный мальчик четырех с половиной лет навещал своих бабушку и дедушку. Он торжественно объявил, что его друг «Маленький призрак» присоединился к нему в поездке. Ментальная жизнь Маленького призрака явно была проекцией ментальной жизни ребенка, доверенным лицом, которое могло делать и говорить то, что сам ребенок не мог. С восторгом мальчик указал на голову деда и объявил: «Призрак на твоей голове! Он невидим, но я его вижу. Он какает тебе на голову!» (смех). Маленький призрак оскверняет взрослых анальными испражнениями. Мы находим остатки такой анальной озабоченности в страхах людей с психозом, что они заражены ядом, радиацией или токсичным газом со стороны преследователей, которые, в отличие от Призрака, не находятся под их контролем. Кукловод Маленького призрака продолжил: «Еще Призрак смотрел в твой ящик с нижним бельем!» (визги смеха). Мать и бабушка также периодически подвергались унижениям со стороны Маленького призрака.

В дополнение к выражению запрещенных импульсов Маленький призрак служил психической регулирующей функцией для разрешения неопределенностей. Когда страдающие психозом люди не могут определиться, как поступить, они иногда слышат голос, который озвучивает команду, разрешающую их амбивалентность. Пример того, как Жюстин услышала голос как раз вовремя, чтобы решить ее двойственное отношение к ругательствам, иллюстрирует именно этот момент (см. главу 2). Такие голоса являются вариантом воображаемого компаньона, призванного на службу психологической потребности. Молодой хозяин Маленького призрака использовал его для такой же цели. В летнем дневном лагере, который он посещал, детям давали возможность остаться в домике во второй половине дня или спуститься на пляж у озера. Он сообщил: «Я решил пойти к озеру, потому что Маленький призрак очень сильно любит озеро!» Неопределенность разрешается путем подчинения желанию внутреннего объекта, который лишен двойственности.

Теперь, переходя от сказок к психозу, мы обнаруживаем, что знакомая бредовая идея отравления отражает страх проглотить плохой предмет: будь то химические вещества, или токсичные лекарства, или боязнь проникновения в тело радиации или ядовитого газа. Поскольку ожидание от терапии заключается в том, что пациент будет «получать что-то» от врача, будь то в форме идей, советов или лекарств, оральные темы часто появляются в психическом представлении пациента о психотерапевте. Вспомните человека, описанного в главе 2, который боялся быть съеденным акулами и думал, что его жена каннибал. Рассмотрим еще несколько примеров оральных объектных фантазий при психозе. У Джессики (более подробно описанной в главе 6), боявшейся наступления ужасной засухи (оральная депривация), был длинный список вопросов, на которые мне требовалось ответить, прежде чем она могла рассматривать работу со мной. Когда я спросил ее, почему ей так важно знать эти вещи, она настаивала так, как если бы причина была очевидной: «Если я собираюсь моделировать себя по вашему подобию, мне нужно знать, кто вы!» Она готовилась поглотить мою личность целиком и думала, что мое резюме и демографическая характеристика помогут ей избежать поглощения плохого объекта. Страдающий психозом человек, который постоянно сомневался в том, лгут ли ему другие люди, разработал способ отделить ложь преследующих объектов

от правды. Он пришел к выводу, что можно связать подергивание левого глаза с тем, кто его обманывает, и подергивание правым глазом с правдой. Вот еще один пример бредовой оральной темы. Мелоди нашла работу по совместительству в качестве официантки в ресторане с банкетными залами на верхнем и на нижнем этажах (подробнее о ней в главе 8). Она полагала, что одна из комнат внизу была специальной столовой для людоедов. Ее работа заключалась в том, чтобы по мимолетному взгляду и тону голоса различать, какие постояльцы были людоедами, а какие нет, чтобы она могла правильно усаживать всех. Она говорила, что ее работа требует максимальной секретности и осмотрительности.

Вот еще один пример взаимодействия оральных тем и объектов преследования. Человек с психозом сообщил, что все его внутренние органы были полностью покрыты раком, который он получил, когда его мать коснулась его полового члена при рождении. Это умственное представление о его матери — злая ведьма в его личной сказке. Он заявил, что его органы находятся в тонком балансе, в котором рак не будет ни прогрессировать, ни отступать. Самопредставление пациента приравнивается к его внутренним органам, которые были охвачены преследующим объектом, раком, идентифицированным с его матерью, которая стала его первоначальным источником. Рак, который он себе представляет, не распространяется локально и не метастазирует так, как это происходит на самом деле. Он покрывает поверхность всех его органов, полностью поглощая их, на грани вторжения в них на всех фронтах. В этой фантазии личность сталкивается с уничтожением. Это изображение покрытия раком, а не вторжения, сохраняет идею самопрезентации, которая остается нетронутой под злокачественным покрытием рака. Рак «плохая мать», как бабушка-волк в Красной Шапочке, пытается его поглотить. Он надеется выжить, несмотря на то, что он охвачен плохим объектом, как и Красная Шапочка.

Во многих случаях эмоциональная регулирующая цель бреда очевидна. Например, когда люди с ограниченным публичным положением полагают, что они известны, но в других случаях его значение может быть скрыто в невербальном поведении в истории. Юнг описал женщину с психозом, которая много лет провела в больнице, совершая стереотипные, повторяющиеся, кажущиеся бессмысленными жесты (Jung, 1960). Он прочитал ее карту и обнаружил запись, сделанную несколько лет назад, где

эти движения назывались «жестами сапожника»; то есть она делала движения, какие совершал бы сапожник, протягивая нить сквозь кожу в туфле, которую он удерживал между колен. Пациентка умерла вскоре после встречи с Юнгом. Когда ее старший брат пришел на похороны, Юнг спросил его: «Почему ваша сестра лишилась рассудка?» Брат сказал, что она была влюблена в сапожника, который бросил ее. Когда он отверг ее, она «сорвалась с катушек». Юнг пришел к выводу, что движения сапожника олицетворяли убитую горем идентификацию пациентки с ее любимым сапожником, способ удержать возлюбленного психологически, несмотря на то, что он отверг ее в реальности. Иными словами, в ее трагической пьесе он разбил ей сердце, она сошла с ума и оставалась «замужем» за ним в своих жестах, пока смерть не разлучила их.

Травма поднимает занавес перед премьерой

Если примитивные фантазии, связанные с внутренними объектами, обеспечивают сюжетную линию для психоза, что же ставит пьесу в реальном мире и поднимает трагический занавес в первый раз? Когда накопление неблагоприятных жизненных событий или одна особая психологическая травма перекликаются с примитивными объектными фантазиями, которые с детства бездействовали вне сознательного разума, фантазия начинает вторгаться в жизненный опыт человека, буквально готовя площадку для его воплощения в реальном мире. Не осознавая этой связи, люди, у которых развивается психоз, воспринимают свою текущую жизнь как настолько точное отражение бессознательной фантазии, что они верят, будто фантазия сбылась в реальной жизни. Будь то в психотической или непсихотической форме, бессознательная фантазия формирует фон для всех значимых переживаний реального мира, которые в разной степени затрагивают наш опыт реальности. Арлоу (Arlo, 1969) отмечает, как мы «избирательно используем те элементы из воспринимаемых данных, которые демонстрируют некоторое согласие или соответствие (нашим) скрытым, предварительно сформированным фантазиям». Он приводит пример пациента в очень гневном настроении, поглощенного фантазиями о мести: тот неправильно прочитал вывеску с надписью Maeder (имя владельца

магазина, мимо которого пациент прежде проходил много раз) как Murder (убийство). Пациент «увидел» перцептивное проявление своих бессознательных фантазий об убийстве. Бессознательная фантазия вторглась в его опыт реальности. При психозе повреждение субстратов, которые поддерживают границы между внутренним опытом и внешним миром, позволяет фантазии и восприятию смешиваться в аномальных гибридных психических состояниях, что дает возможность переживать поставленную во внешнем мире объект-ориентированную пьесу как воспринимаемую реальность.

Мы ощущаем это вторжение бессознательной фантазии в реальность всякий раз, когда задаемся вопросом, не слишком ли остро мы реагируем на событие, которое нас обеспокоило. Под «чрезмерной реакцией» мы подразумеваем, что наша эмоциональная реакция на ситуацию более интенсивна и/или более стойка, чем диктует логика. При тревожной чрезмерной реакции мы воображаем, что что-то вызывающее беспокойство произошло, когда этого не случилось, или что может произойти нечто такое, что на самом деле маловероятно. Друг, который предлагает знакомое успокоение: «это не конец света», может чувствовать, что мы неосознанно воображаем некий «сценарий конца света». Иницилирующее событие вызывает бессознательную фантазию, которая заставляет нас почти поверить, что тревожная фантазия уже осуществилась или станет реальностью. Хотя наша эмоциональная реакция непропорциональна реальному событию, она пропорциональна бессознательной фантазии, которую активировала. В этом смысле эмоциональные реакции никогда не бывают чрезмерными реакциями. То же самое относится и к гневной чрезмерной реакции, когда интенсивность гнева человека в ответ на воспринимаемое незначительное явление может быть объективно непропорциональна спровоцировавшему реакцию событию, но всегда пропорциональна фантазии человека о том, что произошло. Мы иногда слышим об эпизодах «агрессивного поведения на дороге», в ходе которого один автомобилист убивает другого металлической покрывной в споре за парковочное место. Такое действие непропорционально вопросу о месте для парковки, но пропорционально унижительному стыду и нарциссическому гневу, вызванному инцидентом. Когда мы чувствуем сильные эмоции, то эмоциональное состояние, которое мы испытываем, субъективно очень реально. Мы действительно

чувствуем это. Когда мы слишком остро реагируем, фантазия временно вторгается в наш жизненный опыт, задерживается на время, а затем отступает. При психозе фантазия захватывает восприятие реальности и остается.

В достаточно хорошей семейной среде нормальные и неизбежные примитивные неосознанные объектные фантазии детства исчезают и заменяются более благоприятными, реалистичными ментальными представлениями о других людях. Когда дети переживают травмы, примитивные бессознательные фантазии ранних лет не отступают, а остаются латентными, скрытыми от осознания. Травма ослабляет «хорошие» внутренние объекты и укрепляет «плохие» объекты. Тревога, ужас и ярость, порожденные беспомощностью малыша и незрелостью его сознания, пронизывают внутренние объектные отношения ребенка. Эти комплексы возрождаются последующими неблагоприятными жизненными переживаниями, и в этом случае, как бывает, когда мы слишком остро реагируем, страдающий психозом человек чувствует, что пугающая связанная с внутренними объектами фантазия действительно сбылась. В отличие от психически здоровых индивидуумов, которые могут сделать шаг назад от чрезмерной реакции и задуматься о тревожных событиях, у человека с психозом преграды психологической защиты уступают и поток интенсивных аффектов заливают разум. Травматическое событие вызывает в психике насильственную вибрацию, которая усиливает интенсивность, когда резонирует с болезненными воспоминаниями и ассоциациями.

Маркус (2017) описывает с точки зрения эго-психологии характерное слияние эмоционального опыта и переживания реальности при психозе. По его словам, определяющей психологической характеристикой психоза является «опыт специфической и организованной конденсации между сегментом опыта реальности и сегментом эмоционального опыта, вторгающийся и захватывающий критический анализ реальности, содержание, и восприятие и переживаемый в сознательной реальности» (с. 51).

В этой ментальной конструкции идея, аффект и восприятие конденсируются в опыт, имеющий качество воспринимаемого стимула, возникающего во внешнем мире, опыт, который сопровождается истинным убеждением в реальности, которое обычно сопровождает восприятие. Как мы склонны говорить, когда не допускаем никаких сомнений в реальности: «Я видел это своими

глазами. Я слышал это своими собственными ушами». Например, если человек говорит: «По тому, как водитель автобуса на меня посмотрел, я понял, что он агент ЦРУ», его убежденность в истинности этого утверждения не является логическим выводом. Такое убеждение напрямую связано с его бредовым восприятием лица водителя автобуса (Jaspers, 1963). Как отмечено в главе 1, чтобы свободнее включить более широкий спектр психических явлений, я говорю, что нарушение психических границ при психозе приводит к множеству измененных, *гибридных психических состояний*, в которых смешиваются мысли, чувства, восприятие и воспоминания в разных пропорциях, сочетания, которые вызывают аномальные психические события, воспринимаемые как реальность. Примером такого гибридного сочетания, которое не включает восприятие внешнего стимула, может быть гиперрефлексивная перцепция мышления (описанная в главе 2) у людей, которые слышат голоса. Такие люди могут сообщить, что после того как они начинают думать, голос читает их мысли, контролирует их голосовые связки, а затем произносит их мысли вслух. Работа с бредовым восприятием и другими гибридными психическими состояниями, которые имеют «санкцию» реальности, — центральная проблема в психотерапии психоза. Эта проблема будет обсуждаться в посвященных технике терапии разделах глав 10 и 11.

Когда текущая жизнь человека с психозом ощущается так, как будто реальный мир идентичен примитивной внутренней объектной фантазии, реальный мир сливается с миром внутренних объектов и поднимается занавес в трагической пьесе, поставленной в реальности. Это также верно для нас на короткое время, когда мы слишком остро реагируем. Клиницисты не должны расценивать психоз как преимущественно статическое ошибочное представление или когнитивное искажение. Психоз больше походит на продолжающуюся импровизационную драму с неожиданными поворотами сюжета и растущим набором персонажей, которая длится в течение нескольких дней, лет или всей жизни, с новыми жизненными событиями, постоянно задействованными психотическим процессом.

Когда люди с психозом думают о реальном человеке, которого наделили ролью в своей бредовой пьесе, они полагают, что действительно думают об этом реальном человеке. На самом деле они думают о внутреннем объекте, который скрыт внутри

личности реального человека. Когда жизненное событие резонирует с примитивной внутренней объектной фантазией, мощные аффекты растворяют различия между фантазийным образом и всеми знаниями о настоящем человеке. Это вторжение в реалистический образ другого человека происходит незаметно, так что даже те страдающие психозом люди, которые сохраняют некоторую осведомленность о том, что настоящий человек не может быть таким, каким они его воображают, находят невозможным мысль о внутреннем объекте, кроме как с применением имени реального человека, таким образом смешивая реальное и воображаемое. Внутренние объекты, которые скрываются под кожей реального человека, затем ведут жизнь во внутреннем мире человека с психозом, как если бы они были настоящими людьми. Это принятие на себя личности реального человека плохим объектом перекликается с волком, перенимающим личность бабушки в Красной Шапочке. Например, 17-летний подросток, у которого прежде были теплые отношения с отцом, в ужасе выбежал из дома, когда ошибочно считал, что отец намеревался убить его. По мере того как парень бежал по улице, слыша, как ему казалось, пули, рикошетившие от припаркованных автомобилей, он потерял всякую связь с мысленным представлением о своем настоящем отце. Теперь за ним гнался преследующий объект под видом отца, намеревающийся убить его.

Цель бессознательной фантазии и сознательного бреда — представить историю, которая помогает подавить взрывоопасные, мучительно болезненные аффекты. Связанные с преследованием объектные фантазии дают человеку возможность ненавидеть, обвинять или бояться, придавая катастрофе форму, удерживая ее в стороне от себя. Невыносимое внутреннее состояние превращается в межличностную проблему, таким образом сохраняя фантазию о том, что первозданное «Я» может вновь появиться, когда объект исчезнет. Бредовые нарративы всплывают на поверхность, придают смысл и контролируют сильные аффекты, лежащие в основе психоза. *Хотя в бредовых повествованиях преследователь часто изображается как имеющий намерение совершить убийство или причинить какой-либо другой вид серьезных телесных повреждений, то, чего страдающие психозом люди бессознательно боятся больше всего от руки преследователя, так это того, что их заставят чувствовать невыносимый ужас, стыд, вину, ярость, желание, горе и другие*

болезненные аффекты, которые прежде всего потребовали создания преследователя.

В этой главе я описал происхождение примитивных внутренних объектно-ориентированных фантазий, возникающих при психозе в фантазийной жизни обычных детей, и описал, каким образом травмирующие неблагоприятные жизненные события оживляют эти фантазии у подростков и взрослых с психозом. В следующей главе я опишу, как нарушения образного языка (метафоры и сравнения) при психозе превращают персонажей в этих возрождающихся фантазиях в бредовые идентичности, наделенные ролями в бредовой автобиографической пьесе.

Глава 4

НАРУШЕНИЯ ОБРАЗНОГО ЯЗЫКА, КОНКРЕТНЫЕ МЕТАФОРЫ И БРЕДОВЫЕ ИДЕНТИЧНОСТИ

Чтобы функционировать в мире, люди должны иметь возможность общаться с другими людьми. Людей с психозом может быть трудно понять, потому что они часто используют очень своеобразные формулировки (Cameron, 1954; Goldstein, 1954). Например, в то время как психически здоровый человек, который крайне недоволен собой или сильно сожалеет о своих поступках, может сказать: «Я чувствую себя как Дьявол», человек с психозом, поглощенный чувством вины, раскаянием и ненавистью к себе, может сказать: «Я — Дьявол». Когда человек говорит, что он *есть* Дьявол, а не *как* Дьявол, понятная образная метафора становится конкретной эквивалентностью (конкретной метафорой), которая принимает форму бредовой идентичности. Обычная образная речь приближается к конкретной метафоре в таких высказываниях, как «Мне пришлось проглотить свою гордость, когда она указала на недостатки в моих доводах», но подобные фразы не становятся конкретной эквивалентностью. В рамках социального консенсуса мы понимаем, что на самом деле мы не проглотили драгоценную часть своей психики и не спрятали ее в желудке, до тех пор пока горизонт не прояснится и ее можно будет снова выпустить на поверхность.

Ослабленные ассоциации

Блейлер считал определяющей характеристикой шизофрении нарушения в блуждающих ассоциациях, в которых теряется целенаправленный контекст мысли и речи. В классическом томе «Dementia Praecox, или группа шизофрений» Блейлер представил эту идею с демонстрацией блуждающей речи: один пример пациента, который предложил изложение под названием «Золотой век Садоводства», и другого, который попытался ответить на вопрос: «Кто такой Эпаминонд?» (Bleuler, 1950).

«Преемник Папы Григория VII, Нерон последовал его примеру, и из-за него все афиняне, все римско-германо-кельтские племена, которые должно не почитали священников, были сожжены друидами в Праздник Тела и Крови Христовых как жертва Богу-Солнцу Ваалу. Это каменный век. Наконечники копий изготовлены из бронзы» (с. 15).

Чтобы ясно формулировать свои мысли, говорящий должен сосредоточиться на том, что он хочет сказать, не отвлекаясь от не относящихся к делу значений слов или несущественных ассоциаций, вызванных словами. Страдающие психозом люди с ослабленными ассоциациями не могут оставаться сосредоточенными на центральной теме. Не сдерживаемые центральной идеей, слова разветвляются в ассоциативных цепочках, которые уводят человека далеко от существенного вопроса. Каждый может создать бесконечные примеры разрушенных ассоциативных цепочек, ослабив ограничения, которые целенаправленная мысль и контекст накладывают на обычную речь. Например, если бы мы спросили, как сделать хлеб, человек с расстройством мышления мог бы сказать: «Чтобы замесить хлеб, нужно сначала преломить хлеб, но не нужно использовать ромашки, растущие в саду, потому что, когда вы поднимаетесь, чтобы защитить себя, вас могут сбить с ног». В этом примере слова выбираются через связи, которые не развивают значение предложения; то есть «замесить» рифмуется с «преломить», что связано с приготовлением хлеба через знакомое, но здесь неуместное описание совместного употребления пищи, как в выражении «преломить хлеб». Нужно использовать «закваску», а не «ромашки». Удары, наносимые по тесту

после того, как оно поднимается, когда мы его «сбиваем», вызывает ассоциации с тем, что человека могут сбить с ног ударом, если он встает в свою защиту. Подобно тому, как внешние стимулы приобретают преувеличенную гипернасыщенность, которая дезориентирует внимание человека, аналогичный процесс происходит и при восприятии человеком внутренних стимулов, которые присутствуют в разуме в форме гипертрофированных словесных ассоциаций, сбивающих мысль и речь с заданного курса. Предполагается, что при психозе функция нейропсихологического исполнительного контроля, которая делает возможной беглую речь, не способна: 1) отвлечь внимание от не относящихся к делу раздражителей, как внутренних, так и внешних; 2) подавлять отвлекающие ассоциации, которые разрушают центральную линию мышления; 3) сохранить основную идею, чтобы она могла быть выражена в рабочей памяти, и задавать направление выбору слов человеком (Beck, Rector, Stolar & Grant, 2009).

Понимание языка при психозе

Нестандартные ассоциации (ослабленные ассоциации), нарушения в формировании символов и использование, скорее, конкретных, чем образных метафор, на протяжении длительного времени рассматриваются как отличительные особенности психоза (Arieti, 1974; Segal, 1957). Речь людей с психозом кажется непостижимой, если мы не в состоянии следовать за ассоциативными и метафорическими связями, которые лежат в основе утверждений пациента. Например, одна из пациенток Блейлера (1950) выразила свое негативное отношение к себе, объявив, что она «рыба-акула».

«В присутствии пациентки, находившейся в состоянии кататонии, что-то говорилось о рыбном рынке. Она начинает повторять: “Да, я тоже рыба-акула”. Ассоциация “рыбный рынок — рыба-акула” используется для того, чтобы выразить мысль о том, что она очень плохой человек; все же она игнорирует полную невозможность реальности ее идентификации» (с. 25).

Из всего, что было сказано в тот день в пределах слышимости пациентки, она обратила внимание на мимолетное упоминание рыбного рынка. Когда она слушает разговоры вокруг нее, она реагирует на слова, активирующие цепочки ассоциаций, которые служат выразительными выходами для ее плохой самооценки. Она не говорит, что чувствовала себя акулой (образная метафора), но, скорее, ее личность буквально идентична «рыбе-акуле» (конкретная метафора), выдуманного животного, которое сочетает в себе идентичность «рыбы» и «акулы» с ее собственной. Конкретная метафора — психотическое явление; образная метафора — нет. Пациентка не может отделить свое умственное представление о себе от своего умственного представления о рыбах и акулах. В этой сцене в автобиографической пьесе, которая формирует содержание психоза, она выступает в роли деградировавшей «рыбы-акулы», а не человека. Нарушения образного языка такого рода создают конкретные причудливые идентичности, которые дают пациентам бредовые роли в их автобиографической пьесе.

В то время как образная метафора, в которой «X подобно Y», на первый взгляд, подчеркивает сходство между двумя вещами, на самом деле сохранение различий между двумя сравниваемыми вещами одинаково важно для функции метафоры. В образной метафоре существует изометрическое напряжение между сходством и различием, которое делает возможным сравнение. При психозе это напряжение теряется. Страдающие психозом люди теряют различия между сравниваемыми элементами в метафоре, и в этом случае сходство конденсируется, превращаясь в равенство. Психотическая тенденция к буквальному, конкретному мышлению в противоположность образной метафоре отражается в психоаналитической литературе в таких понятиях, как «конкретная метафора» (Searles, 1962), «символическая эквивалентность» (Segal, 1957), «логика предикатов» (Arieti, 1974), «режим психической эквивалентности» (Fonagy & Target, 1996), «предметные репрезентации психической жизни» (Marcus, 2017), «первичная умственная деятельность» (Robbins, 2012), «странные объекты» (Bion, 1957) и «символы, понимаемые в ходе психотерапии» (Atwood, 2012). Сигал (1957) приводит пример пациентки, которая до развития психотического состояния считала доктора Сигал «похожей» на ланкаширскую ведьму, а после манифестации психоза — ланкаширской ведьмой в буквальном

смысле. Searles (1962) описывает пациента, который, страдая психозом, буквально заявлял, что «люди — овцы», не придавая ассоциативного значения переносной метафоре, согласно которой современные технологии превратили людей в стада овец. По мере прогресса в лечении он восстанавливал способность думать о людях в образных метафорах.

«В течение прошедшего года, по мере того как его способность общаться метафорически неуклонно росла, я был многократно впечатлен тем, насколько необходима дерепрессия бессознательных чувств для этого процесса. Например, теперь, когда мы проводим час на газоне, как мы часто делаем, и он поднимает горсть сухих листьев, показывает их мне и говорит: “Это люди”, он очень ясно говорит мне: “Вот как некоторые из них, в том числе и я, совершенно отторгнуты, бесполезны и забыты”, и теперь он может вполне подробно рассуждать об этом предмете в таком пронизательном образном контексте» (с. 32).

Сирлс описывает, как конкретная метафора защищает человека с психозом от мощных аффектов, связанных с центральными конфликтами, и как, когда доступ к этим эмоциям постепенно возвращается в ходе психотерапии, возвращается и способность мыслить образной метафорой. Конкретная метафора «замораживает» эмоциональный резонанс, который в противном случае излучался бы по болезненным линиям ассоциаций, превращая его в конкретную вещь, которая утратила свою эмоциональную жизненность. Когда человек с психозом буквально идентифицирует себя как кого-то, нежели как самого себя (например, «Я — Бог», «Я — Дьявол» или «Я — гений»), болезненные особенности реальных событий поглощаются и исчезают в бредовой идентификации. Таким образом, вместо того чтобы чувствовать болезненную цепь ассоциаций, связанных с его настоящей беспомощностью, страдающий психозом человек может приглушить такие мучительные ассоциации, зацементируя их, можно сказать, принимая бредовую идентичность Богу. Психически больной человек обменивает боль, которая приходит с ассоциативными значениями, на практические проблемы, создаваемые принятием бредовой идентичности.

Континуум метафоры

Мы можем понять своеобразное использование языка при психозе, которое клиницисты классифицируют как несвязанные ассоциации и конкретные метафоры, соотнося эти аномальные процессы с психологическими процессами в обычной психической жизни. Мы можем представить себе метафору, лежащую в спектре пяти перекрывающихся зон, от более понятных до все более неясных метафорических связей. В Зоне 1 мы находим значение слов согласно их словарным определениям, общепринятый стандарт значения, доступный для всех. Если мы не знаем значение слова, мы можем посмотреть его в словаре. В Зоне 2 метафоры состоят из ассоциативных связей, легко доступных для обычного человека. В этой зоне действуют образные метафоры повседневной жизни, шутки, игра слов, Tom Swifties (Tom Swifty — игра слов, в которой наречие в косвенной речи соотносится с тем, что сказано в предложении логичным образом и в то же время как каламбур. Названа в честь главного героя серии детских приключенческих книг, издаваемых с 1910 года. — *Науч. ред.*), подсказки кроссвордов и другие формы словесной игры. Чтобы «понять» шутку, нужно понять новую ассоциацию, которая лежит в ее основе. В Зоне 3 мы находим шутки, которые терпят неудачу, потому что слушатель не может их понять до тех пор, пока шутник «не объяснит» шутку, а также метафоры, основанные на ассоциациях, которые не сразу очевидны для слушателя или читателя. Взгляните на строчку из шекспировского Ричарда III: «Итак, преобразило солнце Йорка / В благое лето зиму наших смут» (пер. М. Донской). Пока я не прочитал заметки на полях, я не понял этот каламбур, который основан на значении слова «сын» как потомства, и слова «солнце» как светящейся сферы в небе (то есть сын — это солнце, превращающее зиму в великолепное лето) (Now is the winter of our discontent made glorious summer by this son of York — англ. son / «сын» и sun / «солнце» — омофоны в this son of York). Этот каламбур оказался в моей Зоне 3, но примечание на полях переместило его в Зону 2. В Зоне 4 ассоциативные связи настолько уникальны, многочисленны или мимолетны, что их значение не может быть понято слушателем и никакая осмысленная тема не может быть обнаружена. Недоступная для понимания речь в этой зоне часто классифицируется как «несвязанная ассоциация» или, когда речь

максимально фрагментирована, как «словесный салат». В Зоне 5 образное качество метафоры превращается в конкретную идентичность и изменяет восприятие внешнего мира. В этой зоне метафора становится ребусом, в котором образы, восприятия и телесные ощущения заменяют слова.

Речь психически здоровых людей колеблется от Зоны 1 до 3, в то время как идиосинкразическая речь людей с психозом варьирует от Зоны 3 до 5, со значительным совпадением в середине. На первый взгляд непостижимые высказывания страдающих психозом людей становятся понятными, когда у нас получается реконструировать ассоциации, лежащие в их основе (Cameron, 1954; Goldstein, 1954). Наше замешательство обнаруживает границы нашего ассоциативного воображения, а не бессмысленность высказываний. При этом вербальная психотерапия требует некоторой степени стабильности в метафорическом языке. Хотя конкретные метафоры могут показаться наиболее удаленными от обычной образной речи, их можно исследовать, поскольку они имеют фиксированную структуру; их может быть легче понять, чем хаотические ассоциации в Зоне 4, которые постоянно блуждают в разных направлениях и которые невозможно проследить. Если воспринимать речь людей с психозом ожиданием того, что они попытаются передать нечто осмысленное, вместо того чтобы предполагать, будто они произносят бессмыслицу, это очеловечивает связь между психотерапевтом и пациентом.

Метафора и аффект

Образная метафора организует аффективный опыт. Она выражает его ярко и энергично, соединяя вербальную мысль с сенсорными образами в полезных метафорах повседневной жизни. Например, в книге «Да здравствует фикус» (Orwell, 1956) Джордж Оруэлл отмечает: «Реклама — грохот мешалки в свином корыте» (пер. В. Домитеевой). Это утверждение о коммерческой культуре оживает в ярких чувственных образах прожорливых свиной, обманутых расчетливыми заводчиками и соблазненными наслаждением помоями. Аффект вдохновляет, мотивирует нас и помогает нам ярко чувствовать себя живыми. Согласно Арлоу (Arlow, 1969), метафора представляет собой сознательный выход бессознательной фантазии, где эффективность метафоры зависит от ее

способности стимулировать аффекты, связанные с широко распространенными и совместно используемыми бессознательными фантазиями. Siegelman (1990) подчеркивает жизненную связь между аффектом и метафорой:

«Метафора вытекает из аффекта, потому что она обычно представляет необходимость сформулировать актуальный внутренний опыт себя и своих внутренних объектов. Она обычно возникает, когда чувства интенсивны и когда обычные слова не кажутся достаточно сильными или достаточно точными, чтобы передать опыт» (с. 16).

Моделл (Modell, 2006) делает аналогичное замечание: эта метафора организует аффективную память, формируя способ, которым воспоминания возникают в сознании. Наш язык и ментальная жизнь состоят из эмоционально убедительных воспоминаний и фантазий, которые через метафорические ассоциации связаны с другими воспоминаниями и фантазиями, по мере взросления превращающиеся в галактику ассоциаций, которые расширяются, образуя наше воображение и наше ментальное представление о мире. Мы говорим об одной вещи в мире, говоря метафорически о других вещах (Seiden, 2004a, 2004b). Это верно как при психозе, так и в обычной психической жизни. Бред — это метафорические конструкции, которые выражают жизненно важные, высоко эмоционально заряженные аспекты психической жизни страдающего психозом человека.

Как отмечалось выше, хотя образная метафора («X подобно Y») на первый взгляд подчеркивает сходства, сохранение различий между двумя сравниваемыми вещами не менее важно для функции метафоры. В том, что Ариети (Arieti 1974) описывает как «логику предикатов», когда два субъекта в предложении имеют одинаковый предикат, предполагается, что эти два субъекта эквивалентны, как в последовательности «Президент живет в белом доме. Я живу в белом доме. Поэтому я президент».

Как отмечалось в главе 3, когда мы слишком остро реагируем на жизненное событие, мы неосознанно приравниваем то, что произошло, к бессознательной объектно-связанной фантазии. По сути разница между тем, что произошло в настоящем, тем, что произошло в прошлом, и тем, чего мы неосознанно боимся, исчезает. Интенсивный аффект (обычно тревога), связанный

с бессознательным значением текущего события, стирает различия, приравнивая настоящее к прошлому и бессознательному, потому что обе ситуации *ощущаются* одинаково. Это кажущееся сходство между настоящим и прошлым является основным направлением психодинамической интерпретации в работе с непсихотическими людьми. Подобным образом при психозе мощные аффекты нарушают действие образной метафоры, делая людей слепыми к различиям между вещами. Страдающие психозом люди оказываются в *режиме психической эквивалентности*, где, если две вещи ощущаются одинаково, они являются одинаковыми (см. главу 3). Человек с психозом, борющийся за сдерживание мощных дисфорических аффектов, не может поддерживать сбалансированное изометрическое напряжение между одинаковостью и различием, которого требует образная метафора. В обычной психической жизни аффекты, сопровождающие значение метафоры, могут быть впечатляющими, но они не являются всепоглощающими и ошеломляющими. Метафора указывает на сходство, к которому мы можем быть особо внимательны. При психозе метафора, которая служит психотическим симптомом, не указывает. Она кричит. Когда эмоциональный смысл метафоры переполняет психику, крик заглушает различия, оставляя только сходство прежде эмоционально заряженной метафорической связи, что создает конкретную метафору. Вместо богатого эмоционального резонанса образной метафоры у нас остается жесткая настойчивость в конкретной эквивалентности, которая приводит к сужению аффекта. На арене основных конфликтов образная метафора парализована.

От аффекта к конкретной метафоре

Чтобы проиллюстрировать, как мощные аффекты могут порождать конкретные метафоры, рассмотрим мысленный эксперимент, который начинается с момента, когда вы особенно критично относитесь к себе, например к своему недостатку мужества. Все мы сталкиваемся с ситуациями на работе и в семейной жизни, в которых мы можем не соглашаться с тем, что кто-то сказал или сделал, но мы решаем, что лучшая часть доблести — сохранять спокойствие и не высказывать свои возражения. Далее представьте себе момент, когда, со временем обдумав ситуацию, вы решаете, что должны были сказать что-то, что этот случай требовал немного смелости. Вы не подействовали

смело; вместо этого вы выбрали более безопасный курс. Когда вы размышляете о своем недостатке храбрости, на ум приходят другие случаи, когда вы выбирали легкий путь. Ваша самокритика усиливается, что приводит к мысли: «Я по сути трус!» Мысли подобного типа («я по своей сути плохой человек») распространены среди людей с психозом. Что значит верить в то, что человек по сути одно или другое? Подобно русской матрешке, внутри которой скрывается только одна миниатюрная кукла, утверждение «Я по своей сути трус» выражает мнение, что, несмотря на известные прочие качества и обстоятельства, которые могут смягчить плохие аспекты, мы думаем, что эти элементы просто маскируют истинную сущность природы зла, которое лежит в основе личности. Такая идея «сущности» — это черно-белая конструкция, противопоставляющая полностью хорошее и полностью плохое, которая отражает концепцию Кляйн о параноидно-шизоидной позиции, а не тонкую, способную на прощение амбивалентность того, что она назвала депрессивной позицией, в которой ошибки могут быть признаны без падения самооценки (Klein, 1946). Чем чище чувство абсолютного зла, тем ближе человек подходит к конкретной метафоре.

Представьте, что ваша убежденность в том, что вы по сути трус, привлекает другие самоуничижительные мысли, которые усиливают ваш стыд, вину и ненависть к себе и которые затем доминируют в вашем сознании. Вы можете осознавать только те измерения себя, которые соответствуют этим аффектам. Без смелости у вас нет порядочности. Без смелости вы слабы и напуганы. Без смелости вы презренный человек. Ваши защитные механизмы не выдерживают, и ваш разум все глубже и глубже несется в темное пространство. Вы больше не можете использовать положительные элементы в своей репрезентации, чтобы нейтрализовать идентичность «Я по сути трус». Вы думаете: «Я как Бенедикт Арнольд. Я лучше предам друга, чем выйду вперед и отвечу за свои поступки» (Бенедикт Арнольд — генерал-майор, участник войны за независимость США, прославился в боях на стороне американских повстанцев, но позже перешел на сторону Великобритании. Долгое время его имя было синонимом предательства. — *Науч. ред.*). Есть короткий момент, когда вы цепляетесь за фрагмент чувства собственного достоинства, вы говорите себе: «По крайней мере, я достаточно честен, чтобы признать, что я трус», но вместо

того, чтобы честность искупила ваше несовершенство, ваша честность только укрепляет вашу убежденность в том, что да, действительно, вы по своей сущности трус.

Вы напоминаете себе обо всех своих неудачах, проступках, случаях, когда вы были слабыми, эгоистичными или недобрыми. Список обвинений крутится у вас в голове, подобно тому, как судебный секретарь зачитывает обвинительный акт о совершении 50 преступлений против человечности. Вы не можете вызвать внутренний голос, который говорит: «Да ладно! Все не так уж и плохо». Вы чувствуете, что все *так* плохо. Вы — безнадежный случай, слишком далеко зашли, чтобы ожидать искупления. Вы задыхаетесь от ненависти к себе. Вы не можете этого вынести. Ваше старое чувство себя растворяется, по мере того как возникает новая личность. Вы убегаете от своего измученного «Я» в другую личность.

В мучительном замешательстве вам приходит в голову, что вы *и есть* Бенедикт Арнольд (или кто-то другой, кто служит вашим культурным образцом предателя). Такой вид слияния саморепрезентации с репрезентацией объекта получил название «слияние идентификации» (Schafer, 1968). Зажатые в тисках этой конкретной метафоры, которая стала вашей личностью, вы ловите такси, и едете в Оружейную палату Национальной гвардии, и сдаетесь, прося, чтобы к вам относились в соответствии с правами, предоставленными заключенным, сдавшимся в плен, согласно Женевской конвенции, хотя вы предполагаете, что в конце будете казнены. Теперь, заблуждаясь, вы говорите себе: «По крайней мере, я нашел в себе мужество сдаться, чтобы встретить справедливое наказание».

Мы находим эту разновидность конкретных метафор «Я есть в сущности» не только при психозах, но и в художественной литературе, где мы легко понимаем их значение. Например, тихий персонаж комиксов Марвел (Marvel Comics) Брюс Беннер превращается в могучего Халка, когда приходит в ярость. Его мускулистое зеленое тело — конкретная метафора его неистового гнева. Грегор Замза, главный герой повести Кафки «Превращение» (Kafka, 2013), — еще один пример конкретной метафоры. В этой истории чувство отвращения к себе переживается как радикальная трансформация воспринимаемого мира. Вместо того чтобы проявиться мыслью: «Я чувствую себя подобно насекомому, бессмысленным винтиком в безличных колесах

торговли», недовольство Замзы реальным миром исчезает и заменяется конкретными испытаниями и невзгодами чудовищного насекомого, пытающегося жить среди людей. Подобно тому, как Беннер не может интегрировать гнев, который он испытывает, в свою повседневную личность, и так же, как Замза не может вынести собственной ненависти к самому себе, страдающие психозом люди, которые не могут интегрировать мощные аффекты и травмирующие жизненные переживания в своем реалистическом сознании, избегают полного боли мира, скрывая печали своей реальной жизни от самих себя, когда их личности исчезают в конкретной метафоре, которая дает им новую идентичность. В психотерапии пациент и терапевт, чтобы совместно проследить возникновение метафоры, стремятся реконструировать метафору психотического симптома, разобрать на части ее и понять, когда, как и почему эти части были собраны вместе.

В психотерапии непсихотических состояний пациенты сравнивают ощущение сегодняшних событий с чувствами прошлого. Текущий аффект связан с эмоционально заряженными воспоминаниями. В психотерапии психоза есть третий шаг. Текущее восприятие связано с текущим аффектом, а тот — с эмоционально заряженными воспоминаниями. Люди с психозом считают, что они воспринимают что-то в настоящем, а не испытывают эмоции, связанные с прошлым. Психотерапевт помогает пациенту связать кажущееся восприятие (например, «Я видел, что все в моем квартале знают обо мне») с чувственным опытом, а затем соединить эти эмоции с аффективно заряженными внутренними объектными фантазиями, основанными на прошлом опыте. Клиницист, осознающий вездесущность метафор в психической жизни, может легче увидеть в кажущихся странными заявлениях пациентов с психозом идиосинкразические мультимодальные метафоры, которые требуют понимания и интерпретации специалиста.

От конкретной метафоры к бреду

Рассмотрим пример Таиши, которую оставили на попечение нерадивых родственников, когда ее большая семья иммигрировала в Соединенные Штаты. Она воссоединилась со своей матерью, братьями и сестрами, когда ей было три года. Ее психоз был основан на бредовой матрице нарушений образного

языка. Она не хотела брать в руки книгу, потому что боялась, что, если она прочитает слово «глаз», кто-то из ее семьи ослепнет. Единственная ответственность за предотвращение этого увечья легла на нее, потому что бессознательно она воображала себя потенциальной причиной ослепления. Она была на волосок от того, чтобы поверить, что ее взгляд может убить. Сравните это со знакомыми детскими предостережениями «Наступи на эту льдину и сломаешь маме спину», которые обсуждались в главе 3. Подобно ребенку, который надеется избежать травмы своей матери, избегая льдины, она надеется не ослепить членов семьи, избегая слова «глаз». Она борется с кровожадным побуждением по отношению к членам своей семьи, которое она не может сознательно почувствовать и интегрировать в свою психику.

История Таиши подсказывает, что конкретным объектом ее намерения ослепить была ее мать, которая жестоко обращалась с единственной дочерью, отдавая предпочтение старшим и младшим братьям. В бредовом повествовании пациент изображается, скорее, как спаситель семьи, чем как виновник преступления. Она не нанесет ослепляющего удара по физическому глазу члена семьи, но, если она взглянет на слово «г-л-а-з», она будет ответственна за нанесение ослепляющего удара некоей третьей стороной. Бессознательно она наняла безымянного киллера, вместо того чтобы совершить преступление самой. Ее заблуждение выражает примитивную бессознательную объектно-ориентированную фантазию о принципе талиона: «око за око, зуб за зуб», расчет, приравнивающий части тела к актам возмездия. Если у нее есть глаза, которые видят, то кто-то из ее семьи потеряет зрение. Подобно монстру из вымышленного фильма Годзилла, который может разрушать своими глазами напрямую, она может разрушать своими глазами косвенно, читая «г-л-а-з». Ее бред — это компромиссное образование, которое выражает ее агрессивные импульсы по отношению к семье, обеспечивая механизм сдерживания этих импульсов. Ее сильная озабоченность безопасностью своей семьи, вероятно, также выражает любовные чувства и защищает от страха потери.

В этом бредовом повествовании есть три «глаза»: ее собственные глаза, которые она использует для чтения; текст «г-л-а-з» на странице; и глаза членов семьи, которые будут ослеплены. В бреде абстрактный текстовый символ «г-л-а-з» переживается

в виде конкретной метафоры как воплощение настоящего глаза. Смотреть на символ глазами — значит нанести конкретный удар по настоящему глазу. Визуальный контакт с символом — это то же самое, что ослепляющий физический контакт с настоящим глазом. Она не осознает, что создает метафору. Если бы она смогла отследить различия между этими тремя «глазами», она бы знала, что смотреть на текст «г-л-а-з» — это не то же самое, что нанести ослепляющий удар по настоящему глазу, и она не могла бы сформировать иллюзию. Но поскольку аффективно заряженный кровожадный импульс давит на нее изнутри, она не может отделить символ от реального объекта и не может удерживать акт взгляда отдельно от акта ослепления. Желание ослепить настолько сильно и настолько близко к сознанию, что она не может видеть текст «г-л-а-з», не думая о глазах членов семьи и своих глазах, когда она читает. Все «глаза» заполнены одним намерением покалечить. Все охвачены одной и той же объектной фантазией — ослеплять члена семьи. Сильные эмоции, связанные с ее весьма противоречивым желанием, стирают различия между символом и символизируемым объектом. Поскольку все «глаза» связаны с одной и той же эмоциональной матрицей садизма и вины, все «глаза» ощущаются одинаково и поэтому считаются эквивалентными.

Обращение к другим аспектам образного языка в обычной психической жизни может помочь нашему пониманию образного языка при психозе. Например, что происходит в нашем сознании, когда мы придумываем метафору? Создание метафоры начинается с намерения человека выразить мысль или чувство. Начальные этапы построения метафоры происходят вне сознательной части разума. Мы настраиваемся на поиск метафорического изображения, не зная, какой образ ищем и даже найдем ли его. Люди, ищущие метафоры, должны помнить об основных атрибутах объекта, который нужно описать метафорически, одновременно ища в своих мысленных архивах изображение, которое резонирует с этими множественными атрибутами. «Одна картинка стоит тысячи слов» (лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать), то же можно сказать о метафоре. Мы говорим, что метафора *подходящая*, когда она объединяет в одной «картинке» множество элементов, для описания которых в противном случае потребовалось бы много слов. Например, однажды я спросил пациента с психозом (Томми), который боялся, что его арестуют

за какую-то мелкую ошибку, если бы он назвал спортивную команду в честь самого себя, как бы называлась его команда. Он ответил без колебаний: «Нью-йоркские пидоры-преступники». Его бессознательное мгновенно создало образ, который соединил его чувство вины и его ожидание, что он будет наказан и подвергнут сексуальному насилию в тюрьме, как это случилось с ним в детстве.

Мы можем осознавать, что ищем метафору, но мы не можем заглянуть в свое бессознательное, чтобы увидеть, как оно рождается. Как только метафора возникла, мы можем разобрать ее и перепроектировать, отметив элементы, которые использовались при ее построении, но мы не можем видеть процесс ее создания. Люди с психозом выражают себя в метафорах, состоящих из гибридных психических состояний, в которых смешиваются мысли, чувства и восприятия. Больные не только слепы к рождению своих метафор, как и все мы, но они также не осознают, что создали метафору, потому что метафора появляется за пределами границ «Я» в измененном восприятии мира. Пациенты, создающие сложные бредовые повествования, иногда считают, что их идеи не могли исходить от них самих, потому что они не верят, что у них достаточно воображения, чтобы построить бредовую систему. Человек, который подробно рассказал историю о том, как он спас мир от инопланетян, возразил: «Я не мог придумать что-то настолько сложное. У меня нет такого воображения». Когда дело доходит до создания метафор, наш сознательный разум туп по сравнению с нашим блестящим, творческим, бессознательным «Я».

Психотические симптомы как подходящие метафоры

Субъективный опыт схватывания подходящей метафоры включает больше, чем когнитивное понимание. Это эстетический опыт, момент озарения, мини-прозрение, в котором мы находим удовольствие. Удачная метафора, указывающая на невиданную ранее истину, имеет свойство откровения. Этот опыт — дальний родственник чувства апофении при психозе, внезапного раскрытия скрытого смысла, сопровождающего кристаллизацию бредовой идеи (Conrad, 1997). Понимание подходящей метафоры

в обычной ментальной жизни оставляет у нас ощущение, что мы видим нечто новое, чего раньше не видели. То же самое верно, когда страдающий психозом человек чувствует, что он смотрит за пределы внешней оболочки вещей в более глубокий уровень смысла. Психотический симптом — подходящая метафора страдания пациента, отраженного в мыслях, чувствах и восприятии. И в психотических, и в непсихотических состояниях разоблачительное качество метафорического постижения воспринимается как отражение истины и реальности.

Итак, люди с психозом используют образный язык идиосинкразическим образом. Под воздействием сильных, невыносимых аффектов они конструируют конкретные метафоры и причудливые бредовые идентичности, которые являются значимым выражением их эмоциональной жизни. Эти конструкции рассматриваются другими как чуждые и непонятные, потому что ассоциативные связи в образном языке человека с психозом не сразу доступны для обычного человека. Основная цель психодинамической работы в психотерапии — помочь пациентам восстановить эмоциональное значение своих психотических симптомов в защитной сдерживающей среде терапевтических отношений.

На этом завершается теоретический раздел книги. Ключевые обсуждаемые моменты заключаются в том, что при психозе неблагоприятный жизненный опыт в сочетании с предрасполагающими генами порождает три потока опыта, которые смешиваются и изменяют контуры сознания страдающего психозом человека. Трансформации в восприятии «Я» и измененное восприятие внешнего мира сплетаются с примитивными внутренними объектными фантазиями, вызванными психологической травмой, и затем получают осмысленное выражение в форме бреда, которым становится автобиографическая пьеса. Нарушение ментальных границ между мыслями, чувствами и восприятиями, вызванное психологическими факторами и/или биологическим повреждением субстратов, которые поддерживают эти ментальные границы, разыгрывает представление в реальном мире. Человек чувствует, что драма происходит «там, снаружи», в реальном мире, а не в сознании. Разум выворачивается наизнанку. Примитивное расщепление, проекция и конкретная метафора создают иллюзорные идентичности, которые играют роли в автобиографической пьесе

человека с психозом. Психологическая травма поднимает занавес перед премьерой. Попытка страдающего психозом человека найти логические объяснения аномальным переживаниям способствует тому, что пьеса приобретает продолжительный и трагический характер.

Во второй части книги я описываю подход к психотерапии психоза, который следует из этой теоретической модели.

ЧАСТЬ II
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ
ТЕХНИКА

Глава 5

ОБЗОР ЛЕЧЕНИЯ И ОТБОР ПАЦИЕНТОВ

Как было отмечено в главе 1, лечение, подробно описанное в следующих главах, сочетает когнитивно-поведенческую психотерапию с психодинамической психотерапией психоза. Хотя между КПТп и ПДПп есть существенные различия, в этих методах много общего. Оба придают центральное значение тесным терапевтическим отношениям, активному слушанию и технике, основанной на психологической теории. ПДПп, основанная на теории, которая предполагает открытую рецептивную технику, делает больший упор на психологический конфликт, подавленные аффекты, диссоциативные состояния, фантазии и прошлое пациента, в то время как КПТп, используя более структурированную технику, уделяет больше внимания сознанию и поведению в настоящей жизни пациента. Каждый из этих методов лечения основан на разных принципах, но они стремятся к схожим целям. ПДПп — к пониманию и уменьшению страданий в настоящем, показывая пациентам, как психотические симптомы оказываются замаскированным выражением эмоционально заряженных переживаний из прошлого. КПТп стремится уменьшить страдания, мобилизуя способность пациента исследовать доказательства, чтобы изменить бредовые убеждения. Психотерапевты ПДПп сосредотачиваются на эмоциональной истине психотических симптомов; психотерапевты КПТп делают акцент на их буквальной ложности. С точки зрения неврологии КПТп мобилизует неокортикальную активность лобной доли для выявления логических несоответствий и когнитивных искажений, в то время как психодинамический подход, который фокусируется на аффектах

и психологической защите, использует возможности неокортекса для изучения и реорганизации эмоционального опыта, опосредованного лимбической системой.

С психоаналитической точки зрения методы КПТп представляют собой искусное и чрезвычайно полезное усиление «наблюдающего эго» пациента, чтобы эффективнее участвовать в *испытании реальности*, так как оба этих фактора являются важными элементами в терапевтическом прогрессе. Психодинамический и когнитивно-поведенческий подходы можно объединить и интегрировать там, где сердце встречается с разумом. Оба метода могут быть полезны для одного и того же пациента. В разное время лечения пациентам с разными потребностями может быть полезен каждый из подходов по отдельности или в комбинации. КПТп и ПДПп могут работать рука об руку. Я считаю, что в этом сочетании есть определенный ритм, когда после применения техник КПТп, чтобы вызвать сомнения в объяснении пациентом определенного события, психотерапевт может использовать это сомнение как платформу, с которой он может начать психодинамическую работу. И так, медленно, поочередно сменяя подход, психотерапевт, подобно пианисту, играет левой рукой когнитивный базовый уровень испытания реальности, чередуя с аффективно заряженными психодинамическими арпеджио для правой руки.

Я не считаю, что мой способ работы — правильный или лучший метод проведения психотерапии со всеми страдающими психозом пациентами, хотя уверен, что во многих случаях он предлагает рациональный подход. Я понимаю, что метод, которому я следую, не будет соответствовать темпераменту и склонностям всех психотерапевтов. В последующем обсуждении техники, когда я говорю «психотерапевт должен», я использую эту формулировку, чтобы предложить, что терапевт мог бы сделать на различных этапах лечения, а не как рецепт того, что обязательно должно быть сделано. Мой подход сочетает в себе КПТп и ПДПп не потому, что я считаю, будто все психотерапевтические школы должны оцениваться как равные, а потому, что, по моему мнению, имеет смысл подходить к лечению многих пациентов таким образом. Для любого психотерапевта может оказаться сложной задачей поставить то, что нужно пациенту, выше того, что соответствует характеру самого терапевта, его интеллектуальному опыту и обучению. Комбинация КПТп и ПДПп, которую я описываю, логически следует

из модели психоза, представленной в части I, которая подчеркивает тот факт, что большинство страдающих психозом людей думают, что их страдания возникают из условий внешнего мира, а не из их психологии. С точки зрения пациента острые внешние проблемы побуждают к действию в реальном мире, а не к психотерапии. Прежде чем проблема может быть эффективно адресована психотерапии, пациенты должны рассматривать ее как связанную с их психическими процессами.

Первая фаза лечения делает упор на методы КПТп перед использованием психодинамической интерпретации, чтобы выявить буквальную ложность бредовых убеждений. Если психотерапевту удастся внести сомнения по поводу истинности бреда, он может предложить пациенту взглянуть на альтернативное объяснение, исследуя образную истинность психотических симптомов. Для ясности: я не выступаю за применение «чистой» КПТп в начальной фазе, за которой следует вторая фаза «чистой» психодинамической психотерапии. Скорее, методы КПТп могут оказаться бесценными в том, чтобы вернуть психотический опыт пациента обратно в границы «Я», где пациент может думать о нем с психодинамической точки зрения. Большинство опытных психодинамических психотерапевтов признают, что они включают когнитивные вмешательства в свою работу, а наиболее опытные терапевты когнитивно-поведенческой терапии признают элементы психодинамической интуиции в своей работе. Есть свидетельства того, что чем больше терапевты когнитивно-поведенческой терапии используют психодинамические техники, тем более эффективным становится их лечение (Jones & Pulos, 1993).

В когнитивной модели психоза не аномальный опыт как таковой, а, скорее, экстернализирующая оценка происхождения аномального опыта служит фактором, определяющим психоз (Garety, Kuipers, Fowler, Freeman & Bebbington, 2001). Хотя психодинамические психотерапевты иногда могут добиваться значительных успехов на раннем этапе лечения, интерпретируя психодинамическое значение симптома, чаще преждевременно ранняя интерпретация смысла остается не услышанной, так как пациент убежден, что проблема находится вне его, в реальном мире. С одной стороны, психодинамические психотерапевты склонны уделять слишком мало внимания сознательному переживанию психотических симптомов и когнитивным деталям *доказательной цепи*, которая поддерживает бредовую идею в уме пациента, при этом

слишком рано уделяя избыточное внимание психологическому значению психотических симптомов. С другой стороны, КПТ-терапевты склонны уделять слишком мало внимания явлениям переноса и контрпереноса, недооценивая психологическую истинность психотических симптомов как значимое метафорическое выражение прошлой травмы. КПТп и ПДПп могут работать синхронно. КПТп — превосходный метод, показывающий пациентам, что они совершили ошибку, в то время как психодинамическая техника, исследуя матрицу аффективно заряженных символов и ассоциативных значений, окружающих симптомы, служит эффективным методом для того, чтобы показать пациентам, почему они совершили именно эту конкретную ошибку.

Одним из препятствий на пути реализации подхода, который я описываю, оказывается сложность, которую испытывают психотерапевты КПТ и психодинамические клиницисты, чтобы в достаточной мере уважать традиции обеих школ и чему-то научиться друг у друга. В соответствии с предвзятостью подтверждения в мышлении каждого из нас мы склонны читать статьи и посещать конференции, подтверждающие наши ранее существовавшие убеждения. Кто-то сказал, что каждое построение теории автобиографично. Автобиография играет роль в том, почему врачи принимают одну теорию, а не другую. Клиницисты КПТ и психодинамические психотерапевты обычно принадлежат к разным клиническим гильдиям. Каждый из них опирается на свою доказательную базу и на другой язык, чтобы сформулировать соответствующие выводы. Каждый смотрит на другого по меньшей мере с осторожностью.

Тем не менее психотерапевты КПТп и психодинамические клиницисты часто называют одни и те же явления разными именами. Например, то, что сторонники когнитивно-поведенческой терапии концептуализируют как «схему» (schema), перекрывает психоаналитическую концепцию бессознательной фантазии, связанной с объектом. Мне не ясно, чем концепция КПТ о подразумеваемой «схеме», которая формирует переживания и поведение человека, концептуально отличается от психоаналитической концепции «бессознательной фантазии». Я лично предпочитаю психоаналитический язык с понятием объектно-ориентированных фантазий, потому что он богаче в отношении аффекта и ближе к межличностным клиническим явлениям психоза в том виде, как я их понимаю, но я осознаю вместе с тем, что концепция схемы может

хорошо послужить пациенту и психотерапевту КППт в аналогичных ситуациях. Хотя ранняя теория КППт рассматривала аффект как следствие когнитивного восприятия, более поздняя концепция «треугольника КППт» «мысли — поведение — эмоции» восстанавливает роль аффекта. Успешные клиницисты КППт осознают важность аффективного аспекта переживаний пациента и стараются установить эмоционально значимые отношения со своими пациентами. В автобиографическом романе «Я никогда не обещала тебе сад из роз» Джоанн Гринберг (1964) (русские переводы: Ханна Грин. «Я не обещала вам райской жизни». — М., Модерн, 2017, и Джоан Гринберг. «Я не обещала тебе сад из роз». Азбука СПб., 2017. — *Науч. ред.*) описывает психотерапевта, который замечал ее лечащего врача; она утверждала, что замещающий терапевт привносит в психотерапевтическую работу слишком много когнитивного осмысления и слишком мало аффекта. В книге этот психотерапевт пытается показать своей пациентке Деборе (представляющей Гринберг), что особый язык, который она использует в своем бредовом мире Ир, вовсе не такой особенный, но фактически происходит от общеупотребительного английского языка.

«Он анализировал структуру предложений и требовал, чтобы она [Дебора/Гринберг] увидела, что они, за очень немногими исключениями, построены по образцу структуры английского языка, которой она сама была связана. Его работа была умной и детальной, а иногда и почти блестящей, и ей много раз приходилось соглашаться с ним, но, чем более глубинными были его доводы, тем глубже становилось охватывавшее ее молчание. Она не могла выйти за рамки его жесткой манеры и ледяной логики его доказательств, чтобы сказать ему, что его слова, словно скальпели, были таким же вторжением в ее разум, как врачи вторглись в ее тело много лет назад, и, более того, что его доказательства не имели абсолютно никакого значения».

Этот умный психотерапевт выиграл логический спор, но потерял пациентку.

Комбинация когнитивно-поведенческой терапии и психодинамической техники, которую я описываю, потребует, чтобы психотерапевт вышел за пределы своей узкой зоны комфорта, связанной с принадлежностью к гильдиям, и нашел общий язык с другими клиническими школами. После того как врачи

получают образование, лицензию и устанавливают свои методы работы, не всегда легко вернуться к обучению, но во имя лучшего ухода за пациентами врачи должны преодолеть это нежелание. Как отмечалось ранее, некоторые пациенты получают значительную пользу с применением только КПТп без последующей фазы психодинамической терапии. Если внимание пациента отвлечено от внешних преследователей и обращено внутрь, на личную историю и психическую жизнь, техника лечения может принять более психодинамическую направленность с некоторыми дополнительными модификациями психодинамической техники, необходимыми для работы с людьми, выздоравливающими после психоза (Lotterman, 2015). Терапия принятия и ответственности (АСТ) и движение Hearing Voices Network — сеть помощи людям, слышащим голоса (www.hearing-voices.org), могут помочь людям жить с тем, что они не могут изменить.

В настоящее время не было проведено достаточного количества исследований, чтобы определить процент пациентов, которым способна помочь психотерапия. Исходя из моего опыта, могу предположить, что примерно половина пациентов, находящихся в клиниках, достигнут лучших результатов при использовании интегрированного подхода КПТп и ПДПп. Чтобы охватить другую половину пациентов, необходимо усовершенствовать эти методы.

Отбор пациентов

Для каких типов пациентов может быть полезным двухэтапный подход, который я предлагаю, а каким пациентам лучше подходят другие техники? Лисакер с коллегами (2011) описывают 9-ступенчатую метакогнитивную иерархию, предназначенную как пособие для оценки и выбора техники терапии. К этим метакогнитивным уровням, от наименее до наиболее дифференцированных, относятся 0S (пациенты не осознают, что у них есть душевные переживания); 1S (пациенты осознают, что у них есть душевные переживания); 2S (пациенты осознают, что их мысли — их собственные мысли); 3S (пациенты могут различать различные психические операции, к примеру, знают различие между запоминанием и воображением); 4S (пациенты могут назвать и различать разные эмоции, такие как гнев и грусть); 5S (пациенты могут признавать, что их представления о себе и мире могут быть

ошибочными); 6S (пациенты могут осознавать, что то, что они думают и хотят, может не соответствовать тому, что возможно в действительности); 7S (пациенты могут формировать представления о себе в социальной ситуации, в которой они могут описывать, как различные умственные действия, такие как мысли и чувства, влияют на их поведение); 8S (пациенты могут распознавать психологические паттерны, возникающие в разных эпизодах повествования с течением времени); 9S (пациенты могут синтезировать несколько повествовательных эпизодов в связное и сложное повествование, которое объединяет различные режимы когнитивного и/или эмоционального функционирования).

Лисакер разработал терапию, направленную на метакогнитивную рефлексию и инсайт (Metacognitive Reflection and Insight Therapy или MERIT) для использования с пациентами с тяжелыми нарушениями метакогнитивных способностей (Lysaker et al., 2005, 2011). Пациенты из диапазона OS-2S, которые едва осознают, что у них есть собственные мысли, и которые не могут начать формировать связное повествование о своей жизни, не получают пользы от психотерапии, такой как КПТп, исследующей убеждения, или ПДПп, уделяющей основное внимание фантазиям и психологической защите. Подход, который я описываю, эффективен для пациентов со средним и высоким уровнем функционирования 3S-9S. КПТ и психодинамическая терапия способны помочь пациентам укрепить уже существующие метакогнитивные возможности.

1. Помимо ограничений в метапознании, другие факторы также могут ограничивать возможность человека получить преимущество при использовании вербального общения в психотерапии «один на один». К этим факторам относятся следующие.

2. Пациенты должны иметь возможность посещать регулярные сеансы с психотерапевтом, не подвергая психотерапевта или себя физической опасности, не нанося вреда кабинету психотерапевта и не совершая другого рода недопустимые разрушительные действия, такие как неуместные прикосновения или другие серьезные нарушения жизни психотерапевта.

3. Некоторые пациенты живут в такой изменчивой психической реальности, что нет стабильной основы, на которой могла бы базироваться психотерапия. Например, однажды я попытался работать с пациентом, который в понедельник утверждал, что является единственным ребенком польских иммигрантов, во вторник

сказал, что он был самым старшим ребенком в большой итальянской семье, а в среду был единственным выжившим в автомобильной аварии, в которой погибла вся его семья. На этих зыбучих песках оказалось невозможным создать точку опоры для психотерапии.

5. Пациентам, которые легко впитывают новые мысли и события и включают их в свою бредовую систему, также очень трудно помочь. На третьем месяце психотерапии мужчина, который считал, что Бог наказывает его за греховные мысли о женщинах и алкоголе, объявил, что теперь он считает себя «шизофреником». Поначалу это казалось достижением в понимании, но он быстро добавил, что сделать его «шизофреником» — это наказание Бога за его греховные мысли. Его основное заблуждение, что он был наказан Богом, осталось неизменным, поскольку его кажущееся новое «понимание» было включено в психоз. Стейнман (Steinman, 2009) подчеркивает, что как только человек нашел бредовое решение основного конфликта, бредовые решения имеют тенденцию множиться, становясь готовой панацеей от стрессов повседневной жизни.

4. Пациенты с бредом величия, грандиозными идеями, имеющими важное значение для их хрупкой самооценки, особенно те, кто утверждает, что ничто в мире их не заботит, могут оказаться вне досягаемости психотерапевта. Однажды я беседовал с вдовой, у которой недавно наступила менопауза и у которой не было детей, она утверждала, что «беременна от Иисуса». Она знала, что ее собираются выселить из квартиры за неуплату арендной платы, но не беспокоилась об этом, потому что считала: «Что бы ни случилось, Бог позаботится обо мне». Негативные симптомы и нарушение мышления, которые могут находиться в непрерывно изменяющемся континууме степени тяжести, также создают проблемы для вербальной психотерапии, направленной на изменение убеждений и психодинамических интерпретаций.

Негативные симптомы

Считается, что исключенные из группы психотерапии пациенты проявляют «негативные симптомы» (Crow, 1980, 1985) в отличие от так называемых позитивных симптомов, таких как галлюцинации и бред, представляющие собой навязчивые

дополнения к преморбидному психическому состоянию человека. Так называемые негативные симптомы представляют собой кажущуюся потерю психологических способностей, которыми когда-то обладал страдающий психозом человек. Негативные симптомы психоза включают социальную изоляцию, кажущееся отсутствие мотивации к участию в жизненной деятельности (аволицию или абулию), летаргию, притупление эмоциональных реакций в социальных взаимодействиях (уплощенный аффект), бедность речи и мышления (алогию) и кажущееся снижение способности испытывать удовольствие (ангедонию). Негативные симптомы могут быть результатом видимого дефицита внимания, рабочей памяти и других нейрокогнитивных функций, или они могут быть побочными эффектами нейролептиков, притупляющими аффект. Они также могут оказаться стратегией защитного отстранения, предназначенного для ограждения человека от страхов, связанных с положительными симптомами, таких как галлюцинации и бред, например когда люди с психозом, пытаясь оставаться вне поля зрения преследователей, не выходят из своей комнаты. Негативные симптомы могут защищать человека от болезненных последствий социального контакта, которые могут включать в себя тревожные цепочки мыслей или образов, или чувства стыда и/или неудачи, сопровождающие межличностный контакт. Измученные межличностными отношениями, некоторые люди с психозом учатся замирать. Негативные симптомы могут усиливаться при возникновении социальных проблем и ослабевать в других условиях, что согласуется с их защитной функцией в некоторых случаях (Beck et al., 2009). Кроме того, некоторые пациенты, внешне демонстрирующие снижение аффекта в выражении лица, могут сообщать об эмоциях, которые не проявляются на их лицах, и в этом случае эмоционально присутствующий человек будет прятаться за жесткой лицевой маской (Berenbaum & Oltmanns, 1992; Kring & Neale, 1996).

Пациентам с негативными симптомами может потребоваться начальный период высоко структурированной когнитивно-поведенческой терапии, во время которой терапевт попытается привнести в работу оживление и энергию, затем использует методы когнитивно-поведенческой терапии для изучения положительных симптомов и в конечном итоге даст психодинамическую интерпретацию. Однако иногда психологическая интерпретация

может быть полезной, даже если очевидная восприимчивая почва отсутствует. Однажды я работал с человеком с элективным мутизмом, который утверждал, что все люди, включая психотерапевта и мать больного, были роботами. Через четыре месяца еженедельной психотерапии, зная, что он полностью зависит от своей матери и что его мать стареет, я сказал ему: «Полагаю, вас бы успокоила мысль, что женщина, которая приводит вас на наши сеансы, является роботом, потому что в этом случае она не стареет, и вы никогда не потеряете ее, и вы можете заменить ее, если она сломается». Три сеанса спустя, после 10-минутного начального молчания, он загадочно спросил: «У них есть дома, куда они помещают их, когда они стареют, правда?» Он не уточнил, кто такие «они», но я думаю, что понял смысл его вопроса. Вероятно, он пытался думать о немыслимом, а именно, что его мать была реальным человеком, который стареет, и что он потеряет ее, если она попадет в дом престарелых.

Бек и его коллеги (2009) описывают основанный на поведенческой активации комплексный подход КПТ к негативным симптомам. В соответствии с концепцией Салливана о центральной роли социальных неудач в генезисе шизофрении (Sullivan, 1973) Бек с коллегами выявляют дисфункциональные убеждения, которые заставляют пациентов не ожидать удовольствия или успеха в жизненной деятельности, а затем бросать вызов этим низким ожиданиям, находя доказательства обратного. В этом подходе психотерапевт помогает пациенту построить структурированный график деятельности, состоящий из краткосрочных, ограниченных, достижимых целей в социальной активности, которые будут испытывать пессимистические ожидания пациента. Пациентам рекомендуется попытаться достичь этих целей между сеансами, записывая в реальном времени свои ощущения компетентности и удовольствия при выполнении каждого запланированного действия.

Обычно, когда пациенты записывают свои чувства во время занятия, они сообщают, что эта задача была сложной, но не такой сложной, как они ожидали. Регистрация оценок удовольствия и освоения задачи по числовой шкале от 1 до 10 может помочь показать пациентам, что, вопреки их склонности заявлять, что они испытали «ноль» удовольствия или «отсутствие» успеха, они получили некоторое эмоциональное вознаграждение, пусть даже скромное, в результате социального обмена. Когда

негативные симптомы служат защитным отступлением от провоцирующих беспокойство триггеров, пациент и психотерапевт могут работать над уменьшением этих триггеров. Терапевт может «нормализовать» негативные симптомы, заверив пациента, что каждый время от времени теряет мотивацию. По мере того как пациент работает над достижением долгосрочных целей, может потребоваться корректировка краткосрочных целей, чтобы облегчить их достижение. Встречи, которые помогают членам семьи сформировать реалистичные ожидания, соответствующие способностям и целям пациента, подкрепляют лечение. Поддержка со стороны равноправных советников и групп самопомощи, таких как Hearing Voices Network — сеть помощи людям, слышащим голоса, может усилить мотивацию. Если работа с негативными симптомами позволяет человеку быть более оживленным и выразительным, пациент имеет больше шансов извлечь пользу из КПТп и психодинамической работы с позитивными симптомами.

Многие пациенты воспринимают диагноз «шизофрения» как психологический смертный приговор. Такое восприятие порождает пораженческое отношение, ограничивающее жизненный опыт успеха и удовольствия. Клиницисты, считающие людей, страдающих психозом, скорее «шизофрениками», чем людьми с психозом, личность которых не поддается категориальному определению, рискуют передать своим пациентам заразу пессимизма. Как показано на примере Джованы в главе 8, важно исследовать значение диагноза «шизофрения» совместно с пациентом.

Расстройство мышления

Психотерапевтические подходы к лечению расстройства мышления менее развиты, чем методы работы с положительной и отрицательной симптоматикой. Поскольку психотерапия — это вербальный метод лечения, подразумевающий использование слов, расстройство мышления от умеренного до тяжелого (тангенциальность, ослабление ассоциаций, словесный салат, неологизмы, персеверация и эхолалия) подрывает способность пациентов общаться с психотерапевтом. Когда мысли пациента приходят быстро и многие ассоциации лежат за пределами зоны согласованной метафоры, для больного и психотерапевта может

представиться невозможным определить повторяющуюся тему, первичную травму или центральную проблему, на которой нужно сосредоточиться в психотерапии.

Доэрти, Эванс, Следж, Сейбил и Кристал (Docherty, Evans, Sledge, Seibyl & Krystal, 1994) рассмотрели два отдельных речевых образца испытуемых с диагнозом «шизофрения»: первый имел дело со стрессовой темой с негативной аффективной валентностью, а другой — с позитивной темой с нейтральной аффективной валентностью. По сравнению с нейтральными образцами стрессовые образцы сильно коррелировали с расстройством мышления ($p < 0,001$). Наблюдение за реакцией расстройства мышления на негативные аффекты открывает возможность психотерапевтических вмешательств, направленных на уменьшение стресса путем изменения убеждений и интерпретации смысла. В любом случае психотерапевт должен донести до пациента свое предположение о том, что пациенту есть что сказать и терапевт намерен понять это.

Бек и коллеги (2009) описывают различные методы, которые могут быть полезны при работе с пациентами с нарушением мышления (Hagen, Turkington, Berge & Gräwe, 2011; Wright, Turkington, Kingdon & Basco, 2009). В отличие от людей с положительными и отрицательными симптомами, которые неизбежно обнаруживаются в межличностных ситуациях, люди с психозом могут не осознавать, что другие считают, что они страдают расстройством мышления. Лечение расстройства мышления в психотерапии можно представить как попытку улучшить общение, а не как попытку искоренить симптом, который пациент не может осмыслить. Предполагая, что пациент и психотерапевт могут распознавать сбои в общении, когда те происходят, терапевт способен нормализовать расстройство мышления, предлагая примеры нечеткого общения в условиях стресса, например когда человек заикается в ситуации, провоцирующей тревогу (Beck et al., 2009). Психотерапевт может смоделировать четкое общение, ограничивая утверждения несколькими предложениями или задавая вопросы, предполагающие простые ответы «да» или «нет», чтобы прояснить то, что сказал пациент. Когда коммуникация пациента срывается, психотерапевт осторожно отметит этот момент в разговоре, замедляя разговор и попросив разъяснить, что имеет в виду пациент. Как и в случае с психодинамической работой, которая фокусируется на явлениях переноса,

происходящих во время сеанса, терапевт может вызывать ассоциации с тем, что пациент думал, чувствовал или говорил непосредственно перед тем, как разговор сорвался. В последовательности беспорядочных мыслей полезно сосредоточиться на ранних фразах в ассоциативной последовательности, где связь между ослабленной ассоциацией и предшествующей мыслью или чувством все еще может быть обнаружена. Беспорядочные последовательности, которые распространяются на многочисленные фразы, в конечном итоге уходят далеко от первоначального задуманного смысла высказывания пациента. Иногда ассоциации пациента разветвляются, но делают круг и возвращаются к какой-либо заметной теме, которую полезно идентифицировать и обсудить в ходе терапии.

С психодинамической точки зрения, чем яснее человек думает и запоминает, тем ярче он переживает свою болезненную историю. Там, где ясность болезненна, замешательство — бальзам. В той степени, в которой расстройство мышления вызвано негативным аффектом, ум с расстройством мышления не может сосредоточить внимание на событиях жизненной истории человека, чтобы сформировать устойчивый, болезненный для восприятия жизненный рассказ. В той степени, в которой расстройство мышления вызвано тревогой, человек с расстройством мышления может сбиться с пути мышления при первых признаках беспокойства, предупреждающих о том, что впереди болезненное осознание, если эта мысль останется сфокусированной и связанной. Психотерапия обеспечивает безопасность межличностной сдерживающей среды, в которой страдающий психозом человек будет стараться обдумать и чувствовать *невыносимое* при поддержке другого человека поблизости.

Пациенты, которые страдают от мучительной паранойи и последовательно рассказывают о своих переживаниях от одного сеанса к другому, часто становятся отличными кандидатами на психотерапию. В целом врачи склонны скорее недооценивать, чем переоценивать возможности пациентов включаться в процесс психотерапии. По моему опыту, небольшие ограничения интеллектуальных способностей не должны исключать пациента. С такими пациентами терапевтические достижения могут принимать форму своего рода простой мантры, успокаивающей фразы или когнитивной переориентации, уменьшающей страдание. Продолжительность болезни или длительность

госпитализации не являются противопоказанием к амбициозной психотерапии. Ариэль, пациентка, лечение которой я подробно описываю в главе 14, болела 20 лет, когда она начала успешный 9-месячный курс психотерапии. Точно так же Аша и Каспер, лечение которых описано в главе 15, были больны много лет, когда начали психотерапию.

Поскольку нет двух совершенно одинаковых психотерапевтических процессов, невозможно составить единое строгое руководство с предписаниями и последовательностью действий. Имея это в виду, я организовал описание поступательных процессов психотерапевтической техники в девять этапов.

1. Вовлечение пациента.
2. Получение истории пациента: хронология (временная шкала) и первоначальная оценка.
3. Обсуждение реальности со страдающим психозом человеком.
4. Оценка жизненных навыков приспособления (копинг-стратегии).
5. Представление трех моделей, лежащих в основе КПТп:
 - модель психоза «стресс-уязвимости»;
 - континуум между психозом и обычной психической жизнью;
 - когнитивная модель А-В-С, опосредованная убеждениями (активирующее событие «А» ведет к убеждению «В» и вызывает неблагоприятные и тревожные эмоциональные/поведенческие последствия «С»).
6. Работа с КПТп и психодинамическими формулировками.
7. Работа с голосами и другие техники КПТп.
8. Оспаривание бредовых идей.
9. Оспаривание бредовых идей с помощью психодинамической интерпретации психотических симптомов.

Существенное изменение подхода происходит, когда психотерапевт пытается начать амбициозный курс психотерапии с пациентом, предыдущее лечение которого состояло в основном из периодических госпитализаций, приема лекарств и 15-минутных «медицинских осмотров». Существуют отличные учебники с описанием теории и техники КПТп (см. Beck et al., 2009; Fowler, Garety & Kuipers, 1995; van der Gaag, Neiman & van den Berg, 2013; Hagen, Turkington, Berge & Grawe, 2011; Kingdon & Turkington,

2002, 2005; Morrison, Renton, Dunn, Williams & Bentall, 2004; Wright, Sudak, Turkington & Thase, 2010; Wright et al., 2009). В одной из книг (Garrett and Turkington, 2011) я описываю использование техник КПТп в рамках психоанализа и включаю психодинамически ориентированный комментарий о том, как сочетать начальную фазу КПТп со второй фазой психодинамической работы. Этот подход естественным образом вытекает из понимания психоза, согласно которому пациенты рассматривают свою проблему как находящуюся во внешнем мире, а не внутри своей собственной психологии.

Глава 6

ВОВЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Исследования показывают, что успех психотерапии в равной степени зависит и от психотерапевтических отношений, и от определенной избранной психотерапевтической техники (Norcross, 2011; Wampold, 2007). Поразительная способность человеческих отношений утешать и причинять боль неудивительна, учитывая, что люди являются типично социальными животными. Начиная с младенчества наш разум формируется посредством взаимодействия с другими людьми — нашими ближайшими родственниками, друзьями, соседями и учителями, которые влияют на наше развитие в детстве, и умершими людьми, которые не являются членами нашей семьи, но все же сформировали наше сознание через свое устойчивое влияние на культуру, в условиях которой мы выросли (например, Томас Джефферсон, Мелани Кляйн и Уолт Дисней). Наши индивидуальные умы — часть группового разума человечества. И, как широко известно, связь младенца и матери — это первичные человеческие отношения. Эта связь настолько важна, что у младенцев, получающих достаточное питание и кров, но лишенных эмоционально значимой материнской заботы, может развиваться маразм (сильное истощение), и они могут умереть (Spitz, 1951). Связь матери и ребенка, возможно, самая мощная психологическая сила, которую мы знаем. Это базовый шаблон для всех последующих привязанностей и отношений, включая отношения между пациентом и психотерапевтом. Именно эту мощную дающую жизнь силу человеческого родства психотерапевты надеются мобилизовать для создания терапевтического альянса. Сильные позитивные терапевтические отношения — это не просто методика, это ведущий агент изменений.

Когда пациенты размышляют о важности психотерапии для их восстановления, многие говорят: «Вы верили в меня!», — и выделяют этому первое место среди других причинных факторов.

Иногда пациент готов начать работу КПТп, получив ответы на небольшое количество предварительных вопросов, но большинство пациентов проявляют сдержанность. Люди с психозом часто оказываются в ловушке мучительной версии шопенгауэровской дилеммы дикобразов, в которой слишком большая близость с другими людьми влечет за собой уколы игл, а слишком далекое расстояние вызывает иссушающий холод социальной изоляции. Обнаружив, что попытки наладить отношения с другими в прошлом вызывали сильную тревогу и межличностные неудачи, страдающий психозом человек уходит от согласованной реальности и традиционного социального контакта в уединенный бредовый мир, созданный им самим, который предлагает побег из невыносимой реальности. Чтобы заниматься психотерапией, пациент должен ценить отношения с терапевтом выше неизменного продолжения психотического существования. Терапевт не всегда может знать заранее, как потребность в человеческом контакте будет играть против отвращения пациента к реальному миру.

Установление взаимопонимания

Профессиональные техники психотерапии помогают, но установление взаимопонимания с человеком, страдающим психозом, — по сути дело сердца. Отношения психотерапевта с пациентом будут отражать то, что терапевт искренне думает и чувствует об этом человеке с психозом. Точно так же, как дети с уверенностью точно определяют, когда впервые встречаются со взрослым, чувствуют ли они себя в безопасности, люди с психозом узнают по словам, жестам, мимике и тону голоса психотерапевта, является ли приветствие врача хорошо отработанным профессиональным жестом или терапевт искренне равнодушен к тяжелым страданиям пациента. Впечатления от первой встречи пациента и психотерапевта могут задать тон всей дальнейшей работе.

В психотерапии эмоциональная связь с терапевтом компенсирует эмоциональные вложения пациента в мир иллюзий. Трудно переоценить степень доверия, которое требуется

от человека, чтобы открыть свое переживание реальности чужому пристальному вниманию. Чтобы рискнуть и довериться, пациенты должны знать, что психотерапевт действительно видит в них отдельных настоящих личностей. В отличие от пациентов с непсихотическими расстройствами, которым полезно исследовать свои фантазии о терапевте, нельзя надеяться, что пациент с психозом будет заинтересованно ожидать, чтобы узнать что-то о терапевте, поскольку боится худшего. Двигаясь по течению в море пугающих возможностей преследования, страдающий психозом пациент должен найти в терапевте что-то реальное, чтобы удержаться за это, нечто, что достаточно успокаивает, чтобы позволить пациенту рискнуть и установить связь. Терапевт должен быть расслабленным, открытым, теплым, знакомым, достаточно разговорчивым, искренним и прозрачным в своих намерениях, а не нейтральным, отстраненным и безличным. Здесь нет места для карикатуры пустого психоаналитического экрана, который вызывает психотический перенос. Психотерапевтам необходимо показать пациенту, кто они. Как и любой человек, встречающий кого-то впервые, пациент оценивает психотерапевта по словам, эмоциональному тону и невербальному поведению.

Психотерапевтам не нужно быть провидцами или святыми, но им необходимо найти сущностную человечность пациента с психозом, которая скрыта за непонятными причудливыми внешними проявлениями поведения и объективной пеленой редукционистских категориальных диагнозов. Точно так же, как городским жителям не составляет труда преодолеть разделение видов, когда они видят олениху и олененка как мать и ребенка, психотерапевту необходимо преодолеть диагностический барьер и увидеть пациента с психозом как обычного человека. У всех людей, страдающих психозом, есть непсихотические аспекты личности, как и у каждого из нас. Клиницисты, только начинающие карьеру, могут поначалу находить людей с психозом отталкивающими. Но как только врач получает достаточное понимание психотического состояния, чтобы не быть обескураженным особенностями пациента, и как только клиницист выслушивает человека с ожиданием, что история пациента должна иметь эмоциональный смысл, даже если ее детали не являются буквальной правдой, клинический обмен может ощущаться как разговор между двумя обычными людьми.

С клиническим опытом внутренняя «обычность» людей с психозом становится все более очевидной. Можно даже рассматривать способность клинициста достичь чувства комфортной повседневности как веху в профессиональном развитии, знаменующую все более глубокое сочувствие к страдающим психозом пациентам. Одна из причин, по которой в этой книге я уделил так много внимания взаимосвязи психоза и обычной психической жизни, заключается в стремлении способствовать развитию этой эмпатической связи. Классическая методика КПТп включает «нормализацию» психотических симптомов (например, поиск аналогий с психотическими переживаниями в повседневной жизни, когда мы слышим, допустим, как кто-то зовет нас по имени на улице, а это не так). «Нормализацию» психотического опыта не следует ошибочно принимать за то, что психотерапевт полагает, будто состояние психоза — это нормально. Скорее, «нормализация» подразумевает, что существует эмпатический мост между обычной психической жизнью и психозом, и через этот мост терапевт может достичь связи с пациентом. «Нормализация» психотического опыта имеет большое значение для выравнивания соотношения сил во взаимодействии пациента и терапевта. Психотерапевты, практикующие КПТп, должны иметь «нормализующие» примеры из личного опыта, чтобы предлагать их пациентам. Лечение принесет большую пользу, если «нормализация» проникнет в терапевта глубже, чем способность к демонстрации нескольких готовых полезных примеров. Терапевт должен стремиться к тому, чтобы стойкое чувство обыденности во взаимодействии со страдающими психозом людьми проникло «до самых костей».

Пациенты, страдающие психозом, часто привыкают не ожидать плодотворного разговора со специалистами в области психического здоровья. Они могут обнаружить, что бред и галлюцинации, которые вызывают наибольшую озабоченность в их жизни, отвергаются как «воображаемые» и семьей, и врачами. Например, после установления взаимопонимания со своим терапевтом мужчина с психозом признал, что самые важные отношения в его жизни — это его постоянный диалог с женским голосом, который он считал Богом. Он сказал: «Я доверяю вам. Может, мне и не стоит, но я доверяю. Есть что-то в вашей манере говорить, что-то в вашем поведении, что заставляет меня доверять вам. Я никогда подробно не рассказываю врачам о Боге. Я знаю,

что они подумают. Они просто решат, что я сошел с ума. На самом деле они не хотят разговаривать. Они Haldog-террористы [sic] (отсылка к лекарству Haldol — галоперидол). И вот, я принимаю лекарство, а затем через некоторое время меня отпускают, и я прекращаю принимать лекарство после того, как выписываюсь. Для меня нет ничего важнее моих отношений с Богом».

Говоря терминами объектно-ориентированного подхода, прежде чем пациенты смогут включиться в общение, они должны определить, кем является терапевт: замаскированным объектом преследования (волком в овечьей шкуре) или потенциально полезным человеком. Вспомните Джессику в главе 3, которая считала, что знание моих демографических данных покажет ей, кто я. Джессика когда-то была многообещающей аспиранткой факультета востоковедения. У нее случился первый психотический эпизод после того, как ее молодой человек отказался от намерения жениться на ней. Джессика пережила несколько кратких психотических эпизодов, которые привели к кратковременной госпитализации перед нашей консультацией. Она сообщала об эпизодах сильного беспокойства, связанного со страхом надвигающейся засухи, для подготовки к которой она накопила много галлонов воды в своей квартире. Когда ее спросили, в какое именно время она забеспокоилась из-за засухи, она сказала, что увидела статью в газете, в которой предсказывалось особенно жаркое лето, и она сочла это предупреждением, адресованным ей лично, о том, что ей следует подготовиться к нехватке воды. Большинство людей, когда они читают в газете, что предсказывается жаркая погода, не ожидают смерти от жажды. Большинство представителей широкой общественности были бы уверены, что даже если бы требовалось нормирование воды, это сначала включало бы ограничения на полив газонов и тому подобное, а затем правительство («добрая мать») стало бы добросовестно удовлетворять потребность населения в питьевой воде.

Я предположил, что чтение этой статьи вызвало эмоциональный резонанс между ее страхом перед засухой и существовавшими ранее неосознаваемыми объектными страхами невозможности получить жизненно важное пропитание от ненадежного кормильца. В этой фантазии внутренний объект скоро иссохнет, и останется только отказывающаяся мать с грудью-засухой, руководящая погибающим от жажды внутренним миром. Пациент берет под контроль эту экстренную психическую ситуацию, собирая

настоящие кувшины с водой, которые в фантазиях представляют собой самый основной источник орального питания, материнские «груди» с жизненно важным молоком. Джессика беспокоила и нехватка воды, и неизвестный психотерапевт, который мог оказаться ненадежным.

Ближе к концу первой консультации Джессика заявила, что хочет задать мне несколько вопросов. Я сказал, что буду рад ответить на любые вопросы, которые, по моему мнению, важны для ее лечения. Затем она спросила, женат ли я, есть ли у меня дети и где живу. Прежде чем ответить на ее вопросы, я спросил ее, можно ли сделать паузу на мгновение, чтобы она могла сказать мне, почему она считает, что для нее важно знать именно эти конкретные вещи обо мне. Она ответила, как если бы необходимость в ее вопросах была совершенно очевидной: «Если я собираюсь моделировать себя по вашему образцу, мне нужно знать подробности о вас, чтобы понимать, какой вы человек». Джессика представляла, что процесс психотерапии потребует от нее моделировать себя точь-в-точь по образу личности терапевта. Не имея достаточно пригодных собственных внутренних объектов, она представляла, как сливается с идентичностью психотерапевта, чтобы получить то, что ей нужно, по сути проглатывая терапевта целиком. Дилемма Джессики показывает, как страдающие паранойей люди переключаются между чрезмерной подозрительностью и чрезмерным доверием (McWilliams, 2011). Они колеблются между отказом от контакта и вовлеченностью в общение с готовностью совершить «прыжок веры». То, что Фрейд видел в пациентах с психозом как их кажущееся безразличие к психотерапевту, которое, как он считал, не приводит к анализируемому переносу, лучше рассматривать как примитивный перенос, отмеченный ужасом перед влиянием плохого объекта.

Нуждаясь в человеческом контакте, но опасаясь, что может проглотить атрибуты психотерапевта, которые отравят ее изнутри, Джессика вообразила, что, задав подробные конкретные вопросы, определит, какой объект собирается поглотить. Пациентка спросила у терапевта о его возрасте, но на самом деле она хотела знать: «Безопасно ли проглотить вас?» Она изучала мои демографические данные подобно тому, как человек читает список ингредиентов на этикетке еды. Я ответил настолько обнадеживающе, насколько смог: «Сегодня мы встретились только в первый раз. Я понимаю, что вам нужно больше информации обо

мне, прежде чем вы почувствуете себя в безопасности и начнете говорить со мной. Мне 50 лет. По моему кольцу вы могли догадаться, что я женат. Я закончил свое обучение в качестве психиатра в 1978 году. Я был бы рад обсудить с вами свой профессиональный опыт и ответить на любые вопросы о моем обучении, но я держу свою личную и семейную жизнь отдельно от моей работы в клинике. Я надеюсь, что вас это устраивает».

Даже спустя некоторое время после начала терапии пациент может поддерживать барьер, предотвращающий принятие токсичных элементов от психотерапевта. Люди с психозом могут стремиться к слиянию с терапевтом, но и бояться его. Например, женщина, страдавшая психозом, после многих месяцев психотерапии рассказала, что не думала о том, что я говорил, во время наших сеансов. Вместо этого она пыталась запомнить мои слова, чтобы потом переварить их в одиночку, когда она чувствовала, что обладает большим контролем и способна предотвратить чрезмерное влияние идей терапевта на ее разум.

Розенфельд (Rosenfeld, 1947) описывает пациентку, которая боялась, что она будет похищена чужим голосом, говорящим с другим акцентом, чем ее собственный, который, как понял Розенфельд, был его голосом. В соответствии с идеей Кляйн о значимости примитивных фантазий, связанных с телом, в которых дети воображают, что что-то помещается в их тела или вынимается из них, Розенфельд понимал, что его пациентка со страхом воображала, будто он собирается силой проникнуть в ее разум и взять под контроль ее мысли, заставляя ее полностью потерять свою личность. У пациентов может присутствовать сильное сознательное и бессознательное сопротивление влиянию терапевта. Несколько более узкое понимание этой проблемы в условиях КПТп предполагает, что терапевт спрашивает пациентов об их убеждениях относительно того, что терапевт изменит их идеи. Для продолжения когнитивно-поведенческой терапии психоза или работы в психодинамической технике необходимо выявить и объяснить пациенту эту идею сопротивления влиянию. Пациенты, которые в детстве имели симбиотическую привязанность к опекуну, могут принять противоположный курс и поспешно слиться с личностью терапевта, пытаясь не оставлять за собой никакого собственного разума, способного чувствовать свою боль. Такие пациенты могут спросить: «О чем вы хотите, чтобы я говорил?», — словно они не желают иметь собственного ума.

Практические особенности первой встречи

Если у психотерапевта еще нет такой информации, он захочет узнать, как пациент пришел на психотерапию. Это была идея пациента или кого-то еще? Как пациент понимает цель первой встречи и вызывает ли встреча какие-либо особые тревоги? Первые встречи, которые сочетают в себе структуру с некоторой степенью теплоты и спонтанности, — хороший вариант для начала. Более общее введение могло бы выглядеть примерно так: «Если вы не возражаете, мы можем встретиться несколько раз, чтобы выяснить, сможем ли мы найти способ сделать то, что с вами происходит, менее тревожным». Или точнее: «Вас направили ко мне, потому что я обучен особому подходу оказания помощи людям, который называется психотерапией. Это способ обсуждения ситуации человека, призванный помочь ему справиться с неприятными переживаниями».

Есть ли у пациента неотложная, первостепенная проблема, которую необходимо решить, прежде чем он сможет сосредоточиться на терапии? Ожидается ли в его жизни какой-либо кризис? Возможно, выселение, недостаток денег на еду или что-то подобное? Прежде чем приступить к более амбициозной психотерапии, необходимо решить такие насущные проблемы. Однажды я работал с человеком, который был настолько озабочен пациентом с повреждением мозга, который напал на него и других пациентов в палате, что он не мог сосредоточиться и эффективно проходить курс психотерапии, пока я не уговорил его лечащего психиатра перевести его в другое отделение. Это не только сформировало атмосферу безопасности, но и продемонстрировало понимание психотерапевтом насущных проблем пациента, и таким образом был создан успешный опыт положительных взаимодействий с терапевтом.

Даже если у пациента долгая история психиатрического лечения, может быть полезно узнать о прошлых токсичных взаимодействиях с психиатрическим учреждением. Пациент, выбирающий новое направление, может задаться вопросом, будут ли эти новые отношения таким же разочарованием. Пациенты с так называемым медикаментозным лечением, которых посещают для кратких «медицинских осмотров», в действительности могут стать подозрительными, если врач будет приглашать их на более частые встречи. Когда врач предложил встречаться чаще, один

пациент язвительно обратился к стажеру: «У вас новый руководитель?» Привыкшие ожидать повышенного внимания со стороны клиницистов, только когда персонал клиники думает, что у пациента плохое самочувствие, пациенты учатся связывать больше количество контактов с персоналом с увеличением количества лекарств и госпитализаций.

Некоторые пациенты могут полагать, что рискуют своей жизнью, разговаривая с терапевтом. Они могут услышать голоса с угрозами причинить им вред, если пациент заговорит с психотерапевтом. Однажды я разговаривал с девушкой-подростком, которая слышала голос агрессивного мужчины, которого она называла «Большой Барри». Через 20 минут она внезапно прервала беседу. Позже она сообщила, что, когда она начала упоминать в разговоре, что лекарства, как кажется, приглушают этот голос, Большой Барри начал угрожать убить ее, если она не прекратит беседу. На первом сеансе терапевт может заверить пациента, что тот вправе прервать сеанс в любой момент, если ему некомфортно говорить о какой-то конкретной проблеме, или не говорить вообще. Психотерапевт должен часто спрашивать: «Как вы себя чувствуете? Мы можем продолжить разговаривать?» В случае с пациентами, страдающими непсихотическими расстройствами, непреднамеренные ошибки психотерапевта и неверное толкование пациентом слов и действий врача — лишь зерно для мельницы, которое не нужно немедленно устранять. В случае пациентов с психозом терапевт должен внимательно следить за стабильностью и приемлемостью терапевтических отношений с пациентом. Недоразумения и ошибки нужно устранять как можно скорее. Простое искреннее извинение психотерапевта, если оно оправдано ситуацией, имеет большое значение.

Уход от реальности и информированное согласие

Информированное согласие в психотерапии психоза представляет собой особую проблему. Хотя необходимо приложить все усилия, чтобы объяснить общую цель и процесс психотерапии и предложить пациенту активное участие в принятии решения о начале психотерапии, пациент с бредом не может полностью учесть психологические последствия отказа от бредовой идеи до того, как эта идея будет рассмотрена в процессе психотерапии.

Однако отказ от психотерапии из-за того, что пациент не может полностью предвидеть последствия изменения убеждения, лишает пациента значительной помощи в восстановлении, а «обычное лечение», скорее всего, обрекает человека на пожизненную хроническую инвалидность. Что делать? На мой взгляд, страдающие психозом люди, которые приходят на сеанс психотерапии, могут давать неявное согласие двумя способами.

Во-первых, они дают согласие, «голосуя ногами», продолжая посещать психотерапевта в течение длительного периода времени. Прекращение лечения можно понимать как отзыв согласия. Когда пациенты продолжают посещать сеансы, они подтверждают, что хотят чего-то от терапевта, и продолжают приходить в надежде получить это. Во-вторых, в начале лечения психотерапевт вместе с пациентом может создать «цепочку выводов» о возможных результатах, спросив: «По мере того, как мы продолжаем работать вместе, если мы найдем доказательства, которые не подтверждают ваше текущее мнение, что это будет для вас означать? Вы надеетесь, что ваше нынешнее убеждение верно, или вы надеетесь, что мы найдем другую причину того, что с вами происходит?» Эти вопросы позволяют пациенту гипотетически исследовать последствия изменения убеждения.

Некоторые клиницисты считают, что крайность психотических защит по сравнению с непсихотическими защитами указывает на отчаянную хрупкость страдающего психозом человека, которую лучше не беспокоить. В конце концов, клятва Гиппократа требует от врача «не навредить». Пациенты чувствительны, и работа временами может быть нестабильной. Однако, по моему собственному опыту и опыту многих моих коллег-психотерапевтов, которые помогали людям с психозом, пациенты, страдающие психозом, как группа не являются чрезвычайно хрупкими. Они не склонны распадаться при первом появлении сомнения относительно бредового заблуждения. В большинстве своем они борцы. Еще до начала терапии многие пациенты уже сомневаются в своих убеждениях и испытывают приливы и отливы различной степени уверенности в своих бредовых идеях. В психотерапии врач может действовать медленно, «пробуя воду», наблюдая за реакцией пациента на психотерапию по мере ее продвижения. Психотерапия позволяет пациенту притормозить, какое-то время двигаться по инерции или даже бежать прочь, по мере того как пациент осознает последствия того, что обсуждается в терапии,

когда клиницист помогает создать реальные источники самооценки, которые поддержат способность пациента анализировать болезненную реальность. Пациенты с психозом сохраняют ряд непсихотических психологических защит, которые продолжают ограждать «Я» и защищают психотические симптомы от слишком резких изменений. Эти способы защиты обсуждаются в главе 13. Начало психотерапии предполагает уверенность в том, что эти защитные механизмы будут продолжать служить пациенту в течение всей работы. Напротив, когда у человека, страдающего хроническим психозом, убежденного идеями соотнесения в том, что он центр вселенной, эта грандиозная опора его самооценки внезапно выбивается из-под ног нейрорептиком, который в считанные дни рассеивает величие, поддерживаемое его идеями соотнесения, самоубийство — редкая, но реальная возможность.

Можно было бы ожидать, что пациенты надеются, будто бредовые идеи преследования не соответствуют действительности, но это не всегда так. В течение 20 лет Шарлин, к истории которой я возвращаюсь в главе 16, считала, что ее квартира прослушивается. Чтобы защитить себя от болезненного осознания того, что потеряла большую часть своей взрослой жизни из-за психоза, она разработала гениальный компромисс, позволяющий сохранить лицо, который позволил ей поверить, что за ней наблюдали годами, но теперь это уже не так, потому что батарейки, питавшие «жучки», разрядились. Этот защитный компромисс защитил ее от осознания того, что большая часть ее взрослой жизни ускользнула под тенью заблуждения, и позволил сосредоточиться на более практических жизненных проблемах.

Другая пациентка, которая испытывала чувство вины из-за того, что сделала аборт, сообщила, что слышала голос своего нерожденного ребенка, что означало, что ребенок был жив. Альтернативные объяснения причин, по которым она слышит голос ребенка, могут повлечь за собой болезненное осознание того, что ребенка нет в живых. Будь то пациенты с психотическими или непсихотическими расстройствами, терапевт должен находиться рядом с пациентом, когда он страдает, пытаясь вынести чрезвычайно болезненные переживания. Когда пациент воспринимает терапевта как надежного, готового помочь человека, он может пойти на риск столкновения с более трудными истинами. На лице терапевта можно прочесть: «Я вижу тебя. Я с тобой. Ты не одинок». Во всех формах психотерапии ситуации, подобные

этой, требуют тактичной оценки и переоценки готовности пациентов увидеть свои темные стороны и изменить свои убеждения.

Хотя было бы неверным характеризовать психоз как свободно выбранный альтернативный образ жизни, люди, выздоровевшие от психоза и написавшие автобиографические отчеты о своей болезни, описывают необходимость уйти из невероятно болезненного реального мира, чтобы жить в мире иллюзий, который они могли волшебным образом контролировать. В книге «Я никогда не обещала тебе сад из роз» (Гринберг, 1964) описывается ее (Деборы) побег из реального мира в бредовый мир Ир, где в ее сознании она жила вдали от боли реального мира в течение многих лет. Ее терапевт терпеливо стояла на границе между миром Ир и реальным миром, принимая потребность Деборы/Гринберг возвращаться в Ир, когда ей было нужно это делать, и поощряя ее перешагивать через порог обратно в реальность, когда она могла.

Переживание пациентом психоза как успокаивающего ухода от болезненных проблем реального мира, а не только как мучения, может быть основным источником сопротивления вовлечению в психотерапию и серьезным препятствием на пути к восстановлению. Чтобы рискнуть оставить психоз позади, пациенты должны в достаточной степени доверять глубине отношений с терапевтом, чтобы рискнуть выйти на свет настоящего дня. Пятнадцатиминутные «медицинские осмотры» не удовлетворяют этой потребности.

Люди с психотическими расстройствами могут чувствовать, что им осталось терять меньше, чем людям без психоза, потому что они уже потеряли очень много. Поскольку они так долго выживали за пределами реального мира, им трудно представить, что они могут получить, повторно войдя в мир. По иронии судьбы, уже отказавшись от обычных ожиданий жизни, такие пациенты могут чувствовать себя свободнее, говоря правду о том, что, по их мнению, происходит в их ключевых отношениях, включая отношения с терапевтом. Когда пациент с психотическим состоянием точно комментирует что-то, что психотерапевт сказал или сделал, терапевт должен признать истинность восприятия. Как писал Ариети (Arieti 1974), «с одной стороны, [человек с психозом] очень чувствителен и способен видеть сквозь ситуацию, чтобы постичь истину даже в большей степени, чем нормальный человек; с другой стороны, то, что он делает с тем, что он видит, настолько искажено, что увеличивает, а не уменьшает его трудности» (с. 464).

Название диагноза

Психотерапевту необходимо вступить в союз с непсихотической частью личности страдающего психозом пациента, которая может стоять вне психоза и размышлять о нем. Терапевт не должен вступать в сговор с бредовыми убеждениями пациента, равно как терапевт не должен и обходить стороной тот факт, что пациент болен, при этом вопрос о том, как назвать состояние пациента, должен решаться с определенным изяществом. Состояние пациента в прошлом могло быть названо «шизофрения», «психическое заболевание», «биполярное расстройство» или «химический дисбаланс». Важно понимать, какие ярлыки были использованы, значение, которое пациент получает из этих описаний, и какие слова пациент может выбрать, чтобы описать происходящее. Формулировка диагноза формирует и самооценку пациентов, и то, как, по их мнению, терапевт видит их. Иногда пациенты спокойно говорят об «эмоциональном срыве», и при этом у них аллергия на слово «шизофрения» (Гарретт, Сингх, Аманбекова и Камараджан, Garrett, Singh, Amanbekova & Kamarajan, 2011). В главе 8 я описываю разговор с больной психозом женщиной, Джованой, состоявшийся, когда мы обсуждали, что значил для нее ее диагноз «шизофрения». Она была готова считать, что ее вера в то, что священник влюблен в нее, была ошибочной, но она была непреклонна в том, что не была «шизофреничкой».

Конфиденциальность

Конфиденциальность следует обсудить на раннем этапе лечения, необязательно на первых нескольких сеансах, но после установления взаимопонимания. Относительно родителей, партнеров по жизни и государственных органов терапевт может объяснить, что лечение останется конфиденциальным, кроме тех случаев, когда терапевт считает, что пациент представляет явную опасность для себя или окружающих, и в этом случае терапевту может потребоваться обратиться к семье, друзьям или властям за помощью в обеспечении безопасности пациента. Психотерапевт должен заверить пациента, что такой контакт за пределами лечения не произойдет без информирования пациента. Если пациент не примет это условие, я не склонен брать его на психотерапию.

и, скорее всего, заполню свободное время другим пациентом, который согласится с этими условиями. Записи в картах следует составлять с осознанием того, что пациенты могут попросить показать их. Терапевт может обещать поделиться черновиками страховых бланков, психосоциальных сводок и заявлений об инвалидности до разглашения конфиденциальной информации. Эта гарантия позволяет пациенту видеть, что именно психотерапевт сообщает третьим лицам, таким образом, пациент может предлагать исправления и дополнения.

Ясность в общении

Ясность в общении имеет первостепенное значение. Первоначально терапевт не должен задавать пациенту сложные вопросы, потому что человек, который борется за психологическое выживание, не сможет ответить на вопросы такого рода. Интерес пациента к разговору с психотерапевтом — хороший знак, независимо от темы. Когда пациент не может напрямую говорить о психозе, психотерапевт должен побудить пациента поговорить о чем-то другом, например о спорте, фильмах или любимой еде. Когда психотерапевты не понимают, что сказал пациент, они не должны притворяться, что понимают, а должны сообщать, что они стараются понять, но еще не уверены, что пытается сказать пациент. Когда пациент не может или не хочет говорить, психотерапевт должен уметь выдерживать периоды тишины, но не чрезмерно продолжительно. Основываясь на том, что психотерапевт знает о пациенте, даже когда пациент молчит, психотерапевт может продолжать говорить, размышлять, строить предположения, делиться своими мыслями и позволять пациенту ощущать присутствие терапевта и его усилия по общению. Психотерапевт должен избегать разговора с пациентом свысока, как это делает эксперт, читающий лекции студенту (см. разделы главы 5 об общении с пациентами с негативными симптомами и расстройством мышления).

Заверения

Психотерапевтам не нужно отказываться от прямых заверений, хотя они должны позаботиться о том, чтобы не обещать больше, чем могут предоставить. Хотя психотерапевт не может обещать

успеха, он может предложить такие заверения, как: «Я очень надеюсь, что смогу помочь вам. В вашей ситуации нет ничего, что подсказывало бы мне, что мы не сможем снизить уровень стресса, который вы испытываете». Ариети (Arieti, 1974) описал свой подход к пациентке с послеродовым психозом. Он сказал ей, что она находилась в глубоком отчаянии, потому что чувствовала себя виноватой за то, что ее ребенок пострадал, когда она отвергла его, новорожденного. Он заверил пациентку, что ребенку были обеспечены соответствующие условия. Он посоветовал ей принять факт своего отказа от ребенка, но выразил уверенность, что в конечном итоге они поймут, почему это произошло. Кэрон и Ванден-Бос (Karon and VandenBos, 1981) обычно уверяли напуганных пациентов: «Я не позволю никому убить вас». Я сказал человеку, который не выходил из своего дома, чтобы избежать наблюдения, что я думал, что знаю боковую дверь (образно говоря), через которую он может сбежать из своих ужасных обстоятельств. Я сказал, что подожду его, пока он не будет готов, а потом попытаюсь отвести его к этой двери.

Таким образом, психотерапевт имеет наилучшие шансы вовлечь пациента, будучи заботливым человеком, приветствуя пациента с теплотой и оптимизмом и обращая внимание на различные первоначальные тревоги и защиты, которые могут присутствовать у пациента.

Глава 7

ИЗУЧЕНИЕ ИСТОРИИ ПАЦИЕНТА

Все, кроме страдающих мутизмом и крайне социально изолированных пациентов, хотят сообщить что-то психотерапевту, пусть минимальное, отрывистое или кажущееся неблагоприятным — и это станет отправной точкой для психотерапии. Большинство людей хотят рассказать свою историю. Психотерапевт должен побуждать пациентов описывать, что, по их мнению, с ними происходит и почему. Хороший открытый вопрос, подразумевающий, что у пациента есть человеческая история, которую нужно рассказать, будет: «Что с вами случилось?», а не «Что с вами не так?» Гарфилд (Garfield, 2009) предполагает, что аффект, скрытый в первых словах пациента, может стать Полярной звездой, указывающей курс лечения. Как описано в главе 3, история, возникающая в результате бреда, — это личная сказка, в которой обычно есть ограниченное количество персонажей. Наиболее распространенная сюжетная линия изображает пациента жертвой преследователя, такого как мафия, правительство или голос. Пациент может утверждать, что он гений, выдающаяся личность, или Иисус, или Бог, которому преследователи препятствуют в реализации его личной миссии, тянут на дно и не позволяют следовать своей судьбе. Психотерапевт должен выслушивать пациента без намека на покровительственную снисходительность, которая может исходить от терапевта, полагающего, что он самопровозглашенный арбитр реальности. Из-за естественной выразительной и организующей способности разума детали психоза и история пациента, рассказанная им самим, будут содержать сжатую символическую версию большей части того, что психотерапевту необходимо знать о психологии пациента.

Построение временной шкалы

Если пациент начнет рассказывать свою историю, психотерапевт может предложить ему присоединиться к построению временной шкалы этой истории на листе бумаги. Одна горизонтальная линия в нижней части альбомного листа подойдет для размещения событий во временной последовательности. Дополнительная история может записываться по мере ее накопления. Запись истории болезни пациента на бумаге создает терапевтический альянс вокруг совместного разбора предоставленной информации. Часто временная шкала становится первым случаем, когда пациент строит какую-либо организованную концепцию своей личной истории. Терапевт может спросить: «Когда все это началось?» Пациентам может быть очень полезно вспомнить свою жизнь до начала психоза, а затем события, которые произошли после некоторого переломного момента. Осознание того, что жизнь не всегда была мучением, как сейчас, вселяет надежду на то, что пациент сможет частично вернуть то качество жизни, которое он когда-то имел. Если сравнивать до и после, возникает вопрос: «Все изменилось. Что произошло?» Контраст до и после и последовательность событий на временной шкале привлекают внимание к обстоятельствам, окружающим начало психоза, что создает основу для «модели стресс-уязвимости» по мере продвижения лечения.

При работе с пациентами, которые слышат голоса, психотерапевт должен спросить, помнят ли они, когда впервые их услышали. Во многих случаях пациент помнит тот самый день. Например, мужчина в возрасте 30 лет вспомнил точный момент, когда впервые услышал голос. Когда ему было 13 лет, он тайком стащил экземпляр журнала Playboy у своего старшего брата. Листая журнал, взволнованный и виноватый оттого, что он видел, он услышал голос, говорящий: «Не делай этого!» Сначала он не знал, что думать об этом голосе. Когда же голос продолжил посещать его все чаще и чаще, расширяя свои запреты и критику, мальчик пришел к выводу, что этот голос был голосом Бога. Этот спроецированный фрагмент его суперэго появился ровно в тот момент, когда пришло время начать исследование своей подростковой сексуальности. Голос был интроектом его жестокого отца-алкоголика, который в пьяном виде вербально атаковал своего сына оскорбительными тирадами. Время начала

и жизненный контекст, в котором голоса впервые появились, могут быть важными ключами к разгадке значения голосов и причины психоза (Romme, Escher, Dillon, Corstens & Morris, 2009). Психотерапевт должен узнать об идентичности, цели и силовом соотношении голосов и пациента, последствиях несоблюдения указаний голоса и о том, считает ли пациент голоса всемогущими или всеведущими (Chadwick, Birchwood & Trower, 1996). Жизненные события, между которыми люди с психозом не всегда могут установить причинно-следственные связи в сознании, иногда можно связать на бумаге, отметив их физическую близость на странице. Например, психотерапевт может заметить: «Мы отметили развод ваших родителей здесь, когда вы были в школе-интернате, и я вижу, что голоса появились вскоре после этого». Если пациент добровольно заявляет, что голоса появились после опыта сексуального насилия, терапевт может отметить, не делая настойчивых выводов, что исследования показывают, что многие люди, которые слышали голоса, имели истории сексуального насилия. Использование бумаги также приучает пациента к работе с дневниками и документами для будущих домашних заданий. На более позднем этапе лечения психотерапевту будет полезно нарисовать два столбца, представляющих альтернативные убеждения, чтобы можно было визуализировать доказательства за и против каждого убеждения друг напротив друга.

Понимание цепочки доказательств

Когда психотерапевт изучает анамнез страдающего психозом пациента, ему следует попытаться выявить и детально разобрать доказательную цепочку, на которой основана бредовая идея. Это будет основным фокусом работы КПТп. Недостаточно знать, во что верит пациент, и делать выводы о психодинамической основе заблуждения. Психотерапевт должен понимать, где пациент находит подтверждающие доказательства своего убеждения и как бредовая идея сформировалась и укрепилась с течением времени. Психодинамические психотерапевты, как правило, уделяют основное внимание смыслу и защите и недостаточно когнитивной стороне этого уравнения. Доказательства пациента служат связующим клеем, скрепляющим бредовый рассказ. Если терапевт

не понимает доказательной цепочки, он достигнет лишь ограниченного понимания пациента. Я проиллюстрирую важность понимания цепочки доказательств, поддерживающих бредовые идеи, в расширенном описании истории болезни Ариэль в главе 14.

Цепочки доказательств обычно строятся по одному из двух шаблонов. Для начала пациенты могут указать или на единичное событие, изменившее жизнь, или на последовательность более постепенно накапливаемых доказательств, часто основанных на некотором продолжительном периоде идей соотношения. В случае знаменательного события пациент может идентифицировать единичный опыт, который за один день радикально изменил представление человека о реальности. Пациент, который сбежал из дома, чтобы спастись от ядовитого газа, и провел ночь в кустах в парке, вспомнил, что в его одиночестве в трудную минуту раздался голос. Голос сопровождался физическим ощущением «ветра, мчащегося сквозь мое тело», и в этот момент он убедился, что слышит голос Бога. Подобные откровения могут за короткий промежуток времени внезапно трансформировать предшествующую модель мира человека, формировавшуюся на протяжении десятилетий опыта.

Будем считать, что большинство людей классифицируют кентавров как мифических существ, живущих только в воображении. Сколько раз кентавру нужно сесть напротив вас в поезде и вовлечь вас в продолжительную беседу, прежде чем вы измените свое мировоззрение? После исключения актеров в костюмах и роботов только самым осторожным из нас потребуется более одного такого случая. Ниже приводится клинический пример основополагающего события в доказательной цепочке. Молодой человек считал, что его голоса всемогущи и всеведущи и могут предсказывать будущее. Цепочка доказательств, подтверждающая это убеждение, опиралась на голоса, которые точно предсказали смерть Фрэнка Синатры за несколько месяцев до того, как она произошла. Этот человек был не только фанатом Синатры, но и когда-то играл в джаз-группе с репертуаром в стиле Каунта Бэйси (Count Basie, настоящее имя — Уильям Джеймс Бэйси (1904–1984) — американский джазовый пианист, органист, знаменитый руководитель биг-бэнда. — *Науч. ред.*). Помня о том, что это основополагающее предсказание придавало достоверность голосам, я искал возможности проверить это предположение. По ходу работы я делал мимолетные замечания, например: «Он [Синатра]

сильно прибавил в весе за последние годы». «Он действительно выглядел бледным, когда я в последний раз видел его по телевизору». Когда в ходе психотерапии пациент вспомнил, что он тоже был свидетелем этого упадка, молодой человек задумался: «Может быть, я уже подозревал, что он скоро умрет, прежде чем голоса сказали мне об этом». Идея Фрэнка Синатры была стержнем в его доказательной цепочке. Когда этот стержень ослаб, психоз начал терять контроль над его разумом.

Пациент может указать на последовательное накопление идей соотнесения, которое приводит к бредовому заключению. Фактически пациент может сказать: «Если это произошло один или два раза, это могло быть совпадением, но это происходило снова и снова, значит, в этом что-то есть». Во многих случаях совпадение двух событий, имеющих общий атрибут, дает то, что пациент считает доказательством кажущейся значимой связи, которая поддерживает бредовую идею. Как отмечалось в главе 4, Ариети (Arieti 1974, с. 237) описывает действие «логики предикатов» при психозе: если два субъекта в предложении имеют один и тот же описательный предикат, они считаются идентичными. Человек с психозом может принять наличие одной или нескольких из таких предикатных связей как свидетельство в поддержку заблуждения. Например, пациент, который считал себя Львом Иуды, находил подтверждение своей бредовой идентичности каждый раз, когда проходил мимо каменного льва на парапете здания, что довольно часто встречается на Манхэттене. Он думал, что присутствие декоративных львов или появление слова «лев» в журнале или газете было отсылкой к нему и подтверждением его личности.

Большинство людей время от времени переживали моменты удивительных совпадений (синхроничности), которые кажутся очень значимыми. Такие моменты — дальние родственники идей соотнесения. Например, однажды я подумал о друге из колледжа, которого не видел много лет, каково же было мое удивление, когда я получил от него письмо на следующей неделе. Какое замечательное совпадение! Мужчины и женщины-ученые, которые обычно не верят в сверхъестественное или парапсихологическое, могут на короткое время обнаружить, что их логическая точка зрения поколеблена, когда они переживают подобный момент поразительного совпадения. Они могут подумать: «Может быть, за кулисами все же есть некий экстрасенсорный канал, своего

рода судьба в космическом эфире, которая соединяет людей, психический коридор, еще неизвестный западной науке?» В такие моменты предшествующее мировоззрение может быть ненадолго подорвано чувством откровения, которое сопровождает момент замечательного совпадения. Сразу под поверхностью лежит пропасть идей соотнесения. Скептики, приверженные науке, отвергают сверхъестественное и отступают к безопасности своего прежнего мировоззрения. Преходящая рябь в мировоззрении исчезает, и все остается как прежде. Но при психозах все иначе. Кажущиеся значимыми связи между событиями уводят в бездну людей, находящихся в шаге от психоза. Каждый день приносит новые моменты замечательных совпадений, которые указывают на влияние скрытых сил, действующих за кулисами мироздания. Понятия совпадения и случайности, шанса и удачи теряют значение. Чтобы еще больше усложнить доказательную цепочку, пациент может действовать таким образом, дабы создать социальную реальность, подтверждающую бредовую предпосылку, — развитие событий, которое было названо циклом «Опыт — Убеждение — Действие — Подтверждение» (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood & Kinderman, 2001), или, говоря более обычным языком, «самоисполняющееся пророчество». Например, если человек считает, что его соседи враждебно к нему настроены, он может напугать их или бросить им вызов, провоцируя настоящую враждебность по отношению к себе в своем районе, которую он затем может верно воспринимать как то, что другие люди его избегают.

Столкнувшись с систематизированным бредом, подкрепленным цепочкой доказательств, которую пациент считает убедительной, психотерапевт может испытать реакцию контрпереноса, которая нередко отмечается при работе со страдающими психозом. Некоторые психотерапевты могут начать падать духом в отношении своего предприятия, столкнувшись с запутанной глубиной психоза. Они могут сказать себе, сохраняя при этом внешне позитивный облик: «Проблемы этого пациента уходят глубже, чем я думал. Это, вероятно, безнадежный случай». И все же психотерапевт должен напрямую встретиться с тем, что нужно изменить, и принять это, если он действительно намеревается оказать пациенту помощь. Осознание того, что должно уступить место, чтобы психоз рассеялся, позволяет создать план лечения, следуя по которому можно оценить прогресс.

Поощрение сомнения в бредовых идеях

Когда пациенты кажутся убежденными, что их центральная бредовая идея истинна, они могут сомневаться или быть сбитыми с толку каким-либо второстепенным аспектом своей ситуации. Под центральной бредовой идеей я подразумеваю ложное убеждение, которое снова и снова появляется в мышлении пациента и которое он предлагает в качестве основного объяснения своих жизненных обстоятельств. Важно вызвать такие периферийные сомнения, поскольку они могут обеспечить основу для разжигания сомнений в отношении центральных бредовых идей (Garcia-Sosa & Garrett, 2010). Например, человек, который был убежден, что он ангел «второго порядка» в иерархии Бога, рассказал о переживании, которое случилось на пути в больницу и которому он не мог найти никакого объяснения. Машина скорой проехала мимо школьного двора, в котором играли дети. Он видел «хорошую ауру» вокруг голов одних детей и «плохую ауру» вокруг других. Он знал, что с его восприятием должно быть что-то не так, потому что он считал, что все дети невинны. Подобно небольшой трещине в фундаменте бредовой идеи, существовавшие ранее сомнения могут служить хорошей базой для умножения неуверенности в бредовых идеях. К примеру, психотерапевт может предложить порассуждать о сомнениях в таких выражениях: «Если вы ошиблись в одном убеждении/восприятии, возможно ли, что вы ошиблись и в других?» Психотерапевт должен быть осторожен, чтобы не разыграть карту сомнения слишком рано или слишком настойчиво, прежде чем пациент будет твердо вовлечен во взаимное исследование.

Например, признавшись жене в измене, мужчина без психиатрического анамнеза пришел к выводу, что человек, которого он видел прогуливающимся взад и вперед по улице напротив его многоквартирного дома, был тем же человеком, который нанес ему ножевые ранения 10 лет назад в пьяной драке в баре. Он считал, что соседи были в союзе с этим человеком, следя за каждым его шагом в этом районе. Когда он стал более тревожным и замкнутым, его маленький сын начал отдаляться от него, что стало для пациента душераздирающей потерей. В отношении слезки ему пришла в голову мысль: «Наверное, так чувствуют себя знаменитости, когда все смотрят

на тебя. Но я не знаменит. Здесь происходит что-то странное!» Хотя он и ощущал, что это реально происходит, для него не было смысла в том, что телеведущие передавали ему сообщения. Эти сомнения дали психотерапевту возможность сказать: «По мере того как мы пытаемся понять, что с вами произошло, держитесь за свои сомнения. Ваши сомнения укажут путь назад к вашему сыну».

Психотерапевт может углубить взаимопонимание, сопереживая опыту, чувствам и убеждениям человека с точки зрения пациента. Большинство психотерапевтов, будь то сторонники когнитивно-поведенческой терапии или психодинамического подхода, рассматривают эмпатию как важный элемент психотерапии, в то время как селф-психология (self-psychology) отводит эмпатии еще более существенное место (Kohut, 1977). Я считаю сочувствие краеугольным камнем всех методов психотерапии. Сочувствуя точке зрения пациента, терапевт может сказать: «Услышав, через что вы прошли, я могу понять, почему вы пришли к таким выводам. Когда вы впервые заметили в своем районе незнакомцев, которые, казалось, смотрели на вас особым образом, вы пришли к выводу, что за вами наблюдают. Я понимаю, что в тот момент это имело для вас смысл». Психотерапевт может спросить, что думают другие люди об убеждениях пациента. Что говорят родственники пациента? Один пациент однажды сказал мне, что сначала он считал свои голоса реальными, но его мать сказала, что это не так, и, поскольку он доверял своей матери больше, чем себе, он знал, что голоса не настоящие, хотя они и казались реальными.

Можно спросить, разделяет ли кто-нибудь точку зрения пациента. Как правило, ответ — нет. Если члены семьи не воспринимаются как преследователи, психотерапевт может предложить такую точку зрения: «Должно быть, вы чувствуете себя одиноко из-за этого, ведь никто в вашей семье не видит вещей так же, как вы. Если в вашей жизни когда-либо было такое время, когда вы больше всего нуждались в поддержке, это время сейчас». Folie à deux — один психоз на двоих (ситуация, в которой два человека разделяют одну и ту же бредовую идею) встречается редко, но в таких ситуациях изменить ложные убеждения будет экспоненциально сложнее, если психотерапевт не поймет, что другой человек в жизни пациента верит в то же, что и пациент. Например, дочь, разделяющая квартиру со своей матерью, с которой

она редко разлучалась, согласилась с матерью, что царапины вокруг замка на двери их квартиры указывают на то, что третьи лица входили в квартиру, когда их не было дома. Вероятнее всего, окажется невозможным проводить индивидуальную психотерапию с пациентом, который является членом сплетенной пары, объединенной страхом перед общим врагом. В тех случаях, когда члены семьи имеют разные взгляды на причину состояния пациента, последний, скорее всего, будет идентифицировать себя с членом семьи, чьи убеждения наиболее созвучны его убеждениям, и будет относиться к этому человеку как к подтверждающему свидетелю в доказательной цепочке. Например, старший брат поддержал утверждение младшего брата о том, что «кто-то что-то подлил в его напиток». Старший брат не хотел считать состояние младшего психическим заболеванием. Он боялся, что его постигнет та же судьба, если «шизофрения» окажется наследственным заболеванием в их семье. Пациенты, которые ведут блог в Интернете, могут найти верных сторонников своих бредовых идей. Чаще может быть легче бросить вызов интернет-поддержке заблуждения, чем кому-то близкому с пациентом, потому что интернет-ресурсы, как правило, более надежны, чем личные источники.

Выявление основной причины беспокойства пациента

Поскольку лечением в большей степени движет стремление уменьшить страдания, психотерапевт должен определить, что беспокоит пациента больше всего в текущей ситуации. В то время как клиницист, сосредоточенный на симптомах согласно диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам (DSM), будет стремиться устранить голоса, пациент может изначально не беспокоиться о голосах или даже ценить их, но может сильно расстраиваться, когда другие считают голоса воображаемыми. В этом случае проблемой для пациента является недоверие членов семьи, а не наличие голоса. Лечение должно быть радикально пациенториентированным. В когнитивной последовательности «А–В–С», представленной в главе 5 и подробно описанной в следующей главе («А» — активирующее событие, «В» — убеждение в значении события для

человека, а «С» — эмоциональное или поведенческое последствие этого убеждения), лечение основано на «С». Нет никакого беспокоящего «С» — нет никакого лечения. Пациенты, которые страдают, могут быть вовлечены в терапию, тогда как пациентов, которые утверждают, что не испытывают страданий, лечить трудно. Однажды у меня была пациентка, которая мало беспокоилась о практических потребностях своей жизни, таких как возобновление статуса инвалидности, потому что она считала себя посланницей Бога с важным сообщением, которое нужно передать президенту. «Я полагаю, — сказал я ей, — что Бог, должно быть, по какой-то причине поместил меня в вашу жизнь». Это наблюдение позволило мне удержать ее внимание достаточно долго, чтобы дать безотлагательный практический совет, который она могла бы принять, не оспаривая свою бредовую идею религиозного содержания.

При работе с пациентами важно спрашивать об их истории физического или сексуального насилия, эмоционального пренебрежения, издевательств или наличии других неблагоприятных детских переживаний (Longden & Read, 2016). Однако, прежде чем начать исследовать эту территорию, будет разумно установить с пациентом некоторое первоначальное взаимопонимание. На такой вопрос большинство пациентов ответят правдиво, часто без конкретики, но некоторые люди могут не раскрывать историю жестокого обращения в течение многих месяцев. Даже после признания факта физического или эмоционального насилия иногда могут пройти годы, прежде чем пациент будет готов подробно рассказать о пережитых ужасах, и тогда боль, горе и ярость хлынут потоком. По моему опыту, пациенты, подвергшиеся насилию, могут получить значительную пользу от когнитивно-поведенческой терапии психоза, которая бросает вызов бредовым идеям, но более глубоких изменений не произойдет, пока эмоциональные последствия ужасных детских переживаний не будут преодолены при поддерживающем присутствии другого человека. Злоупотребление психоактивными веществами обычно признают легче, чем физическое или сексуальное насилие, но его также могут легко отрицать. Терапевт, конечно, должен просмотреть любую справочную информацию и любые ранее существовавшие карты и истории болезни, относящиеся к пациенту. Переводные эпикризы часто пишутся с использованием профессиональных клише и лишены какого-либо

значимого психологического содержания, например: «Это третья госпитализация 25-летнего хронического шизофреника» и т. д. Напротив, в некоторых случаях карта пациента может быть настолько объемной, что станет препятствовать вдумчивому чтению. Однажды интерн, которому я посоветовал прочитать старую карту его пациента, устыдился, когда обнаружил, что недостаточно внимательно прочитал историю, чтобы заметить важную информацию: пациент подвергся изнасилованию в армии. Эта информация, которая была скрыта в карте, явно имела непосредственное отношение к бредовой убежденности пациента в том, что он находится в постоянной опасности подвергнуться сексуальному насилию, но она была скрыта за горами типовых документов.

Повседневная жизнь и определение обыденных деталей

Психотерапевт захочет узнать, какова повседневная жизнь пациента. Каков режим дня, ритмы недели и месяца пациента. Психологически измученные люди могут стараться спать как можно дольше, стремясь стать ночными существами, которые бодрствуют всего несколько часов в день, разделенными эпизодами дневного сна. Мероприятия, требующие денег, могут быть приурочены ко времени получения пособий по инвалидности, выплачиваемых раз в две недели или ежемесячно. Понимание того, на что пациенты тратят свои деньги, дает представление об их приоритетах и предоставляет возможность для укрепления отношений между пациентом и психотерапевтом. Один мужчина рассказал своему психотерапевту-стажеру, что услышал голос, инструктирующий его «жарить курицу», что он без промедления и сделал в начале месяца, когда у него в кошельке были деньги. Он наполнил свой холодильник куриными крылышками и ножками, только чтобы к концу месяца обнаружить, что в доме почти закончилась какая-либо еда. Его страсть к птице наполняла его день. Психотерапевт может сказать: «О, так вы готовите! Какой рецепт вы используете? Я не часто готовлю жареную курицу, потому что у меня она никогда не получается достаточно хрустящей. Но похоже, что иногда вы можете переусердствовать, и это становится проблемой в конце месяца?» Беседа о жареной курице может укрепить альянс психотерапевта

и пациента и позволить врачу более эффективно помочь пациенту распоряжаться бюджетом.

Другой пациент, который был противником призыва во время войны во Вьетнаме, продолжал свой крестовый поход за мир раз в месяц, когда его сестра давала ему деньги на карманные расходы, которые он часто использовал для своей миротворческой миссии, а не для покупки предметов первой необходимости. Например, однажды он купил художественные материалы, из которых построил коллаж из палестинского и израильского флагов. Он вложил коллаж в конверт, адресованный «Еврейскому университету в Иерусалиме», и отправил его по почте, надеясь, что такое непосредственное слияние двух национальных символов будет способствовать миру. Его сестра, которая была разочарована тем, как он распоряжался деньгами, не сразу поняла моральную необходимость его действий, но я смог определить существенный аспект его характера, заметив: «Я вижу, вы пытаетесь помочь установить мир на Ближнем Востоке, как и в молодости, когда вы выступали против войны во Вьетнаме». Другой человек, который слышал голос известной женщины, отправился на свидание с ней в своих мыслях. Когда они вместе ехали в автобусе, он старался сохранить ее конфиденциальность, не привлекая внимания к ее присутствию. Более того, считая, что мужчине полагается оплачивать счет на свидании, он на свои скудные средства купил недорогую бутылку вина — на всякий случай. Будучи уверенным, что подтверждаю настоящий элемент его личности, а не поощряю бредовую идею, я заметил: «Я вижу, что вы джентльмен. В вас есть доброта. Вы беспокоитесь о благополучии других». Понимание повседневных забот пациентов и подтверждение их простой человечности помогает построить союз, который будет необходим для того, чтобы справиться с психозом в дальнейшем процессе лечения.

Определение проблем и постановка целей

После того как психотерапевт построил исчерпывающую временную шкалу и выявил основные источники страдания пациента, пациент и психотерапевт могут начать определение проблем и разработку целей в работе с этими проблемами. Цель КПТп не устранение психотических симптомов как таковых, хотя

симптомы часто связаны со страданием. Скорее, цель КПТп — *снизить стресс, связанный с проблемами, которые определяет пациент*. Психотерапевт должен согласовывать лечение с идеей уменьшения страданий, связанных с выявленными проблемами, а не с очисткой «регистра» симптомов. Цели могут включать более глубокое понимание того, что вызывает психотические симптомы; улучшение навыков преодоления остаточных симптомов; снижение стресса, связанного с бредом и галлюцинациями; поддержание достигнутого состояния и предотвращение рецидивов. Ортодоксальная методика КПТп требует от психотерапевта определения конкретных, измеримых, достижимых, реалистичных и ограниченных по времени целей — SMART (Specific — «конкретный», Measurable — «измеримый», Attainable — «достижимый», Realistic — «реалистичный», Time-limited — «ограниченный во времени») (Morrison, 2013). Также требуется соблюдение определенной структуры на каждом сеансе, начиная с обзора предыдущего сеанса и домашнего задания, затем следует выяснение у пациента, над чем он хочет «работать» на текущем сеансе, последующее описание в общих чертах работы КПТп по согласованной проблеме, а в завершение подведение итогов сеанса и назначение домашнего задания на следующий раз. Супервизоры КПТп рассматривают соблюдение структурированной последовательности лечения как важный критерий компетентности терапевта.

Мой собственный метод работы менее программный, и некоторые представители гильдии КПТп могут не считать этот метод оптимальным. С одной стороны, отдавая дань структуре, в психотерапии ничего не достигается посредством бесцельного блуждания. С другой стороны, жизненно важные аспекты будут потеряны, если на сеансах не останется места для неожиданностей. Как и все психодинамические терапевты, я приветствую непредвиденные моменты, которые служат творческим выражением подлинного «Я» пациента. Если кто-то считает, как и я, что навязывание целей и видения попечителя развивающемуся ребенку способно подавить проявление подлинной идентичности человека (что может предрасполагать к психозу), тогда психотерапевт должен стремиться найти баланс между структурированными, согласованными планами лечения и случайно обнаруженными откровениями. Меня устраивает ощущение дорожного путешествия: в такой поездке пациент

и психотерапевт согласовывают общую карту пути, но и оставляют достаточно времени, чтобы остановиться по дороге и исследовать непредвиденное. Слишком сильное преобладание структуры над спонтанностью может способствовать развитию реактивного «Я», которое на поверхности, скорее, выполняет элементы лечения, нежели вовлекается в реальные изменения (Winnicott, 1960).

Развивая идею о том, что жесткое соблюдение протоколов необязательно равносильно оптимальному лечению, Кастонгуэй и коллеги обнаружили, что строгое соблюдение инструкций по КПТ при депрессии коррелирует с менее эффективными результатами (Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue & Hayes, 1996). Они пришли к выводу, что, когда некоторые психотерапевты сталкиваются с сопротивлением, которое лучше всего рассматривать как неизученный аспект терапевтического альянса (то есть перенос), они прикладывают удвоенные усилия к соблюдению протокола, вместо того чтобы размышлять более широко о причинах, по которым процесс лечения остановился на месте. Некоторым пациентам трудно участвовать в работе по упорядоченному плану. Их нежелание действовать упорядоченно может быть важным ключом к значимым скрытым сопротивлениям, выявление и работа с которыми облегчает процесс лечения.

Рассмотрим следующий пример развития событий, возможный, если оставлять место для неожиданностей. Пациентка внезапно по своей инициативе заметила растение в моем кабинете — комментарий, который нельзя было ожидать при слишком структурированном подходе. Пациентка продолжила рассказ о том, как ухаживала за маленьким «садом» на окне в своей квартире. Создалось впечатление, что она очень гордилась своим садом и авторитетно говорила об уходе за ним. Мы обсудили, как некоторым растениям нужно больше света, а другим — больше воды и что определяет, какие растения будут хорошо себя чувствовать на подоконнике. Я предположил, как и любой психодинамический терапевт, что ее упоминание о саде именно в тот момент сеанса было спровоцировано бессознательной ассоциацией. Мы разговаривали о растениях, но на самом деле мы говорили о способности людей заботиться о других живых существах. Видя, что я ухаживаю за растениями в своем кабинете, она могла легче представить, что я позабочусь

о ней. Она также показывала мне часть себя, которая не была легко выражена в ее разоренной психозом жизни, — ее способность любить. Наша способность любить — важная часть нашей самооценки. Я хотел поддержать эту ее сторону, сказав: «Я вижу, как хорошо вы заботитесь о своих растениях. Им повезло, что вы их садовник. Вы стараетесь предоставить им то, что им нужно».

Другая пациентка пристально посмотрела на меня во время нашей второй встречи и извинилась за то, что поцарапала мне лицо на предыдущем сеансе — ложное воспоминание о событии, которого в действительности никогда не было. В этом бредовом воспоминании-переносе всплыла озабоченность пациентки мужчинами и ее страх перед ними. Далее она сообщила, что ее отец умер в молодом возрасте от инсульта («травмы головы»). Затем она рассказала, как увидела своего парня, сидящего в машине, и как она «подняла руку, как пистолет, для выстрела в голову... нет, не выстрела в голову... ну да, как для выстрела в голову». В этом эпизоде она изо всех сил пыталась подавить убийственные чувства, направленные на мужские фигуры в ее жизни и (через посредничество реакции переноса) на психотерапевта. Ее ложное воспоминание о том, как она царапала мое лицо, было своего рода «выстрелом в голову». Психодинамические психотерапевты уделяют пристальное внимание спонтанным ассоциациям своих пациентов и переносу, чтобы получить ценные подсказки в клинической работе. Прежде чем приступить к более структурированной работе, этой пациентке и психотерапевту нужно было развеять страх того, что эмоциональное взаимодействие с мужской фигурой может быть опасным. Учитывая ее упоминание о смерти отца от «травмы головы», я задался вопросом, присутствовала ли у пациентки примитивная бессознательная объектная фантазия о том, что она была чем-то вроде паука черной вдовы, которая становилась причиной смерти людей, к которым она привязалась. Основываясь на моем понимании переноса, я сказал ей: «Я в порядке. Вы не причинили мне вреда. Для вас безопасно говорить со мной, не опасаясь, что вы причините мне боль. Я предполагаю, что вы после потери отца можете особенно беспокоиться о здоровье людей в вашей жизни, в том числе и новых людей, таких как я».

После вовлечения пациента, построив временную шкалу, уделив внимание цепочке доказательств и определив проблемы

и цели, направленные на снижение стресса, связанного с бредом и галлюцинациями, а также отметив сопротивление терапевтическому взаимодействию, психотерапевт может подойти к обсуждению «реальности» с человеком, страдающим психозом. Это я рассматриваю в следующей главе.

Глава 8

ОБСУЖДЕНИЕ РЕАЛЬНОСТИ С ЧЕЛОВЕКОМ, СТРАДАЮЩИМ ПСИХОЗОМ

Если это соответствует темпераменту психотерапевта, может быть полезно использовать манеру разговора в стиле Коломбо при обсуждении вопросов реальности и других различий во мнениях с человеком, страдающим психозом. Как помнят некоторые мои читатели, Коломбо — телевизионный детектив, которого сыграл Питер Фальк и который разговаривал в свободной непринужденной манере, что в некотором роде противоречило тому, что он знал. Вместо того чтобы преждевременно оспаривать утверждения свидетелей и виновных, как мог бы властный авторитарный человек, он оставлял вопросы открытыми и позволял фактам медленно накапливаться, пока они не начинали говорить сами за себя. Психотерапевт должен стремиться к такому же подходу. Даже если психотерапевт может рассматривать заявление пациента о том, что тот Мессия, или какое-то другое подобное утверждение как бредовую идею, он должен стараться поддерживать открытый разговор, не допуская, чтобы пациент настаивал на преждевременном определении того, является ли что-то реальным. По мере развития психотерапии возникновение вопроса «*Это реально?*» — одна из самых сложных контрольных точек, которую предстоит пройти психотерапевту. Для продолжительного разговора с больным психозом о том, что является реальным, потребуется такт, грамотный выбор времени и иногда доля юмора.

Почему пациенты, страдающие психозом, считают свои заблуждения реальными? Как обсуждалось в главе 3, измененный опыт

пациентов смешивает их мысли, чувства, воспоминания и восприятия и кажется реальным по нескольким причинам. Во-первых, поскольку мы склонны отождествлять реальность с восприятием («Я видел это своими собственными глазами, я слышал это своими собственными ушами»), слияние мысли и аффекта с восприятием дает мысли и аффекту образ реальности. При психозе ментальное содержание тянется по направлению к внешнему миру благодаря биологически индуцированной гипернасыщенности, которая пронизывает окружающую среду, в то время как психологические силы расщепления и проекции выталкивают отрицаемое ментальное содержание через границы «Я» в гипернасыщенные объекты, готовые вместить его. Комбинация этих двух механизмов придает психотическому симптому свойство *grima facie* (на первый взгляд «не Я»), которое выводит его за пределы «Я» в реальный мир.

Во-вторых, мощные аффекты, которые сливаются с мыслями и восприятием в психотических симптомах, придают измененным состояниям непреодолимую устойчивость ощущения «здесь и сейчас», которая всегда сопровождает сильные эмоции. Это происходит, например, когда мы чрезмерно остро реагируем на событие и не можем избавиться от ощущения, будто что-то ужасное действительно произошло или вот-вот произойдет, даже если логика подсказывает нам обратное (это обсуждается в главе 3). Утверждение, что бредовая идея «реальна», столь же устойчиво, как и сильный аффект, лежащий в его основе. Человек, который напуган тем, что голоса убьют его, считает, что он в опасности, потому что чувствует свою опасность ощутимо реальной. Он действительно напуган и не может отступить от своего ужаса. Психотические симптомы часто проявляются в яркой аффективной форме прозрения или откровения, которое, кажется, указывает на подлежащую истину, что еще более ярко подчеркивает их кажущуюся реальность.

Наконец, в-третьих, страдающие психозом люди часто используют логику и рассуждения о вторичных процессах, чтобы построить *доказательную цепочку*, которая обосновывает кажущуюся реальность их психотических переживаний. Например, Ариэль, чья история болезни и психотерапия описаны в главе 14, на протяжении нескольких недель замечала, что люди странно смотрят на нее. Затем она услышала, как незнакомец на улице сказал: «Эта женщина дурно пахнет!» Она соединила странные взгляды

и голос вместе и пришла к выводу, что люди, должно быть, смотрят на нее с неодобрением, потому что от нее плохо пахнет. Поскольку психотические гибридные состояния сознания базируются на этих трех точках опоры (восприятие, аффект и сознание), психотерапевту важно искать возможности ослабить хватку психоза со всех трех сторон. Методы КПТп дают психотерапевту возможность воздействовать на когнитивные аспекты симптома, а психодинамические методы обеспечивают доступ к лежащим в их основе аффектам. При совместном применении эти два метода можно использовать для деконструкции воспринимаемой реальности симптома.

Особое изящество вопроса о реальности

Люди с психозом привыкли слышать мнение о том, что они воображают разные вещи. Когда психотерапевт говорит только: «Я знаю, что для вас это очень реально», пациенты знают, чем, вероятно, заканчивается предложение: «Да, реально для вас, потому что вы психически больны, но не реально для меня или кого-либо еще». Терапевту необходимо приложить особое мастерство к формулировке вопроса («Это реально или вымышлено?»), чтобы не попасть в тупиковую ситуацию. Если пациент требует, чтобы психотерапевт немедленно дал заключение, подтверждающее бредовую идею, прогноз может быть более сдержанным в соответствии с ситуацией. У меня был опыт единственной консультации с врачом, страдавшим психозом, который был убежден, что программа «Медикэйд» (Medicaid), где он работал, являлась на деле правительственной организацией, призванной держать его под наблюдением. Через десять минут разговора он прямо спросил меня: «Вы верите в то, что я говорю, или нет?» Когда я начал пространные рассуждения в своем ответе, он воскликнул: «Я знал, что вы мне не верите!», после чего он встал и стремительно вылетел из кабинета. Несколько месяцев спустя он был госпитализирован. Такие пациенты настаивают на том, чтобы психотерапевт согласился с заблуждением, потому что для них единственный способ убедиться, что терапевт не является преследующим объектом, — это заручиться согласием психотерапевта. Но такая настойчивость встречается редко. Большинство пациентов настолько нуждаются в человеческом общении, что не станут тотчас прекращать

отношения с психотерапевтом, если он не готов немедленно поддерживать бредовую идею.

В то время как мы привыкли рассматривать события и явления как реальные или воображаемые, психотерапевт должен стремиться избегать этого бинарного разделения и развивать третью позицию. Пациенты, твердо приверженные своим убеждениям, могут настаивать, словно заезженная пластинка, периодически повторяя одну и ту же фразу: «Но я этого не придумываю. Это реально!» Если мне удастся установить комфортный союз пациента и психотерапевта, я иногда отвечаю на эту настойчивость мягким протестом:

«Похоже, вы хотите, чтобы я занял место на той или на другой стороне в вопросе, реальна ваша ситуация или нет. Но это не моя точка зрения. Я думаю, что было бы немного несправедливо просить меня выбирать между этими двумя идеями, когда в действительности я думаю иначе. Я считаю, что есть и третья возможность, кроме вопроса, это реально или мнимо. Это не так легко объяснить, но я надеюсь, что вы дадите мне возможность поделиться с вами моими идеями. Вам интересно, что я думаю на самом деле?»

Большинству пациентов интересно.

Психотические симптомы как третичная психическая реальность

Больные психозом, обладающие некоторой степенью сохраненных метакогнитивных способностей, могут различать разные типы психических событий (Lysaker et al., 2011). Пациенты, которые слышат голоса, могут различать свои голоса, поток своего сознания и звук разговора реального человека (Garrett & Silva, 2003). Хотя граница между фантазиями, реальными событиями и истинными воспоминаниями может быть тонкой, большинство людей с психозом находятся в достаточном контакте с реальностью, чтобы вести повседневную жизнь без грубых ошибок, таких как попытки пройти сквозь стену. Страдающие психозом пациенты обычно знают, когда они воображают что-то, например полет на Луну. Их переживание психотических симптомов совершенно

не похоже на переживание их воображения. Любой намек психотерапевта на то, что они *воображают* вещи, каким бы тонким он ни был, упускает из виду самое главное и обычно убеждает пациента в том, что терапевт плохо информирован. Размышления о снах — это один из способов познакомить пациента с идеей третьей психической реальности. Психоз — это не сон, но он разделяет со снами убедительную субъективную реальность. Все пациенты могут вспомнить процесс сновидения. Мы не говорим: «Я воображал, что вчера ночью мне приснился сон». Мы говорим: «Прошлой ночью мне приснился сон». У снов есть очевидная всем известная психическая реальность. Точно так же люди в психотическом состоянии не говорят: «Я представил себе голос». Они говорят: «Я слышал голос». У голоса есть на первый взгляд субъективная реальность, яркая, как сон. Психотерапевты могут сказать, что они не интерпретируют событие так же, как это делает пациент, или что они действительно разделяют определенные убеждения, но терапевт должен избегать говорить или намекать, что опыт пациента не является «реальным».

Рискуя показаться некоторым читателям соскальзывающим с практического пути техники в философскую пропасть, я предложу психотерапевтам спросить себя, что такое реальность, прежде чем они попытаются на эту тему говорить с человеком, страдающим психозом. Такая саморефлексия может воспитывать терпимость для случая, когда пациенты настаивают на том, что их обстоятельства реальны. Психотерапевты не должны позиционировать себя как самодовольных арбитров реальности. Мы привыкли думать, что существует только одна реальность, хотя принимаем, что разные люди могут воспринимать эту единственную реальность неодинаково. Например, мы предполагаем, что люди, не способные различать цвета, видят ту же реальность, что и люди с полноценным цветовым зрением, но воспринимают эту реальность по-другому. Как отмечалось в главе 1, единственная реальность — это то, что мы подразумеваем под реальным миром, природным миром, частью которого мы все являемся, миром, который существует независимо от способности нашего вида воспринимать его или измерять его свойства с помощью научных инструментов.

Единичность, которой мы ожидаем от реальности, и социальный консенсус, которого мы достигаем относительно того, что реально, — артефакты эволюции, наделившей всех людей

схожей нервной системой. Мы воспринимаем только то, для регистрации чего развиты наши чувства и головной мозг, только то, что наш разум может концептуализировать: одну реальность среди множества возможных версий реального мира, в который мы погружены. Это приводит к общественному консенсусу относительно того, что «реально». Реальность, которую мы воспринимаем, необязательно должна отражать все измерения настоящего мира. Она должна быть только лишь достаточно подробной, чтобы обеспечить наше выживание. В отличие от собак, которые «видят» своими носами, мы воспринимаем мир глазами и ушами. Наше визуальное представление мира ограничено узкой полосой спектра света. То же самое и со звуком. Что-то действительно существует, но мы переживаем только версию того, что есть, а не полную картину. Например, наш опыт «реальности» во время прогулки по ночному саду при свете звезд сильно отличается от трехмерной звуковой реальности, которую летучие мыши, проносящиеся через яблони, «слышат» с помощью своего эхолокатора. Нам стоит предполагать, что есть аспекты существования, которые не могут быть восприняты нервной системой человека. Как заметил один из первых генетиков Дж.Б.С. Холдейн: «Я подозреваю, что Вселенная не только страннее, чем мы себе представляем, но и страннее, чем мы можем представить» (2010, с. 286). Как бы то ни было, через некое сочетание психологических механизмов и нарушений нейронных связей разум и мозг страдающих психозом людей приводят их к переживанию «реальности», которая стоит отдельно от реальности нашего социального консенсуса.

Понимание чувства реальности пациентов с психозом

Вернемся в кабинет врача. Если клиницисты не осознают, что их образ реальности является случайностью, а не абсолют, может возникнуть тонкий контрперенос, который ограничивает то, насколько серьезно врач способен воспринимать измененное субъективное состояние пациента. Психотерапевт может уважать субъективную реальность пациента, не подтверждая буквальную реальность его заблуждения. Психотерапевт не должен принимать поверхностный эгалитарный фасад,

придающий равный вес всем убеждениям, или делать вид, будто вопрос о том, внедрили ли инопланетяне компьютерный чип в мозг пациента, открыт для обсуждения. Пациенты увидят эту уловку. Если клиницисты знают, что то, что они принимают за реальность, является только одной версией этого мира, они могут более естественно представить себе то влияние, которое версия реальности человека с психозом оказывает на пациента. Нервная система пациента с ее связями и синаптической структурой, измененной генетикой и неблагоприятным жизненным опытом и психология пациента с ее пантеоном пугающих внутренних объектов создают версию реальности, которая столь же привлекательна для пациента, как и версия реальности психотерапевта убедительна для него самого. Психоз — это в равной степени и измененная реальность, которая порождает верные для себя утверждения, и набор ложных убеждений об общей согласованной реальности. Опыт пациентов *ощущается* ими как реальный. Это ощущение реальности в той или иной степени обосновывается цепочкой доказательств, подтверждающей их кажущуюся реальность.

Вспомните наше обсуждение чрезмерных реакций в главе 3. Когда мы слишком остро реагируем на событие, воображаем, что нечто, чего мы неосознанно боимся, уже произошло или вот-вот произойдет. Тревога, которую мы испытываем, когда чрезмерно остро реагируем, соизмерима с катастрофой, которую мы бессознательно воображаем. Интуитивное чувство того, что мы реагируем слишком остро, позволяет нам использовать логику для устранения беспокойства. Мы постепенно отходим от эмоциональной реакции. Люди, находящиеся в состоянии психоза, не получают такого интуитивного сигнала, говорящего, что они реагируют слишком остро. Никакой сигнал не дает им паузы для размышлений. Они верят, что бессознательная фантазия, захватившая их опыт реальности, действительно происходит.

Если рассуждать смело на эту тему, можно сказать, что идея отношения, в которой человек интерпретирует взгляд незнакомца как признак наблюдения, представляет собой особый вид чрезмерной реакции на взгляд незнакомца, в которой субъективная реальность человека с психозом доминирует над объективным восприятием незнакомца. Когда мы слишком остро реагируем, мы работаем над тем, чтобы страх был ограничен и краток. При психозе чрезмерная реакция носит глобальный и длительный

характер. В обоих случаях угроза кажется реальной, но люди, страдающие психозом, слишком погружены в мощные аффекты, чтобы ослабить свою реакцию. Наступает ощущение непреодолимой реальности воображаемой опасности. При психозе пережитая реальность чрезмерной реакции никогда не проходит. В этом смысле пациент прав, когда он отстаивает реальность (субъективную реальность) бредовой идеи. Модель «А-В-С» и богатый набор техник КПТп могут усилить наблюдающее эго пациента, что помогает пациенту противостоять вторжению субъективной реальности, которая доминирует в его реальном опыте.

Психотерапевтам необходимо найти способы избежать противостояния, которое часто следует за бинарным разделением опыта на реальное и воображаемое. Если психотерапевты могут выступать с позиции, в которой пациенты не чувствуют покровительства по поводу своего реального опыта, у них появляется больше возможностей избежать бесплодных споров о том, что реально. Для врача может быть сложным утвердиться в третьем чувстве реальности. Так было и со мной, особенно когда я сталкивался со свидетельствами слышащих голоса людей, многие из которых считали свои голоса не «слуховыми галлюцинациями», а парапсихологическим феноменом или «личными голосами», которые не следует рассматривать как психопатологию. Как психиатр, я не переставал думать об опыте голосов как о слуховой галлюцинации, но теперь я могу оставить этот конкретный профессиональный язык в стороне, когда говорю с человеком, который слышит голоса. Клиницист может применить следующий подход:

«У меня есть версия реальности, которая достаточно хорошо согласуется с взглядами других, чтобы я мог комфортно работать и общаться с другими людьми. Моя версия реальности подходит мне достаточно хорошо и позволяет делать то, что мне нужно по жизни, но я не утверждаю, что обладаю единственным верным пониманием реальности. У вас есть версия себя и мира, которая во многом совпадает с моей, но есть важные различия, которые приводят вас к конфликту с людьми вокруг, не разделяющими вашу точку зрения. Эта разница во взглядах — источник серьезных страданий для вас. Мне очень интересно, как возникло ваше видение себя и мира. Расскажите подробнее о том, как появилось ваше видение реальности».

Рассмотрим два примера разговора о реальности с больными психозом. Первый текст описывает беседу с Джованой (упомянутой в главах 5 и 6), 42-летней женщиной, которая считала, что ее сосед влюблен в нее. Во втором тексте описан разговор с Мелоди (упомянутой в главе 3), 28-летней женщиной, которая в прошлом слышала голоса, включая Бога, Сатану и оказывавший поддержку голос по имени Минни, а также испытывала зрительные галлюцинации и многочисленные бредовые идеи. Отрывки психотерапевтических сеансов, представленные ниже, — не дословные стенограммы реальных разговоров, а скорее реконструкции, созданные на основе подробных заметок, записанных сразу после каждого сеанса и представленных в форме диалога, чтобы лучше передать суть беседы.

Беседа с Джованой

Джована, итальянская иммигрантка в первом поколении, которая много лет владела вместе с мужем маленькой семейной пиццерией, впервые перенесла психоз, когда ее брак распался. Она пришла к выводу, что священник в ее церкви был влюблен в нее и что Бог, в соответствии с католическим каноном, повелевал ей создать новую семью с этим человеком. В этом бредовом повествовании ее новая семья, которой был гарантирован успех благодаря Божьему благословию, заменит ее земную семью, которая распалась. Эти убеждения привели к тому, что ей поставили диагноз «эротомания» и «шизофрения». Муж Джованы сослался на ее диагноз «шизофрения» как на основание предоставить ему право единоличной опеки над их дочерью. Утрата опеки стала для Джованы жестоким ударом. Во время лечения было несложно вызвать сомнения в намерениях священника. Его неспособность выступить «в романтической манере» придавала, по словам пациентки, «сюрреалистичность» или «нереальность» ее ожиданиям. Хотя она была открыта для рассмотрения альтернативных представлений о священнике, она оставалась непреклонна в том, что не была «шизофреничкой». В следующей клинической беседе она разъясняет причины отказа от ярлыка «шизофрения», а мы пытаемся найти способ обсудить вопрос о том, что реально, а что вымышлено.

На нескольких предыдущих сеансах мы прояснили *цепочку доказательств*, служившую обоснованием того, что священник был влюблен в пациентку. Цепочка эта включала то, что он сослался

на популярную певицу, которая нравилась Джоване, и она посчитала это его способом сообщить ей, что у них с ней много общего. В другой раз он прошел мимо нее по ступеням к церкви, не поздоровавшись, что, по ее мнению, означало, что таким образом он сдержанно и осторожно выражал свой интерес к ней. Наше совместное исследование событий, которые Джована помнила как действительно произошедшие, привело к тому, что пациентка сообщила, что психотерапия рассматривала вопросы, которые ее действительно волновали. Вот запись нашего разговора с моими комментариями.

Джована:

— И во всем том, что мы обсуждали, единственное, что кажется сюрреалистичным... или нереальным... что до сих пор он не подошел, не предпринял никаких романтических жестов по отношению ко мне.

Без какой-либо подсказки с моей стороны Джована сама подумала, что в ситуации со священником есть что-то не совсем «настоящее». Она изо всех сил пытается найти правильное слово, чтобы описать свои чувства. Его бездействие говорит о том, что ее идея может быть ненастоящей, но субъективная реальность бредовой идеи остается твердой. «Сюрреалистичность» — вот то слово, на котором она останавливается. Оно отражает гибридное состояние ее психики, состоящее из бредовых идей, подвергнутых сомнению, но не уничтоженных неповрежденным испытанием реальности. «Сюрреалистичность» описывает ее одновременный опыт убежденности и сомнения.

Психотерапевт:

— В этом есть смысл.

Джована:

— Да. Все переживания, о которых я вам рассказала, были реальными. Я не выдумала ничего из этого. Судя по тому, что я читала о шизофрении, эти люди воображают разные вещи. Я ничего не придумываю. У меня нет шизофрении. Когда врачи озвучивают мне этот диагноз, не позволяя мне ничего сказать о нем, я задаюсь вопросом, кому они ставят такой диагноз.

Пациентка внимательно обдумала свой диагноз. Важно понимать ее доказательную цепочку. Она рассуждала: «Диагноз шизофрении применим к людям, которые воображают разные вещи. Все мои переживания действительно произошли. Он действительно упомянул эту певицу. Он действительно прошел мимо меня, не поздоровавшись. Я не выдумала этого. Следовательно, ярлык шизофрении не может относиться ко мне». Она думает о реальности как о двоичной системе; то есть что-то либо реально, либо мнимо. Она продолжала рассуждать: «Тот факт, что врачи ставят мне диагноз, который явно не подходит, предполагает, что у них должен быть какой-то скрытый мотив. Они издеваются надо мной, вместо того чтобы вступать со мной в контакт. Ставить диагноз “шизофрения” людям, которые не воображают себе вещей, — безумное поведение». Если понять ее точку зрения, в ее мышлении есть некоторая нестандартная логика.

Психотерапевт:

— Мне понятно, что вы чувствовали, что этот диагноз не соответствует вашей ситуации.

Джована:

— Совершенно не соответствует!

Психотерапевт:

— Похоже, он навязан вам врачами, которые не прислушиваются к вашей точке зрения...

Джована:

— Верно.

Психотерапевт:

— Думаю, вы правы, что в обсуждении этого ярлыка «шизофрения» чего-то не хватает.

Джована:

— Верно, верно.

Психотерапевт:

— Иногда ярлыки говорят вам что-то о человеке, но не всегда то, что вам действительно нужно знать. У меня ирландское происхождение. Итак, если я скажу, что я ирландец, это немного говорит обо мне, но на самом деле сообщает не слишком много информации обо мне как о личности.

Здесь я пытаюсь установить некую золотую середину, где я не отклоняю актуальность диагноза «шизофрения», но в то же

время не считаю этот диагноз «последним словом» в обсуждении.

Джована:

— Ага. Не очень много.

Психотерапевт:

— Вы упомянули, что ваш опыт был реальным, а не вымышленным. Давайте поговорим об этом. Если бы вы спросили меня: «Реальны ли сны?» Я бы сказал: «Да, реальны», потому что они действительно существуют. У нас действительно бывают сны.

Джована:

— Да, бывают.

Психотерапевт:

— Это действительно происходит.

Джована:

— Это происходит у большинства людей.

Психотерапевт:

— Сон — это реальный опыт, хотя некоторые вещи, которые происходят во сне, на самом деле не происходят в обыденной жизни. К примеру, иногда мне снятся сны, в которых я летаю.

Здесь я подчеркиваю субъективную реальность сновидения, отмечая при этом, что сны могут не соответствовать объективно согласованной реальности.

Джована:

— Мне тоже иногда снятся подобные сны.

Психотерапевт:

— Итак, у людей есть опыт, который может казаться вполне реальным и ярким, который может соответствовать или не соответствовать тому, как обстоят дела во внешнем мире, но просто сказать кому-то: «Эти идеи, которые у вас есть, нереальны» — как бы заканчивает разговор и все.

Джована:

— Верно. Несомненно! Это делает разговор недолговечным. (Смеется.) Не только это. Но когда вы, как врач, приходите к человеку... и не имеет значения IQ человека, с которым вы имеете дело... когда вы просто приходите к человеку и заявляете что-то в манере... запугивания, доминирующим образом..., возникает вопрос, каков ваш мотив?

Пациентка не ожидает честного и открытого диалога со специалистами в сфере психического здоровья. Скорее, она ожидает, что они будут запугивать ее, отрицая ее субъективную реальность и навязывая чужеродный диагноз. По ее мнению, такое перегибание со стороны врача происходит потому, что врачи управляют пациентами, не уважая их интеллект. Врач исходит из того, что ему нужно только сообщить пациенту о сделанном ранее заключении. Вместо выявления и проработки цепочки доказательств пациента этот властный подход устанавливает враждебные отношения с системой психического здоровья, которые вредят каждому последующему взаимодействию.

Психотерапевт:

— Верно. И я думаю, что это важный момент, еще и потому, что в этом виде терапии есть процесс медленного изучения того, что произошло, и место открытия, постоянное обсуждение, и в конце концов важны именно ваши выводы.

Джована:

— Верно.

Я пытаюсь отойти от ожиданий пациентки, что врач будет диктовать ей свою позицию. Я надеюсь, что она предложит мне изложить мою точку зрения.

Психотерапевт:

— И вы будете взвешивать то, что я говорю. К примеру, что насчет этого. Иногда я задавался вопросом: а что если бы я был единственным человеком в мире, которому снились сны? Как бы я объяснил это другим людям?

Джована:

— Ммм.

Психотерапевт:

— Что если бы я жил в месте, где видел сны только я. Думаю, люди скажут...

Джована:

— На вас бы повесили ярлык!

Пациентка понимает аналогию сновидения, которая выполняет две задачи. Она уравнивает распределение сил в отношениях

с врачом, позволяя пациентке представить себе ситуацию, в которой врач получит диагностический ярлык, а пациентка не будет чувствовать, будто с ней говорят свысока. Это открывает возможность говорить о ее психотических переживаниях не как о сне наяву, не как об опыте, признанном другими в согласованной реальности, а, скорее, как о типе ментального события, обладающего своей собственной субъективной реальностью, точно так же, как сны.

Психотерапевт:

— На меня бы повесили ярлык. Я мог бы получить диагноз психического расстройства.

Джована:

— Да, получили бы! *(Улыбается и смеется.)*

Психотерапевт:

— Это не значит, что все, что мне снилось, было правдой в обычном мире, но я действительно спал и видел сны. Я думаю, что у вас есть опыт, который не соответствует опыту других, это не сновидение, а какой-то другой опыт, который окружающие вас люди не понимают.

Джована:

— Верно. Правильно.

Терапевт:

— Но это реальный опыт.

Джована:

— Это так. Правда.

Терапевт:

— Он заслуживает внимания, и над ним стоит размышлять.

Немного прояснив вопрос о ярлыках, мы смогли продолжить обсуждение того, как священник на самом деле упомянул певицу, которая ей нравилась, что он прошел мимо нее по улице, не поздоровавшись, и как любой из присутствующих в то время мог бы слышать и видеть то же самое, что и она, потому что эти события действительно произошли. Она смогла понять, что события были реальными, но что она интерпретировала их иначе, чем другие люди.

Беседа с Мелоди

Рассмотрим обсуждение реальности со второй пациенткой, Мелоди, единственной дочерью в семье профессиональных дипломатов. У нее было хаотичное детство, вместе с родителями она часто переезжала из одной страны в другую. У нее было немного прочных дружеских отношений, родители часто оставляли ее одну, и она самостоятельно заботилась о себе, пока они были заняты работой в напряженном графике дипломатических мероприятий. Перед первичной госпитализацией она месяцами скиталась по стране в том, что она называла «духовным путешествием», и по пути ее несколько раз госпитализировали. Когда она приехала в Нью-Йорк, устроилась на работу в ресторане, который, по ее мнению, был порталом в альтернативную реальность, где в некоторых комнатах ресторана люди поедали человеческое мясо. Знатоки, которые смогли интуитивно почувствовать присутствие этой альтернативной вселенной, были бы помещены в секцию каннибалов со своими соотечественниками; обычные люди сидели бы в другом месте. Название ресторана было связано в ее сознании с именем женщины, которую она встретила в общественном приюте, что указывало ей на то, что ее знакомят с широко распространенной, но секретной закулисной операцией, известной только лишь немногим избранным.

Мелоди описывала «добровольное» проникновение через портал ресторана в альтернативную реальность, а затем возвращение после того, как она заканчивала работу, в обычный мир, где, как она знала, ее представления о ресторане считались фантастическими. Она привыкла чувствовать, что Бог сопровождал ее в этих вылазках в подземный мир, обеспечивая ее возрождение. Так она входила в психоз и выходила из него. Когда она начала терять уверенность в том, что сможет вернуться назад из портала, она обратилась в больницу, где изначально высказывала жалобы на серьезную «паническую атаку». Позже, после госпитализации, она рассказала о своих психотических симптомах. Какой бы убедительной ни была демоническая «реальность» ресторана в то время, на сеансе пациентка и врач обсуждают, что ее цель — продолжить образование — может быть достигнута только на этой стороне ресторанный портала, в обычной повседневной реальности. В конце сеанса пациентка спрашивает врача, как можно точно определить, какая действительность реальна.

Мелоди:

— Но в конечном итоге вы не можете сказать, что действительно правда и происходит ли что-то странное или нет. Правильно? Даже если вам так кажется. Думаю, это какой-то нелепый вопрос.

Мелоди обладала интроспективным разумом, который позволял ей наблюдать за своим сознанием с выгодной точки, находящейся за пределами психоза. Поначалу она была очень осторожна в разговоре, опасаясь, что психиатр будет относиться свысока к ее «духовным переживаниям», сочтя их психическим заболеванием. К настоящему времени она приобрела достаточную уверенность в том, что этого не произойдет, что позволило ей участвовать в открытом развернутом обсуждении своей душевной жизни. Не каждый больной психозом столь же вдумчив и красноречив, как Мелоди, но вопросы, которые она задает о реальности, актуальны для всех страдающих психозом людей».

Психотерапевт:

— Нет, это хороший вопрос. Реальность чем-то похожа на общественный договор. Если бы я спросил вас: «Я держу карандаш?» (поднимает карандаш), вы бы сказали: «Да». Итак, существует общественное мнение, что карандаш настоящий. Чем больше консенсуса по поводу того, что мы слышим или видим, тем больше мы уверены в том, что мы находимся в той же реальности, что и другие люди, и поэтому мир должен быть таким, каким на самом деле является. Проблема с рестораном в том, что он кажется настоящим эмоционально, но другие люди не видят того же, что и вы. Если бы я пошел в ресторан, я бы не почувствовал демонов так, как чувствуете их вы. Можно сказать, что есть некоторые «реальности», такие как ресторан, которые не являются социально согласованными, потому что их ощущает только один человек. У нас нет четких доказательств того, что кто-либо, кроме вас, может воспринимать ресторан таким образом.

Мелоди:

— Верно.

Вера Мелоди в то, что только определенные люди могут почувствовать демоническое измерение ресторана, — это утверждение, что только люди, обладающие определенной системой

восприятия, могут «регистрировать» то, что там происходит. Религиозные убеждения, находящиеся в конфликте с обществом в целом, могут достичь социального консенсуса среди сотен тысяч верующих. Например, известная религия в Соединенных Штатах утверждает, что сообщество поселенцев покинуло Ближний Восток и направилось в Америку примерно за 2000 лет до отплытия Колумба из Испании. Эта версия первопоселенцев значительно отличается от описания, которое излагается в большинстве учебников истории. Скрытые убеждения, которые не приводят к конфликту человека с обществом в целом, не будут считаться бредом. Реальность, о которой мы говорим в медицинской практике, основана на общественном консенсусе.

Психотерапевт:

— Когда вы отходите от общественного консенсуса по поводу реальности, вы встретите меньше согласия о том, как обстоят дела. В конечном итоге это становится вопросом личной веры, а не реальностью, которую все разделяют.

Мелоди:

— Верно. Как если бы я сейчас слышала голос, а вы его не слышите. На самом деле я сейчас не слышу голоса, но это был бы самый простой пример того, что вы говорите. Знаете... это довольно очевидно, если подумать.

Психотерапевт:

— Да. Голос вполне реален, как и ваш личный опыт, но он не будет частью нашей общей реальности.

Мелоди:

— Верно. Но с точки зрения общественного восприятия это двое против одного. Итак, вы выиграли! (Врач-ординатор присутствовал на сеансе в учебных целях. Замечание пациентки о том, что наша реальность перевешивает, было сказано в шутку, но при этом она хотела выразить серьезную мысль о соотношении сил в отношениях и о социальном положении.) Социальный стандарт... так оно и есть. Если бы мы жили в другом времени и в другом месте, мое состояние могло бы рассматриваться как дар, а сейчас это воспринимается как болезнь.

Психотерапевт:

— В некоторых культурах людей, слышащих голоса, считают оракулами, имеющими особую связь с богами. Вы можете представить себе социальную среду, в которой это так работает.

Но общепринятая социальная реальность здесь, в Бруклине в 2016 году, также вполне настоящая. Вы живете в Нью-Йорке, а не в Древней Греции. Если бы вы объявили, что вы жрица...

Мелоди (шутливо):

— Или, может быть, оракул...

Психотерапевт:

— Если бы вы утверждали, что предсказываете будущее, вероятно, вы бы насчитали не слишком много последователей. Я думаю, у вас были бы проблемы с заработком и поиском жилья.

Мелоди:

— Вот почему я иду в медицину!

Во время обсуждения плана лечения на предыдущем сеансе Мелоди сказала, что хочет вернуться к образованию, чтобы стать врачом. Тогда я ответил: «Шаг за шагом. Вам нужно снова пойти в колледж и сначала хорошо учиться». Я думал, что она достаточно умна, чтобы закончить колледж, но считал, что соответствие требованиям высшего образования для нее труднодостижимо. Вместо того чтобы сказать, что ее идея о медицинском институте нереальна, я фактически сказал: «Вам предстоит нелегкий путь, прежде чем вы попадете в медицинский институт». Пациентка поблагодарила меня за откровенность. Она питала собственные сомнения и была открыта для выбора другой карьеры. Обсуждение цели медицинского образования, маловероятность которой ей было трудно признать, привело к тому, что она сообщила, что у нее проблемы с концентрацией внимания. Она могла генерировать разумные идеи, но не могла связать их в единое последовательное повествование. Она чувствовала себя более организованной в двустороннем диалоге, чем когда она размышляла в одиночку. Она раскрыла свой страх, что ее неспособность сконцентрироваться может помешать ей достичь каких-либо успехов в учебе. Это было серьезной проблемой и источником большого беспокойства. Она рассказала, что иногда ей хотелось остаться внутри ресторанный портала, где без сознательных усилий с ее стороны разворачивалось увлекательное психотическое повествование, вместо того чтобы столкнуться с проблемами жизни в общественно согласованной реальности Нью-Йорка. Пользуясь ироническим чувством юмора пациентки, на предыдущем сеансе я пошутил, что я вполне уверен, что она не может подать документы в институт через портал, что вызвало у нее смех. Она

была рада тому, что одна из ее самых больших проблем — то, что она не могла концентрироваться, — стала открытой для обсуждения. Затем обсуждались изменения в лекарствах и когнитивной реабилитации.

Психотерапевт:

— Это редкость, но есть такое состояние, которое называется *folie à deux*, когда один человек убеждает другого человека разделить свою реальность. Это иногда случается в культах, где все в конечном итоге верят в то, во что верит лидер.

Мелоди:

— Что-то вроде процесса над Салемскими ведьмами, когда все считали, что в городе есть ведьмы.

До поступления Мелоди думала, что в некоторых местных районах есть жилье для ведьм. Она чувствовала, что находится в непосредственной близости от ведьм, как и жители Салема. Она продолжает наше обсуждение и расширяет его.

Психотерапевт:

— Да. Правильно. Вы чувствуете, что ощущаете присутствие ведьм и каннибалов. Если бы мы вместе пошли в ресторан, вы могли бы сказать: «Вы чувствуете людоедские флюиды?» И я бы не почувствовал того, что чувствуете вы.

Мелоди:

— Чтобы доказать вам это, я могла бы сказать: «Внизу полно демонов, и я оставила их там для вас. Пойдите и взгляните на них». (смеется) Верно!

Психотерапевт:

— Да. Мы бы не согласились насчет демонов, но я думаю, что мы разделяем общественное мнение о том, что подать документы в институт через портал в ресторане не получится. И я думаю, что у нас также есть консенсус относительно способности разума конструировать альтернативные реальности. Вы умны, и у вас отличное чувство юмора. Вы творческий человек. Вы рассказали мне, как вам было одиноко в детстве. Я помню, как вы рассказывали о том, как раньше вы смотрели на облака и видели в небе группы друзей-животных. Вы создали собственное сообщество. Вы ощущали стороннее присутствие с тех пор, как были одинокой маленькой девочкой.

Здесь я пытался установить предварительную связь между ее неблагоприятным детским опытом и ее склонностью представлять разного рода сущностей, окружающих ее.

Мелоди:

— Я это вижу. Спасибо. Это было очень хорошее обсуждение, которое на самом деле имеет большой смысл. Я думала, что мой вопрос был действительно глупым, но вы ответили на него разумно. Я очень довольна. Спасибо.

Психотерапевт:

— Это был очень хороший вопрос.

Мелоди:

— Спасибо.

Если пациенты настаивают на том, что их переживания реальны, как это делают многие, тогда предварительное обсуждение аномальных субъективных переживаний и согласованной реальности может снизить сопротивление пациента продолжению работы в классической парадигме КПТп, которая собирает доказательства за и против бредовой идеи. В следующей главе основное внимание будет уделено навыкам преодоления трудностей и представлению моделей, лежащих в основе КПТп.

Глава 9

ОЦЕНКА СТРАТЕГИЙ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТРЕССА И ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ТРЕХ МОДЕЛЕЙ КПТп

После вовлечения пациента, установления базы для рабочих отношений и выяснения проблемных областей и целей психотерапевт должен представить когнитивно-поведенческую модель, которая будет лежать в основе процесса лечения. Объяснение этой модели пациенту подкрепляет совместный характер работы. Хорошая отправная точка для обсуждения модели — поговорить о стратегиях преодоления стресса. Психотерапевтам необходимо понимать, насколько важны механизмы преодоления трудностей для пациентов, чьи хронические симптомы не купируются обычным лечением.

Механизмы преодоления стресса и сохранение надежды

Все мы переживаем в жизни печали и разочарования, и, чтобы легче переносить их, настраиваем свой разум и свое окружение соответственно. Например, один из наиболее утилитарных методов преодоления трудностей всех времен — сказать: «Могло быть и хуже». Какое утешение в этой фразе из четырех слов! Мы утешаем себя моментом само-когнитивно-поведенческой терапии, в котором переосмысливаем свое страдание, сосредотачиваясь на том, от чего *не* страдаем, а не на том, что мы *страдаем*. Когда дело доходит до психоза, эта самопомощь КПТ менее

эффективна, потому что многим больным психозом людям трудно представить, как их положение может быть хуже, чем оно есть сейчас. Люди с психозом, как правило, переносят невообразимые мучения и ужасные лишения. Тот факт, что так много страдающих психозом людей выбирают жить, несмотря на свое кошмарное существование, — свидетельство о силе человеческого духа. Когда они приходят в клинику на прием, их следует приветствовать как повседневных героев, бегунов марафонцев-инвалидов, которые преодолели большое расстояние и пережили еще один день. *Способность надеяться — это психологическая основа нашей возможности верить в лучшее.* Многие люди, хронически страдающие психозом, потеряли надежду когда-либо восстановить хотя бы видимость своего преморбидного уровня функционирования. Люди, которые попадают в систему охраны психического здоровья после того, как привыкли к жизни с хронической инвалидностью, могут чувствовать, что проживают личную версию предостережения, размещенного над воротами ада в «Божественной комедии» Данте: «Оставь надежду, всяк сюда входящий». Конечно, состояние больных было бы хуже при полном отсутствии лечения, но, по правде говоря, как отмечалось во введении, полное восстановление от психического заболевания скорее исключение, чем норма. Неспособность современных методов лечения психиатрических заболеваний значительно улучшить качество жизни заставляет многих пациентов терять надежду. Это одно из самых коварных последствий неадекватности нашей нынешней системы охраны психического здоровья. После 10 лет обычного медикаментозного лечения без каких-либо изменений в ее страданиях от бредовых идей Ариэль, лечение которой я подробно описал в главе 14, решила попробовать психотерапию как последнюю попытку, которую она предпримет, прежде чем решит отказаться от услуг системы по охране психического здоровья. Психотерапевт должен попытаться определить, на что надеется пациент, потому что, если надежда не связана с прогрессом в лечении, усилия врача, скорее всего, потерпят неудачу. Во многих случаях пациенты воображают, что их страдания закончатся, когда преследователи смягчатся. Многие пациенты надеются, что когда-нибудь они будут соответствовать условиям, установленным их преследователями, хотя часто бывает неясно, чего именно преследователи хотят от них. Они сохраняют надежду, разделяя свою жизнь на череду судебных процессов, которые могут длиться недели,

месяцы или годы, после чего они надеются быть освобожденными, но обнаруживают, что их преследование продлилось по неизвестным причинам. Это ожидание освобождения может стать серьезным препятствием на пути к лечению. Вовлечение требует от пациента отказаться от мечты доставить удовольствие преследователю, переложив надежду на личность психотерапевта и работу психотерапии. Это трудная задача.

Например, Элайджа, который в возрасте 12 лет потерял контакт с отцом, когда его родители развелись, вспомнил, что отец однажды сказал: «Тебе предстоит испытания в жизни». Элайджа считал, что стал объектом правительственного эксперимента, в ходе которого в его тело были введены «зонды», вызывающие физические ощущения. Его заставляли подслушивать «разговоры», где ему предлагалось совершить ряд действий, за которыми правительство затем будет наблюдать, чтобы изучить его реакцию. Эксперимент длился 8 лет. Элайджа полагал, что отец знал о правительственном эксперименте, с которым столкнется сын, потому что сказал: «Тебе предстоит испытания». Пациент чувствовал, что его испытание было похоже на обряд посвящения, предписанный отсутствующим отцом. Его надежда заключалась в решимости вынести страдания, когда в какой-то момент правительство скажет: «Ты доказал, что достоин». Он не надеялся на облегчение страданий с помощью лечения, которое считал бы унижительной для мужчины отговоркой.

Преодоление бреда

Хотя бредовые идеи представляют собой бессознательные попытки справиться с невыносимыми психическими состояниями, в практике КПТп копинг-поведение относится к сознательным усилиям пациента по снижению стресса, связанного с психозом, и, в частности, к конкретным методам, которые пациент использует для уменьшения стресса. Психотерапевт должен узнать, какие механизмы преодоления пациент использует в настоящее время для управления стрессом. Большинство пациентов прилагают определенные усилия, чтобы справиться со своим психозом, стремясь достичь любого возможного, даже ограниченного облегчения. Пациенты, которые говорят, что больше не в силах справляться, могут быть на грани того, чтобы сдаться и уйти

из жизни. За такими пациентами следует очень внимательно наблюдать. Конечно, то, как пациенты справляются с тяжелыми последствиями бреда, зависит от его содержания. Распространенной копинг-стратегией является злоупотребление психоактивными веществами, деятельность, которая влечет возникновение второго уровня проблем. Там, где мы можем с нетерпением ждать бокала шардоне за ужином, чтобы снять напряжение в трудный день, многие пациенты стремятся к почти постоянному изменению своего бодрствующего сознания, чтобы уменьшить груз невыносимой жизни.

Преодоление через борьбу

Параноидный бред обычно идентифицирует внешнюю угрозу, на которую приматы могут ответить борьбой, бегством или замиранием (притвориться мертвыми). Люди с психозом справляются с параноидным синдромом, используя варианты этих трех стратегий. Самый опасный способ справиться с параноидной угрозой — это вступить в превентивную борьбу, то есть атаковать воображаемого преследователя до того, как он нападет на тебя самого. В некоторых случаях люди, которые считают, что преследователь намеревается убить их, могут попытаться первыми убить преследователя. К сожалению, некоторые пациенты, долгосрочно пребывающие в судебно-психиатрических отделениях, напали на невинных прохожих, которых они восприняли как угрозу. Я работал с человеком, заключенным в государственную больницу, который зарезал уборщика на своей работе, потому что считал, что этот уборщик был наемным убийцей, посланным убить его. Время от времени он выражал озабоченность тем, что медсестры намеренно пытались спровоцировать его на гневную атаку, но никогда не прибегал к агрессии. В других случаях люди с параноидным бредом могут выглядеть и разговаривать жестко, угрожая атаковать, если преследователь переступит некую черту, но на деле никогда не применяют насилия. Когда пациент способен избежать борьбы с преследователем, психотерапевт может выиграть время и безопасность, поощряя копинг-стратегию избегания преследователя, а не противостояния ему; затем пациент и врач могут работать с использованием методов психотерапии, чтобы найти альтернативные решения. Когда пациент опасается физического вреда со стороны преследователя, во многих случаях угроза существует давно, часто годами, без окончательного

удара со стороны преследователя. Иногда психотерапевт может уменьшить страх пациента перед преследователем, который угрожает, но не действует, навешивая на преследователя ярлык: «Одни разговоры, а дела нет». Однажды я столкнулся с личной версией этого переосмысления, когда был в Колорадо. Как житель Нью-Йорка, стремящийся проникнуться духом американского Запада, я купил ковбойскую шляпу, которую оправдал как необходимую защиту от солнца. В очереди к кассе местный владелец ранчо безошибочно определил меня как наивного туриста. Удивленный размахом моего головного убора, он прокомментировал тепло, но с иронией: «У нас здесь, в долине, есть поговорка: “Шляпа большая, а скота нет”». Мне нравится использовать эту фразу для пациентов, потому что шутка дает пациенту возможность получить удовольствие от отождествления с настоящим ковбоем, который подшучивает над самозванцем, делающим преувеличенные заявления, подобные преувеличенным угрозам преследователя.

Преодоление посредством бегства

Пациенты могут справляться с угрозой путем бегства, в большинстве случаев посредством социальной изоляции, но иногда путем переезда в другой город или принятия каких-либо других мер безопасности, которые избавляют человека от фобической угрозы. Точно так же, как Фрейд советовал, что пациентам с фобиями следует в конечном итоге напрямую противостоять объекту своей фобии, психотерапевты КПТп отмечают, что больным трудно изменить свои убеждения, когда *безопасное поведение* (часто фобические избегания или ритуалы) не позволяет им получить новый опыт реального мира, который противоречит бредовой идее. Например, когда женщина, испытывавшая переживания по поводу пищи, слышит голоса, угрожающие: «Мы убьем тебя, если ты не будешь поститься сегодня», а затем она постится, она может заключить: «Я все еще жива, потому что постилась. Мой план сработал!» Если безопасное поведение не ставит под угрозу жизненно важные функции, психотерапевту не нужно спешить с изменением этого механизма преодоления, поскольку к нему можно будет обратиться позже в процессе лечения, когда будет установлена большая степень доверия и появится возможность более активно оспаривать психотические симптомы.

Преодоление путем замирания

Пациент может справляться с переживаниями, замкнувшись, замерев или притворившись мертвым. Например, пациенты, вышедшие из состояния кататонического ступора, могут сообщать, что они осознавали все, что происходило вокруг них во время кататонического эпизода, но старались оставаться как можно более неподвижными на протяжении этого транса.

Чтобы проиллюстрировать эту защитную позицию, рассмотрим следующий мысленный эксперимент. Вы человек, который воспринимает свои мысли как имеющие прямое влияние на внешний мир, как и многие страдающие психозом люди. Вы находитесь в своей машине, стоите в длинной очереди на съезд с главной дороги, когда вас подрезает автомобиль, без очереди выезжая на съезд. Вы не можете не сердиться. Вы представляете себе, что передаете вторгшемуся водителю часть своего разума, что вы и делаете на самом деле, потому что ваши мысли оказывают конкретное непосредственное влияние на мир. Вы представляете, а затем видите, как ваш гнев взрывает подрезавшую вас машину подобно ракетному снаряду и обломки, в том числе детское автокресло, обрушиваются дождем на шоссе. Можно попытаться справиться с такими особыми разрушительными силами, стараясь оставаться неподвижным. Психотерапевт, возможно, не в состоянии сделать ничего больше, чем сидеть рядом с находящимся в кататоническом состоянии человеком, ожидая появления первых едва заметных движений, которые в конечном итоге могут возникнуть у замершего пациента. Другой вариант психологического «ухода» наблюдается у пациентов, которым, кажется, нечего сказать, кроме нескольких расплывчатых общих слов (Searles, 1965). Когда психотерапевт спрашивает: «Как вы себя чувствуете сегодня?», пациент может ответить: «Не очень хорошо».

Психотерапевт:

— Не могли бы вы рассказать мне немного больше о том, как вы себя чувствуете?

Пациент:

— Я плохо себя чувствую.

Психотерапевт должен найти баланс между излишне настойчивыми вопросами к пассивному пациенту в надежде вызвать ответ, с которым можно работать, и погружением в неловкое молчание

(подробнее об этом будет сказано в главе 13, в разделе, посвященном интерпретации непсихотических опосредующих защит). Пациентка, которая рисовала на листе бумаги, но почти ничего не говорила в течение 10 минут, за исключением того, что спросила, может ли она покинуть сеанс, преобразилась, когда психотерапевт заметил: «Сегодня вы не накрашены, как обычно». На что пациентка ответила: «Со мной здесь подруга Джесси (воображаемый спутник в галлюцинациях). Джесси говорит, что я могу остаться и заняться модой позже. Боже мой, я занимаюсь модой, модой, модой весь день! Рисую новейшие стили. Люди говорят мне, что я не могу этого делать, но только Бог может сказать мне, что я могу, а что нет». Интуиция психотерапевта спросить пациентку о внешности привела к тому, что она открыла свой интерес к моде. Во время этого сеанса произошел значимый момент, маленький шаг в построении альянса.

Методы преодоления голосов

Копинг-методы, которые страдающие психозом люди используют, чтобы легче справляться с наличием голоса, могут отвлекать их внимание от переживаний или направлять на более позитивные занятия. Эти методы могут включать использование техник физического расслабления с целью уменьшить гипервозбуждение и переосмыслить значение переживаний, таким образом сделав их менее интенсивными. Список стратегий, помогающих справиться с голосами (таблица 9.1), основан на списке, составленном Д. Теркингоном. (см. книгу с приложением Wright et al., 2009, а также Wright et al., 2010). Психотерапевт может представить этот список, спросив пациента, будет ли ему интересно узнать, как другие люди справляются с беспокоящими их голосами. Большинство скажет «да». Это передает неявное сообщение, что то, что происходит с пациентом, происходило и с другими людьми; а значит, пациент не одинок. Пациента можно побудить попробовать различные методы преодоления трудностей и сообщить психотерапевту об их эффективности. Полезны «совладающие карточки» (coping cards), которые пациент может носить с собой. Несколько лет назад один талантливый стажер разработал компакт-диск, предназначенный для преодоления трудностей для пациентов, у которых был портативный проигрыватель компакт-дисков (какой тогда был у многих). Компакт-диск содержал записи нескольких

любимых песен пациента, а также советы по использованию определенных методов преодоления, записанные голосом психотерапевта, — все это пациент мог прослушивать в случае необходимости. К сожалению, новые копинг-методы редко приводят к значительным улучшениям. Важно подчеркнуть, что психотерапевт надеется, что упоминание о различных техниках преодоления может быть полезным, однако не предполагает, что новые техники принесут полное избавление от страдания. Такое предостережение помогает пациентам управлять своими ожиданиями в отношении себя и психотерапевта. Подчеркивая способность пациента справляться с ситуацией, психотерапевт выстраивает активный альянс сотрудничества и подчеркивает, что симптомы не находятся полностью за пределами контроля человека.

Таблица 9.1 Приемы отвлечения внимания от голосов

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Напевание мелодии• Прослушивание музыки• Молитва• Медитация / практика осознанности• Использование мантр• Рисование• Видеоигры• Создание позитивных образов в сознании• Прогулки на свежем воздухе• Телефонный разговор с другом• Физические упражнения• Прослушивание расслабляющих аудиозаписей• Использование техник прогрессирующей мышечной релаксации• Попеременное дыхание через ноздри• Занятие йогой• Теплая расслабляющая ванна• Звонок своему специалисту по психическому здоровью• Перечисление доказательств против содержания голоса | <ul style="list-style-type: none">• Рациональное реагирование на содержание голосов, противодействие искаженным заявлениям, сделанным голосами• Игнорирование голосов• Напоминание себе, что никто другой не слышит голос• Напоминание себе, что голоса, по всей видимости, мало что знают• Напоминание себе, что не нужно подчиняться голосам• Ведение дневника, чтобы справиться со стрессом• Ведение дневника, чтобы управлять своим временем• Планирование своих повседневных дел накануне вечером• Посещение дневного центра• Ролевая игра за и против голосов• Звонок «другу по голосам» (voice buddy) по телефону и сообщение о том, что голос активен |
|---|---|
-

-
- Демонстрация возможности контроля посредством привлечения голосов
 - Предоставление голосам 10-минутного интервала в определенное время каждый день
 - Мысленное возвращение к «нормализующему» объяснению
 - Попытка использовать беруши (сначала правое ухо, если правша)
 - Использование управляемых образов, чтобы научиться справляться с голосами по-другому
 - Просмотр телевизора
 - Разгадывание кроссворда или другой головоломки
 - Новое хобби
-

Введение в фазу КПТп

Предполагая, что пациент начал ценить отношения с психотерапевтом и хочет узнать, что тот ему скажет, после определения методов преодоления специалист может перейти к объяснению трех базовых моделей, лежащих в основе подхода КПТп: 1) модель стресс-уязвимости, которая подчеркивает важность стрессовых жизненных событий в происхождении тревожных переживаний; 2) модель континуума, которая находит аналогии с психотическими симптомами в обычной психической жизни; 3) модель «А–В–С», отмеченная ранее, в которой активирующее событие «А» приводит к убеждению «В», которое приводит к тревожным аффективным или поведенческим последствиям «С». Психотерапевт должен свободно владеть каждой из этих моделей и уметь четко объяснять их, не представляя при этом экспертом, читающим лекцию лишенному права голоса пациенту. Смысл этого образовательного подхода состоит в том, чтобы в общих чертах донести до пациента, что психотерапевт думает об опыте пациента. Клиницисты чаще недооценивают, а не переоценивают способность пациентов понимать эти модели.

Модель стресс-уязвимости

Модель стресс-уязвимости (обсуждаемая в главе 5) — хорошее место для начала (Зубин и Спринг, Zubin & Spring, 1977). В этой модели человек с небольшой биологической предрасположенностью к психозу может заболеть, если подвергнется

достаточно травмирующим жизненным событиям, в то время как человек с факторами риска развития психоза может заболеть без травмы, когда подвергнется обычным ожидаемым жизненным стрессам. Клиницисты могут ввести модель стрессуязвимости, сказав: «Каждый человек в какой-то момент жизни испытывает стресс. Стресс может вызывать беспокойство, проблемы со сном и другие неприятные переживания. Я сам, без сомнения, тоже испытывал на себе последствия стресса. В последнее время с вами происходило много неприятных вещей, которые, я думаю, вероятно, оказывают на вас влияние». Если влияние стресса очевидно на временной шкале пациента, эту связь можно подчеркнуть.

Модель континуума

Определение континуума между психозом и обычной психической жизнью позволит психотерапевту «нормализовать» психотические переживания. «Нормализация» необязательно означает, что психотические переживания являются нормой, хотя примерно 20% населения сообщают о преходящих психотических состояниях (van Os et al., 2009). Некоторые люди с историей психических заболеваний называют себя «экспертами по опыту», в отличие от специалистов в области психического здоровья, которых они считают «экспертами по образованию». Эксперты по опыту, которые научились жить со своими голосами, необязательно считают их наличие патологическим. «Нормализация» психотических симптомов уравнивает властные отношения между пациентом и психотерапевтом, что способствует подробному исследованию симптомов пациента без серьезного риска того, что пациент ощутит стигматизацию. Пациент воспринимает, как психотерапевт говорит: «Мы все немного переживаем то, что чувствуете вы, хотя вы переживаете это в большей степени, чем многие из нас». «Нормализация» побуждает пациентов помещать свои симптомы в психологическую сферу, а не рассматривать их как проблемы, возникающие извне их «Я». Терапевту следует подготовить множество личных примеров психических событий, связанных с психозом, которыми можно поделиться.

Можно нормализовать факт наличия голоса, описывая галлюцинации повседневной жизни, такие как вариант внутреннего диалога, в который каждый время от времени вступает, например когда мы внутренне говорим себе: «Ах ты, идиот!»

или когда мы сидим на диете и говорим себе: «Кого ты обманываешь! Тебе не нужен десерт!» Чтобы это было эффективным, психотерапевты должны верить в то, что говорят, когда «нормализуют» симптомы. Им необходимо действительно почувствовать связь между психотическими механизмами и обычной психической жизнью на примерах, взятых из их личного опыта. Я часто использую рассказ о черной собаке, чтобы «нормализовать» галлюцинаторные переживания, — инциденте, который произошел со мной во время летних каникул на берегу моря. Мы с женой сняли дом, где было достаточно места для детей и нашей большой семьи, в которой жили несколько домашних собак. Мы положили подушки на пол на кухне, чтобы собаки могли отдыхать там возле своих мисок с водой, но собаки, конечно, предпочитали полежать на кроватях в спальнях. Однажды, когда мы отправились на пляж, я понял, что оставил свою книгу в спальне, и вернулся за ней. Мы держали шторы в спальне задернутыми, чтобы не пропускать солнце и чтобы в комнатах было прохладно, поэтому, когда я вошел, в комнате стоял полумрак. Затем я увидел маленького Дреди, небольшого черного песика, который был частью нашей собачьей команды, свернувшегося калачиком и спящего на кровати. Я взял книгу и подошел к краю кровати, намереваясь отправить Дреди обратно на полагающееся ему место на кухне. Подойдя ближе, я понял, что вижу не Дреди, а черный свитер моей жены. Свитер был брошен на кровать таким образом, что рукава его сложились по бокам, создавая в тусклом свете ощущение черной собаки, свернувшейся калачиком на кровати и поджавшей под себя лапы во сне. Когда я рассказываю пациентам эту историю, я подчеркиваю, что видел то, что ожидал увидеть, и что мы иногда слышим то, что ожидаем услышать. Замечу, что даже после того, как я узнал, что свитер не был собакой, мои первоначальные воспоминания о том, как я видел собаку, остались неизменными. Мне удалось *отказаться* от исходного ошибочного изображения, но я не смог заменить его исправленным. Психотерапевт в этом случае старается донести свое желание понять переживания пациента в связи с психическими процессами самого психотерапевта и других людей. Пациентам бывает очень приятно услышать, как психотерапевт описывает собственные аномальные переживания. Пациент получает заверение: «Мой психотерапевт говорит о паранойе (или

галлюцинаторных переживаниях), которые у него были. Если врач говорит о таких вещах, я думаю, и мне можно безопасно говорить о моем опыте». Ранние исследования КПТп с использованием шкал оценки симптомов иногда, казалось, указывали на то, что у пациентов возникало больше бредовых идей вскоре после начала лечения, чем их было до его начала. Но то, что выглядело как ухудшение симптомов, отражало честность пациентов в отношении убеждений, которые они ранее не хотели раскрывать. Психотерапевт может сказать:

«Я хочу понять, что вы чувствуете и о чем думаете. Я не могу сказать, что в точности то же самое произошло со мной, но, если я правильно понимаю, когда я думаю о вашем ощущении, что все смотрят на вас и что-то знают о вас, это напоминает мне времена, когда я был чрезвычайно стеснительным и беспокоился, что все замечают меня. Я помню, как однажды я пролил кофе на рубашку незадолго до того, как мне нужно было пойти на встречу. Я протер пятно водой, но это сделало кофейный след еще больше и заметнее. На встрече у меня было ощущение, что все смотрят на мою рубашку и думают, какой я неряшливый, но никто не говорил ничего в слух. Я думал, что все взгляды были прикованы ко мне и что все думали обо мне одно и то же, но позже, когда я размышлял об этой ситуации, я понял, что мой галстук закрывал большую часть пятна и даже если кто-то заметил его, в этом нет ничего страшного. В любом случае, я не думаю, что им было до этого дело».

Выражение «У меня сегодня неудачный день!» может использоваться для иллюстрации того, как люди, озабоченные каким-либо несовершенством своей обычно идеальной прически, способны вообразить, что все взоры обращены на них, а изъян в их внешности развеивается подобно красному флагу. Этот пример может быть использован с пользой для пациентов с идеями отношения, которые страдают от гипертрофированного самокритичного самосознания, проецируемого на лица незнакомцев, которым, по их мнению, известны их недостатки. Психотерапевт может рассказывать пациентам с измененными состояниями «Я» с ослабленной самостью (*ipseity*) о своих личных переживаниях деперсонализации, дереализации, дежавю, жаме вю или других жутких состояниях сознания. Психотерапевт может

сказать что-то вроде: «У меня были времена, когда я чувствовал панику, когда мне казалось, что я угаваю, как будто вот-вот упаду в обморок, когда я чувствовал себя словно бы в пузыре и все казалось далеким. Ничто не казалось вполне реальным. Я был напуган. Это было довольно тревожным состоянием». Психотерапевт может дать пациентам надежду, сказав: «У других людей были переживания, похожие на ваши, они писали о них и поправились от них. Хотели бы вы прочитать их описания? Они выздоровели, и я не вижу причин, по которым вы тоже не можете выздороветь» (Greenberg, 1964; Lauveng, 2012).

Модель «А–В–С»

Классическая когнитивно-поведенческая теория, отраженная в модели «А–В–С» (активирующее событие или antecedent, убеждение, последствие), утверждает, что убеждения — посредники между активирующими событиями и аффективными и поведенческими последствиями. Я и многие психодинамические клиницисты-единомышленники склонны считать эту модель полезной концепцией общей когнитивной последовательности, но и чрезмерным упрощением, которое не может служить исчерпывающей теорией психики. Познание и аффект переплетаются сложным и динамичным образом. В эволюции аффект предшествует сознанию (Panksepp & Viven, 2012); то есть до того как возникло сознание, был аффект. Например, очень маленькие дети думают эмоционально заряженными образами, а не вербальными концепциями. Аффект направляет то, на что мы обращаем внимание, то есть влияет на выбор и формирует «А» в начале последовательности «А–В–С». Аффект дает нам причину жить или причину умирать. Он отмечает подлинное существование истинного «Я» в противоположность податливой реактивности ложного «Я» (Winnicott, 1960). Аффект может быть связан с убеждениями, но не может быть сведен к вторичному побочному продукту убеждений. Мы замечаем в окружающей среде элементы, которые имеют для нас аффективное значение, прежде чем начнем о них думать. На мой взгляд, ценность модели «А–В–С» заключается не в том, что она является исчерпывающей теорией психики, а в аффективной нейтральности, с которой ее можно первично применить к проблемам пациента. В то время как нейрорептики могут служить крышкой, сдерживающий аффективный котел, и, хотя пациенты способны внешне

демонстрировать «уплощенный аффект», в целом страдающим психозом людям сложно переживать, называть и регулировать интенсивные аффекты (Lotterman, 2015). Подход «А-В-С» побуждает людей с психозом использовать неокортекс для логического вторичного размышления о своих переживаниях, а не для погружения в лимбический аффективный шторм. Поскольку этот метод относительно прост и фокусируется на перцептивном опыте (А) пациента, я предпочитаю когнитивную модель «А-В-С» при проведении психотерапии со страдающими психозом людьми более современной модели треугольника КПТп, которая подразумевает, как уже давно утверждает психоаналитическая теория, что аффект — это не побочный продукт убеждения (сознания), а психологическая сила сама по себе и что мысли, чувства и поведение взаимодействуют в уме. Использование модели «А-В-С» будет рассмотрено в следующей главе. В начале психотерапии полезно обучать пациентов упрощенной модели «А-В-С», потому что ее легче понять на ранних этапах лечения, чем идею психологической защиты от болезненных аффектов. Эту модель можно представить сначала в виде абстрактной схемы, затем на личных примерах психотерапевта, а далее на примерах из повседневного опыта пациента. По мере того как лечение прогрессирует, модель «А-В-С» может применяться к основным бредовым идеям. Одна из типичных историй «А-В-С» из моего собственного опыта, которую я иногда рассказываю пациентам на ранних этапах лечения, — это моя «история о заведующем кафедрой», которая произошла, когда я был молодым психиатром, работавшим заведующим отделением в стационаре. За несколько месяцев до этого был назначен новый заведующий кафедрой психиатрии. Как многие ожидали и опасались, он начал преобразовывать кафедру, поощряя преподавателей, которые не соответствовали его плану, искать работу в другом месте. Моя должность была одним из самых низших звеньев в цепочке организации, и поэтому я думал, что ускользну от внимания начальника. Затем однажды я получил срочное сообщение с просьбой позвонить в его офис, что заставило меня почувствовать беспокойство, немного обидеться и рассердиться, потому что я представил, что он наконец проложил свой путь вниз по организационной лестнице до младшего преподавательского состава и что настал день, когда мне придется прослушать лекцию на тему «Ваше будущее, вероятно, лежит в другом

месте». Я знал, что, когда кого-то должны были уволить, отдел кадров предпочитал политику внезапных и быстрых действий, не теряя времени попусту. Когда я позвонил в офис заведующего кафедрой, обнаружил, что настоящая причина сообщения совершенно иная. Заведующий принимал нескольких гостей, которые в тот день посещали медицинский центр. Он только хотел быть уверенным в том, что я буду в отделении весь день и что меня легко найти, чтобы устроить его гостям торжественный прием со всеми почестями. Пациенты легко понимают, что активирующее событие «А» в моем рассказе — это телефонный звонок, «В» — ошибочное убеждение, что меня увольняют, а «С» — мое беспокойство и гнев. Я использую эту историю, чтобы представить идею о том, что у всех нас время от времени возникают «параноидные» мысли. Рассказывание историй, изображающих собственные ошибки, помогает прояснить модель «А-В-С». Кроме того, нормализация ложных представлений и фантазий, которые возникают в обычной психической жизни, еще больше выравнивает властные отношения между пациентом и психотерапевтом. Большинству пациентов нравится самораскрытие терапевта как момент общей человеческой уязвимости. Тактичное самораскрытие, нормализующее психотические симптомы, не выступает в поддержку бредовой идеи и не нарушает границ между врачом и пациентом. Психотерапевт говорит: «Я ошибся, и вы тоже можете ошибаться». Здравый смысл подсказывает, какую информацию можно раскрывать, а о чем не стоит рассказывать. Если пациент спросит, психотерапевты могут раскрыть свой возраст, где они учились, любимую кухню, интерес или отсутствие интереса к спорту и т. д. Они не должны раскрывать информацию, которая кажется неуместно личной, например свой домашний адрес или имена своих детей. Если очевидно, что пациент понял модель «А-В-С» в применении к опыту психотерапевта, ее можно использовать для анализа относительно нейтрального события в жизни пациента или события, в котором он уже осознает свою ошибку. Если сначала заняться вопросами, которые решаются без особого труда, это даст пациенту и психотерапевту возможность попрактиковаться в использовании концепции «А-В-С», прежде чем приступить к работе с центральной бредовой идеей. Например, пациентка получила письмо от своего жилищного агентства, которое, прежде чем его открыть, она приняла за уведомление о выселении. На самом же деле это письмо

было приглашением на общественное мероприятие, организованное в агентстве. По мере того как психотерапевт обращается к исследованию основной бредовой идеи, пациенты могут почувствовать, к чему ведет разговор, и будут более настойчиво утверждать, что их убеждения «реальны». Психотерапевт станет использовать все три модели: модель стресс-уязвимости, модель континуума между психозом и обычной психической жизнью и когнитивную модель «А-В-С» — по мере того как пациент и психотерапевт исследуют альтернативные объяснения переживаний пациента. В следующей главе мы обсудим применение модели «А-В-С» к центральной бредовой идее.

Глава 10

РАБОЧИЕ ФОРМУЛИРОВКИ КПТп И ПСИХОДИНАМИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Определение рабочей формулировки

Прежде чем приступить к работе с основной бредовой идеей, психотерапевт должен представлять себе рабочую формулировку. Под этим термином я не имею в виду обширную, всеобъемлющую, биопсихосоциальную формулировку, детализирующую энциклопедию диагностики, симптомов, межличностных проблем, семейного анамнеза, биологических факторов, сильных и слабых сторон, предрасполагающих факторов, провоцирующих факторов, факторов, придающих хронический характер, и защитных факторов; все это полезно знать, и эта информация продолжит оставаться на заднем плане на протяжении всего лечения. Я также не имею в виду сложную схему линейных когнитивных последовательностей и петель обратной связи. Обратитесь к одному из многих доступных учебников КПТп, чтобы узнать о различных способах форматирования когнитивных формулировок (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1987; Beck et al., 2009; Fowler et al., 1995; Kingdon & Turkington, 2002, 2005; Morrison, 2013; Morrison et al., 2004; Wright et al., 2009, 2010).

Под *рабочей формулировкой* я подразумеваю идею, которая предлагает понимание сути симптомов и психодинамики пациента и может служить готовым практическим руководством

в клинической работе (как иногда говорят, когда кто-то предлагает излишне детальное объяснение, но не может сформулировать суть вопроса: «В чем смысл?»).

Компонент КПТп

Рабочая формулировка должна содержать как компонент КПТп, так и психодинамический компонент. Рабочая формулировка КПТп будет включать в себя набросок первичной последовательности или нескольких последовательностей «А–В–С», которые занимают пациента, и цепочку доказательств, которая поддерживает дезадаптивные убеждения. Эта формулировка будет задавать направление на первой фазе лечения. На этой стадии пациент и психотерапевт исследуют психоз: как он проявляется в гибридных слияниях мыслей, чувств и восприятий, которые проникают в сознание как «А» (включая идеи соотнесения, голоса и изменения восприятия «Я»). Иногда пациент говорит об одном исходном активирующем событии, и в этом случае психотерапевт вынужден начать с него. Чаще, однако, есть несколько различных «А», которые можно эффективно учитывать в модели «А–В–С». Например, у Джеймисона случился первый психотический приступ вскоре после того, как его родители попали в автомобильную аварию, в которой мать выжила, а отец погиб. За 5 лет до начала лечения он считал, что группа людей, которых он называл Старейшинами, использовали особую машину, чтобы читать его мысли. Он знал, что люди не могут читать мысли друг друга без подобного технического устройства. Он считал, что Старейшины искали мысли, которые они считали неуважительными. Он также считал, что применяемая ими машина распространяет его мысли в Интернете. Когда Старейшины улавливают неуважительную мысль, он полагал, что они заявляют о своем недовольстве, побуждая специальных водителей в районе сигналить в ритмичном порядке, создавая своего рода азбуку Морзе, которую он интерпретировал как угрозу. Помимо этого, он считал, что многие птицы в его районе на самом деле были роботами, следящими за его деятельностью.

Выбор антецедента

С чего начать? Сначала я набросал в уме, а затем нарисовал на бумаге петлю, которую мы с Джеймисоном позже назвали его

«петлей вины». Все началось с мысли, которая, как он считал, была прочитана машиной и передана Старейшинам и которая возвращалась к нему в ритмичном шуме транспорта. Петля вины включала в себя как измененное внешнее восприятие (кляксоны), так и измененное переживание самого себя (его ощущение, что его субъективность не является приватной), которые предлагали «А» для разбора. Однако я решил начать с аппарата Старейшин, потому что казалось наиболее вероятным, что он сделал вывод о существовании такой машины с целью понять свой опыт, но у него не было никаких веских доказательств ее существования. Я сказал ему, что как врач я обучался психиатрии и неврологии, и, если бы такая машина существовала, я бы обязательно знал о ней, а мне неизвестно о существовании ни одного такого устройства. Он сказал, что читал об этой машине в Интернете. Мы стали искать в Гугле «визуализацию мозга» и нашли описание аппаратов фМРТ, которые, по утверждению пациента, были машинами для чтения мыслей. Я смог показать ему, что аппарат фМРТ способен обнаруживать активность в головном мозге, которую может изображать в виде волнистых линий и разноцветных карт мозга, но ни при каких условиях не может записывать мысли. Это расследование заставило пациента задуматься. Хотя он продолжал настаивать на существовании такой машины, теперь у меня была возможность с комфортом возразить, что такой машины не было. Я смог сказать пациенту, что ему нужна была такая машина, чтобы объяснить петлю вины, потому что он очень хорошо знал, что люди не могут самостоятельно читать мысли других людей. Таким образом, машина оказалась полезной точкой проникновения в систему психоза пациента.

Когда мы стремимся охватить громоздкий объект, мы ищем место, за которое можем зацепиться, точку захвата, в которой способны выполнить нашу задачу. Таким же образом психотерапевт надеется определить момент «А», который представляет собой точку захвата для начала психотерапии. В последовательности «А–В–С» «С» — это эмоциональное и/или поведенческое следствие убеждения «В» об активирующем событии «А». «А», явно связанное со страданиями пациента, может быть лучшим местом для начала. Другие факторы могут включать в себя то, насколько поддающейся оспариванию может быть данная последовательность «А–В–С» (как в случае с Джеймисоном выше),

или понимание терапевтом того, насколько центральным является конкретный момент «А» в доказательной цепочке пациента. Психотерапевт надеется найти путь к работе без непреодолимых препятствий. Это то, что я имею в виду под рабочей формулировкой КППт, которая обещает обеспечить когнитивную зацепку для начала лечения. В ходе успешного лечения пациент и психотерапевт, вероятно, изучат множество последовательностей «А–В–С». Последовательности «А–В–С» будут извлекаться из истории болезни пациента, временной шкалы и событий прошедшей недели, как описано в главе 7.

Выбор «А» для работы КППт и понимание психодинамического значения последовательностей «А–В–С» идут рука об руку. Событие, провоцирующее психоз, не должно автоматически рассматриваться как первичное «А», подходящее для работы КППт. Например, представьте себе девушку-подростка, у которой началось психотическое расстройство после того, как она подверглась насилию со стороны своего дяди. Изнасилование — это провоцирующий фактор и, безусловно, активирующее событие, поскольку оно порождает убеждения, которые имеют для пациентки личное значение; но изнасилование само по себе не является работоспособным «А». Первоначальной задачей психотерапевта было бы определение психологического отражения этого травмирующего события в психотических симптомах пациентки. Где травматическое событие укоренилось в ее сознании в какой бы то ни было замаскированной форме? Например, эта девушка-подросток может услышать голос, говорящий: «Ты шлюха!» В этом случае психотерапевт может сделать вывод, что она винила себя, приравняв историю сексуального насилия с тем, что она проститутка, и в этом случае голос может быть начальным событием «А» в КППт. Или она может услышать голос, говорящий: «Ты Королева!», предполагая, что она подсознательно истолковала изнасилование как Эдипову победу над своей тетей, где дядя выбрал ее, а не свою жену. Или она может отказаться принимать душ, кроме как в одежде, и в этом случае «А» может быть обнаружено в ее чувстве всепоглощающего страха, возникающего при мысли о том, чтобы снять одежду. Или она может компульсивно мыться, чтобы избавиться от загрязнений, таких как пот и сперма, что в этом случае «А» может быть внутренним чувством нечистоты.

Психодинамический компонент

Рабочая психодинамическая формулировка очерчивает основную психологический конфликт, символически выраженный в психотических симптомах. Два основных источника информации для создания изначальной психодинамической рабочей формулировки: 1) психологические и социальные факторы, способствующие возникновению первого психотического эпизода и последующих вспышек психоза, включая недавние события; 2) содержание психотических симптомов, которые выражают бессознательные психологические конфликты человека. Стейнман (Steinman, 2009) справедливо подчеркивает важность понимания психотерапевтом этих двух аспектов истории пациента, способности, которая благодаря обучению, опыту и работе под супервизией доступна большинству клиницистов, служащих в государственном секторе.

Гарфилд (Garfield, 2009), обладающий особой проницательностью в отношении аффекта, подчеркивает важность интуитивного эмпатического понимания психотерапевтом доминирующего аффекта пациента на первой консультации; это он считает ключом к пониманию аффектов, от которых защищается пациент. Хотя часто оказывается возможным логически вывести события, спровоцировавшие психоз, и определить содержание психотических симптомов, на мой взгляд, во время первичной консультации часто присутствует слишком много аффективных разнонаправленных течений, чтобы я мог определить мысленную «карту» аффективной области. Я согласен, что помощь пациентам в том, чтобы выявлять и справляться с невыносимо-мучительными аффектами, — важная часть терапии. Стейнман (Steinman, 2009) и Лоттерман (Lotterman, 2015) также подчеркивают важность работы с болезненными аффектами. На любом сеансе оценка психотерапевтом эмоционального состояния пациента может иметь ключевое значение в понимании психологии пациента.

Например, психиатр-стажер сообщил, что мужчина, который изо всех сил пытался отразить мысли о том, что мать пытается его отравить, неоднократно повторял в начале лечения, что знает, что его «сумасшедшие мысли» были результатом злоупотребления марихуаной и что они пройдут, если только он и психотерапевт подождут, пока эти мысли стихнут самостоятельно. Во время сеансов мужчина сохранял уверенность в себе, которая отклоняла

любую озабоченность и сомнения, подразумевая, что нет необходимости проводить никакой совместной работы с врачом в процессе лечения, потому что проблема разрешится сама по себе; и это убеждение оказывало значительное сопротивление прогрессу в психотерапии. Пациент отчаянно держался за веру, что с течением времени его идеи преследования покинут его разум точно так же, как каннабис будет выведен из его крови. Но это желание не сбылось. Аффект, скрытый за кажущейся поверхностной беспечностью, заключался в страхе пациента перед тем, что его охватит тревога преследования и он потеряет рассудок.

Концентрированное понимание, которое возникает в виде рабочей психодинамической формулировки, становится возможным благодаря врожденной способности человеческого разума организовывать провоцирующие причины в образные изображения, как это происходит в метафорах, символах, симптомах и снах. Как отмечалось в главе 4, наш разум создает символы естественным образом, без сознательных усилий. Психотерапевтам нужно только воспользоваться той организационной работой, уже проделанной разумом пациента, которая сводит беспокойство больного к психотическим симптомам и бредовым повествованиям. Хотя по мере продвижения лечения врачу предстоит многое узнать о пациенте, выявление провоцирующих факторов и содержания симптомов предоставит врачу понимание большей части того, что ему необходимо знать, чтобы понять и пациента. Подробнее о психодинамических формулировках рассказано в следующей главе.

Сочетание психодинамической рабочей формулировки и рабочей формулировки КПТп

Чтобы проиллюстрировать концепцию сочетанных рабочих формулировок психодинамической терапии и КПТп, предлагаю вспомнить Джеймела из главы 1, который считал, что собака способна смотреть сквозь его одежду и рентгеновским зрением видеть его слабое телосложение, высмеивая его взглядом. Среди причин этого психоза были увольнение из армии после первого психотического эпизода (который пациент воспринял как неудачу) и смерть младшей сестры в результате убийства в ходе бандитских разборок. *Рабочая психодинамическая формулировка* такова:

чтобы облегчить невыносимое чувство никчемности и вины, последовавшее за неспособностью оправдать свои ожидания быть мужчиной в семье, который мог бы финансово поддерживать мать и вывести братьев и сестер из гетто к лучшей жизни, пациент проецировал ненависть к себе в глаза собаки, таким образом превратив невыносимое интрапсихическое состояние в межличностную проблему.

Рабочая формулировка КПТп в формате «А–В–С» будет рассматривать наиболее важный момент «А» как взгляд собаки, «В» как уверенность пациента в том, что собака просматривает сквозь его одежду, а «С» как его стыд, гнев и социальную изоляцию. Начиная лечение в режиме КПТп, психотерапевт может определить беспокойство пациента по поводу собаки как основной источник страданий, а затем сосредоточить внимание на взгляде собаки («А»). Когда и где пациент встречает собаку? Утверждение пациента верно для одной собаки или всех собак? Всегда ли так было с определенной собакой или со всеми собаками, а если нет, когда изменилось его отношение с собаками? Что происходило в его жизни в то время? Собака смотрит на других людей так же, как на него? Когда собака смотрит на других людей, издевается ли она над всеми так же, как над ним? Или у собаки два вида взгляда: насмешливый и обычный, выражающий любопытство? Собака насмешливо смотрит и на своего хозяина? Что известно о рентгеновских лучах? Давайте посмотрим на рентгеновский снимок таза человека. О, я вижу. Кости отчетливо видны на рентгеновском снимке, но мягкие ткани (например, гениталии) не видны совсем. Что известно о собачьем интеллекте? Были ли другие сообщения о животных или людях, имеющих рентгеновское зрение? И так далее. Целью работы КПТп было бы вызвать достаточные сомнения по поводу издевательства со стороны собаки, чтобы уменьшить внимание пациента к ней и, оставив собаку в стороне, открыть возможность изучения чувства вины и неудачи пациента, которые являются глубинными движущими силами психоза. В случае Джеймела и во многих других, таких как истории Светланы, Мартина и Шарлин, описанных в главе 16, провоцирующие факторы и значение симптомов будут достаточно ясны на раннем этапе лечения.

В других случаях психотерапевты увидят, что их первоначальная рабочая формулировка неполна, и это подскажет, какие дополнительные вопросы следует задать и к чему прислушиваться,

чтобы расширить понимание психотерапевта. Когда психическая жизнь пациента относительно недифференцирована (Searles, 1965), может оказаться трудным построить рабочую формулировку, и в этом случае в истории пациента найдется немного конкретных деталей, которые могли бы дать направление для формирования определенной гипотезы. Иногда личность и мотивы преследователя не ясны пациенту и не возникает никаких окружающих ассоциаций, проясняющих ситуацию. Тогда психотерапевт должен дожидаться появления смысла. Карта пациента зачастую содержит слишком мало информации относительно состояния его психотерапии. Записи о поступлении в стационар и выписные эпикризы в государственном здравоохранении обычно содержат даты прошлых госпитализаций и выписок, назначения медикаментов, увеличение дозировки и отмену приема лекарств, а также историю риска для себя или окружающих, но не содержат ни значимых описаний, ни формулировок касательно психологии пациента.

Если бы хирург сказал: «Мне необязательно знать артериальное давление пациента перед операцией. Для меня всегда было достаточно информации о температуре тела пациента», мы были бы в ужасе, но, когда врачи не настаивают на обоснованной психологической формулировке, персонал редко беспокоится на эту тему. Рассмотрим еще две рабочие формулировки, созданные на начальном этапе лечения: рабочие формулировки Эдисона и Упалы, предлагающие первичное понимание и указывающие на психологические проблемы, которые требуют более подробного разъяснения.

Рабочая формулировка Эдисона

Эдисон, 23-летний мужчина, который учился в университете по специальности «судебная медицина» и привлек внимание службы психологической поддержки своего вуза, когда перестал посещать занятия. Он был застенчивым, говорил тихим голосом и имел обыкновение отводить взгляд. Ему было трудно постоять за себя, когда его дразнили в школе. Он рассказал, как, когда он ехал ночью по пустынному побережью Орегона на собеседование для прохождения летней стажировки, олень, внезапно оказавшийся в свете его фар, уставился «прямо на него». Взгляд животного сообщил ему мысль, которую хотел донести этот олень:

Эдисон вторгся на территорию оленя. Эдисон также сообщил еще о двух подобных случаях, когда, посетив концерт, он заметил, как знаменитый музыкант, по-видимому, выделил его из толпы и пристально уставился прямо на него, показывая: он делает что-то нежелательное и он должен остановиться. Хотя Эдисон не был уверен, что делает нечто, чтобы нанести оскорбление, он надеялся, что сумеет понять это и изменить свое поведение.

Психодинамическая формулировка Эдисона

Рабочая психодинамическая формулировка, имеющая значение для психотерапии, может быть следующей: ночью, в монотонной поездке по пустынной дороге Эдисон остается наедине со своими мыслями. Он направляется на собеседование, которое, если его примут, улучшит его положение в жизни по сравнению с другими кандидатами, которым не предложат должность. Олень, скорее всего, представляет собой авторитетную фигуру (альфа-самец, эдипальный отец) и предупреждает его, что он вторгается на запрещенную территорию. Вместо того чтобы отстоять право на дорогу для людей, оставляя лес животным, Эдисон воображает, что олень говорит: «У тебя нет права находиться здесь, даже на этой пустынной дороге». Он считает, что его преступление на дороге — физическое вторжение. Образы знаменитостей, которых Эдисон видит на сцене в затемненном театре, населяют похожий момент, когда звезда шоу (фигура авторитета) предупреждает его, что он делает что-то нежелательное, хотя он не понимает, что это такое. В затемненном театре, находясь ближе к людям, где его конфликты не могут быть перенесены на животных, он не понимает своего проступка, потому что его условия бессознательны. Его преступление, вероятно, связано с его желанием забрать себе кусок пирога жизни. Пациент не уверен, на что он имеет право, если он вообще достоин чего-либо. Этот конфликт, вероятно, отражается в защите личности в виде застенчивости и в трудностях самоутверждения в школе.

КПТп формулировка Эдисона

Возможно, олень выбран в качестве носителя этой метафоры, потому что люди вторгаются в природу и разрушают естественную среду обитания животных так же, как Эдисон бессознательно воображает, что его достижения приведут к потерям других. Рабочая формулировка КПТп будет определять взгляд оленя и взгляд

знаменитостей как важные активирующие события («А»). Работа КПТп может включать в себя сначала выяснение того, чем взгляд любого животного, испуганного светом фар, будет отличаться от предупреждающего взгляда, а затем — каким образом его опыт с оленем был противоположен общепринятому пониманию «оленья в свете фар», встречи, в которой парализован, скорее, олень, а не водитель. Почему бы оленям не удовлетвориться миллионами гектаров слева и справа от дороги, и, если бы у кого-то была спутниковая инфракрасная камера, разве она не показала бы тысячи оленей, разбросанных по лесу, медленно передвигающихся в пространстве? Это идентифицирует того самого оленя как просто одного из множества оленей, который случайно оказался на краю шоссе в тот момент времени, а не величественного хранителя и т. д. Если КПТп преуспеев в том, чтобы вызвать сомнения в оценке Эдисоном оленя и знаменитостей, психотерапия может перейти к психодинамической фазе, чтобы выяснить, почему пациент воображает себя нарушителем, который наносит некий вред.

Вот еще одна рабочая формулировка. Юри, женщина 21 года, порвавшая с ортодоксальной религиозной общиной, в которой выросла, была госпитализирована после того как сообщила, что услышала голоса родителей, обвинявших ее в том, что она лесбиянка. В отделении она разговаривала только с мужчинами. Она сообщила, что встретила в университетском городке одну женщину по имени Касандра. Несколько недель назад они, согласно рассказу Юри, отлично провели день на Манхэттене, примеряя модную одежду. Она сказала, что они стали близкими подругами. Затем Касандра переехала в Сингапур. На этом этапе рассказ пациентки разделился на две разные истории. По одной из версий, она преследовала Касандру на Facebook и рассказала ей, что любит ее. Затем Касандра якобы предупредила ее, чтобы Юри больше не контактировала с ней, и позвонила в полицию. Во второй версии истории пациентка была жената на Касандре. «Касандре нравится быть мужчиной, поэтому она мой муж. Касандра разговаривает со мной ночью. Она все время хочет секса!»

Рабочая формулировка КПТп может сосредоточиться на галлюцинациях — голосах родителей и Касандры. Это важные «А» в последовательности «А–В–С», которые не допускают пациентку к обычному социальному взаимодействию. Рабочая психодинамическая формулировка могла бы рассматривать пациентку как

предпринимающую попытки осознать свою сексуальную идентичность, которая не была определена в подростковом возрасте. Ее привлекают женщины (она состоит в браке с Касандрой), но она осуждает эти чувства в себе (голоса ее родителей, обвиняющих ее в том, что она лесбиянка, передают это осуждение). Из-за своих предельно ограниченных социальных навыков она не могла установить тесные отношения ни с мужчинами, ни с женщинами, и поэтому она живет в ментальном мире, где мечты, исполняющие желания, заменяют отвергающую реальность. Ментальное представление Касандры, которое ее отвергает, — это ее ожидание того, что реальный человек отвернется от нее. Касандра, на которой она женится, любит ее, без необходимости завоевания привязанности в социальной реальности. У нее нет выхода для сексуальных потребностей. Ночью она проецирует собственное «желание секса» в мысленное представление о том, что Касандра хочет секса.

Рабочая формулировка Упалы

Рассмотрим еще одну рабочую формулировку. В 25 лет, проработав несколько лет туристическим агентом в компании Air India, Упала бросила работу и вернулась домой, чтобы жить с матерью после того, как ее ожидаемый брак по договоренности не состоялся. Она утверждала, что подверглась сексуальному насилию со стороны мужчины, которого мать назвала своим «дядей», но которого пациентка считала биологическим отцом. Ее госпитализировали в больницу, когда она сообщила, что слышала голоса демонов, которые говорили ей, что она ничего не стоит и должна убить себя. Когда ее спросили, может ли она нарисовать демонов, она изобразила пугающие фигуры, похожие на вырезанные на Хэллоуин тыквы, с открытыми ртами и неровными, зубчатными зубами. Она подчеркнула, что может нарисовать демонов только выше пояса. Она сообщила, что также слышала голос защитника, которого она назвала Морской Русалкой, существа, которое могло избавиться от демонов, проглотив их. Она отвела свою женщину-врача в сторону, чтобы сказать ей, что лекарство отравляет ее, вызывая чрезмерное менструальное кровотечение, но при осмотре было выявлено, что у нее не было менструации. Она также думала, что еда, которую принес ей «дядя», тоже вызывает сильное

менструальное кровотечение. Как это иногда бывает в клинической работе, может быть неясно, что реально, а что бред. Есть ли секрет, который скрывает семья? Правда ли, что пациентка подверглась сексуальному насилию? Действительно ли «дядя» — ее биологический отец? Правда ли, что он навещал ее и приносил какую-то еду? Подход психотерапевта будет варьироваться в зависимости от того, как решатся эти вопросы.

Рабочая формулировка КПТп может сосредоточиться на нескольких элементах. Голоса демонов и голос Русалки, вероятно, можно исследовать с помощью классической техники КПТп для голосов, которая способна привести к альтернативному объяснению, что они служат выражением беспокойства пациентки. Также может присутствовать трудно определимое «А» в некоторых ощущениях, связанных с приемом пищи или лекарств, которые пациентка интерпретирует как повреждающие ее тело. Если это так, то, вероятно, будет полезно изолировать это ощущение и «докопаться до дна» этого «А». Менструации пугают Упалу, что позволяет предположить, что у нее могут быть дисфункциональные представления о месячных, что можно исследовать в формате КПТп. Что касается психодинамической формулировки, пациентка воображает, что у нее, даже когда нет менструации, менструальное кровотечение, происходящее в ответ на еду, которую принес отец. Она считает, что нечто, что ее отец вложил в нее, отторгается ее телом? Она не может нарисовать то, что ниже талии, а ее спасительница — русалка, ноги которой сростись в хвост рыбы. Русалка наполовину рыба, наполовину женщина, но у нее нет гениталий, как у настоящей женщины. Русалки не могут менструировать, совершать вагинальный половой акт или родить ребенка. Сексуальные чувства Упалы выражаются в примитивных объектно-ориентированных фантазиях о том, что секс предполагает опасное вторжение через оральный портал, которое повреждает тело женщины. «Дядя» помещает в нее еду, и она истекает кровью. В больнице ей дают лекарства, и она истекает кровью. В ее сознании смешалось все, что касается секса, менструации и беременности. Ей требуются человеческие отношения и разговор так же, как ей нужны более высокие дозы нейролептиков.

Терапевты в области психического здоровья, специализирующиеся на дисциплинах, которые не занимаются непосредственно разработкой психосоциальных формулировок, иногда могут

интуитивно понять формулировку без обширной психологической подготовки. Например, однажды я провел серию консультаций с группой старших медсестер, чтобы обсудить пациентов, которых они считали «плохо управляемыми». Одна медсестра описала 23-летнюю женщину, которая подвергалась постоянному сексуальному насилию со стороны двух членов семьи мужского пола. Она была источником частых беспорядков в отделении. Пациентка имела обыкновение вставлять посторонние предметы в нос и уши. Эти предметы часто были связаны с ее внешним видом или личной гигиеной, например тюбик для губной помады или тампон. Вставив инородный предмет, она приходила на медицинский пост, крича, чтобы предмет удалили. Она требовала определенной процедуры для извлечения, которой нужно было следовать. Иначе она закричала бы еще больше и бросилась бы на пол. Ей нравилась одна медсестра, которая находила время, чтобы поговорить с ней, когда была на дежурстве. Пациентка требовала, чтобы эта медсестра присутствовала в процедурном кабинете, когда прибывал врач для удаления постороннего предмета. Врачу не разрешалось прикасаться к пациентке без разрешения медсестры. Когда медсестра давала специалисту по болезням уха, горла и носа (лору) зеленый свет для продолжения, пациентка успокаивалась и позволяла удаление инородного предмета, только чтобы этот цикл повторился снова на следующий или через день.

Представлявшая эту историю медсестра понимала, в чем проблема, хотя она не была обучена формулировать ее психологическими терминами или лечить ее психотерапевтически. Пациентка разыгрывала контролируемое повторение сексуального насилия, когда пальцы и половые члены были введены в ее тело. В своей постановке она превратила пассивную жертву в активного преступника, взяв на себя роль введения инородного предмета. Затем она обращала внимание своей доверенной матери-медсестры на оскорбление своего тела и требовала, чтобы медсестра оставалась с ней. Через доверенное лицо матери-медсестры она контролировала доступ врача к своему телу. Несмотря на то что значение ее симптомов было довольно очевидным, ее лечение не включало амбициозную психотерапию, сфокусированную на последствиях травмы. Скорее, она считалась «проблемой управления», вспышки которой следовало лечить седативными препаратами.

Начало изучения центральной бредовой идеи

Имея понимание предварительной рабочей формулировки когнитивно-поведенческой терапии психоза и психодинамической психотерапии, врач может предложить применить модель «А–В–С» к основным бредовым убеждениям пациента. Пациенты не будут оставлены в неведении относительно того факта, что психотерапевт собирается бросить вызов психозу. Этот поворот часто вызывает поток сопротивления, когда пациенты повторяют, что их убеждения истинны. Психотерапевту необходимо твердо стоять на ногах в этом «течении», мягко продвигаясь вперед, не вызывая преждевременного закрытия вопроса со стороны пациента, подтверждающего заблуждение. Психотерапевт может сказать что-то вроде:

«Я знаю, что вы убеждены в понимании того, что с вами происходит. Я услышал, через что вы прошли, и мне кажется логичным, что вы объяснили то, что произошло, таким образом. Вероятно, сейчас в вашей жизни нет более важной проблемы, чем эта (бредовая идея). Важно не торопиться с суждениями. Нам нужно разобраться с этим, чтобы убедиться, что мы учли все возможные объяснения. Если после обсуждения вы в конечном итоге будете думать так же, как сейчас, это ваше право. Но я надеюсь, что мы сможем исследовать доказательства вместе, чтобы у вас появилась лучшая возможность выяснить, что происходит. Выслушав вас, я сформировал несколько идей, которыми могу с вами поделиться. Вы бы хотели их услышать?»

Немногие пациенты отказываются от возможности услышать, что «на самом деле» думает врач. Большинству пациентов можно предложить начать использовать модель «А–В–С» для изучения центральных бредовых идей, но больные не всегда могут быть эмоционально вовлечены в это предприятие. Некоторые пациенты послушно выполняют последовательные действия, но сопротивляются тому, чтобы психотерапевт (или кто-либо еще) изменил их мнение. Один мой пациент полагал, что голос, который он слышал в своей квартире, был его умершей матерью, что привело его к выводу, что мать еще жива. Его переживания голоса часто вызывали состояния транса,

в которых он ритуально наносил себе вред. За 6 недель сеансов КПТп, направленных на уменьшение самоповреждающей активности за счет сосредоточения внимания на его убеждениях об идентичности голоса, было сказано многое, но мало что изменилось. Я спросил его, изменились ли его идеи в результате нашей работы. Он опустил голову, затем поднял глаза и сказал: «Мне нравится приходить сюда и разговаривать с вами, но в действительности я не слушаю, что вы говорите». Последующая психодинамическая работа показала, что в фантазиях голос матери был самым близким, что у него когда-либо было, к тому, чтобы иметь хорошую мать, которая заботится о нем. Его настоящие родители были наркоманами, которые привязывали его к мебели, а не присматривали за ним. Он не хотел менять свое отношение к голосу матери, несмотря на самоповреждающее поведение, которое возникло в результате этих внутренних объектных отношений.

Другой пациент выражал энтузиазм по поводу психотерапии, но начал пропускать наши сеансы. Он использовал в качестве защиты характер «трудоголика», чтобы бежать от серьезных конфликтов в браке, давление которых в конечном итоге спровоцировало психотический эпизод. Он оправдывал задержку на работе как моральную неизбежность, если он хотел зарабатывать деньги для обеспечения своей семьи. В своем лечении он начал применять ту же защиту личности «трудоголика», отменяя сеансы, потому что ему «нужно было работать». Хорошо продуманные пункты из руководства по лечению могут получить отпор, когда они столкнутся с психологическим сопротивлением. Опытный психодинамический терапевт-супервизор может помочь врачам первичного звена, особенно клиницистам, прошедшим тренинг КПТп, не включавший интерпретацию защиты личности, преодолеть сопротивление пациента изменениям.

Хорошее место для начала изучения центральной бредовой идеи — это набросать рабочую формулировку КПТп в верхней части листа бумаги в формате «А–В–С». Затем, чуть ниже нее, можно построить два столбца для сбора свидетельств за и против основного убеждения (таблица 10.1). По ходу терапии эти столбцы будут заполняться разными элементами. Например, набросок рабочей формулировки КПТп опыта слышания голосов может начинаться так, как показано в таблице 10.1.

Подробное изучение «А»

Психотерапевты, плохо знакомые с этой работой (особенно психодинамические клиницисты, менее привычные к концептуализации когнитивных последовательностей), могут сначала не знать, как определить «А» (это отмечалось ранее). «А» — это не бредовая идея. Вообще, «А» может быть чем угодно из целого ряда вещей: воспоминание о воспринимаемом событии, телесное ощущение, гибридное ментальное событие, такое как голос, переживание пустоты своего разума, мысль, которая не ощущается как своя собственная, чувство ослабленной самости (ipseity) или гиперрефлексивное изменение субъективного восприятия мыслей — различные события, вызывающие убеждение «В».

Таблица 10.1. Пример рабочей формулировки КПТп

«А» = активирующее событие	«В» = убеждение, объясняющее «А»	«С» = последствия
Я услышал голос, который сказал: «Может быть, случится торнадо»	Голос предупреждает меня, что я не должен выходить на улицу	Страх Социальная изоляция
Доказательства, подтверждающие убеждение «В»	Доказательства, не подтверждающие убеждение «В»	
<ul style="list-style-type: none"> • по телевидению передали репортаж о том, что люди погибли в торнадо; • тележурналист смотрел прямо на меня, когда сообщил об этом 	<ul style="list-style-type: none"> • торнадо случаются на Среднем Западе, но в Бруклине никогда не было торнадо; • тележурналистов учат смотреть в камеру, чтобы создать впечатление, будто они устанавливают личный контакт со всеми зрителями. Вы не можете сказать, чем взгляд того репортера отличался от обычного взгляда в камеру, присущего всем телекомментаторам; • у вас есть сильное ощущение, что сообщение было направлено вам, но нет веских доказательств 	

Применяя метод «А–В–С», психотерапевт должен выяснить, что больше всего беспокоит пациента в его ситуации («С»), а затем искать «А», которое породило убеждение «В», приведшее к дистрессу. Определив «А», пациент и психотерапевт должны углубиться в изучение этого «А», чтобы очертить его особенности. Психотерапевт должен уточнить, что именно переживает пациент. Что именно пациент видел или слышал? Какие ощущения тела отметил? «Подробное изучение “А” позволяет психотерапевту бросить неявный вызов воспринимаемому “представлению вещей”» (Marcus, 2017) психической жизни, которое проявляется в психотическом симптоме. Симптом, поскольку он представляет собой гибридное слияние мыслей, чувств и восприятий, не основан на расширенной контекстной реальности, как обычное восприятие. Он стоит особняком в сознании, ярко пылает на лишенном внимания тусклом пустом фоне. Пациент на самом деле мог слышать только приглушенный звук или неопределенное заявление голоса, которое можно интерпретировать по-разному; тем не менее пациент принимает переживание с единственным убеждением. Например, голос, который говорит: «Береги себя», может быть истолкован как предупреждение или как ласковое прощание. Лица, страдающие психозом, склонны объединять «А» и «В», так что событие и убеждение пациента о событии переживаются одновременно, с сильной уверенностью. КПТп стремится замедлить это неизученное слияние события и смысла, отделяя «А» от «В», чтобы можно было беспристрастно исследовать убеждения пациента и альтернативные представления об «А». Детальный разбор составляющих частей «А» помогает отделить реальный опыт события от убеждений, уточняя детали произошедшего события. Только когда «А» отделено от «В», можно рассматривать «В» как убеждение, которое возможно опровергнуть.

Читатель может вспомнить обсуждение из главы 3 о слиянии сознания, аффекта и перцепции в бредовых восприятиях и других гибридных ментальных состояниях, которые сочетают мысли, чувства, воспоминания и ощущения. В терминах психоанализа «углубление в точку “А”» постепенно наводняет бредовое восприятие вопросами о дополнительных деталях ощущения, которые должны сопровождать любое восприятие реальности. Запросы об этих деталях могут отвлечь внимание пациента от кажущейся реальности обособленного бредового восприятия.

Согласованная реальность содержит детали. Подробно разбирая «А», психотерапевт предлагает пациенту сообщить о дополнительных деталях, которые обычно окружают перцептивный опыт. Осознание пациентом того, что он не может дать удовлетворительный отчет о деталях, которые обычно составляют воспринимаемую сцену, может обозначить переживание пациента как нечто иное, чем общепринятое восприятие. Например, психотерапевт может сказать:

«Вы сказали мне, что, когда женщина на пешеходном переходе посмотрела на вас, вы решили, что она могла читать ваши мысли. Когда мы говорили о ее взгляде, вам было трудно описать, что именно в этом образе транслировало вам такое сообщение. Вам было трудно объяснить, чем обычный взгляд незнакомцев, идущих по улице, отличается от взгляда человека, читающего мысли. Похоже, вы просто знали, что ей известно, о чем вы думаете. Кажется, можно выделить не столько нечто конкретное, что вы видели, сколько сильное чувство, которое вы испытывали по поводу происходящего».

Углубленный разбор «А» может идентифицировать бредовое восприятие как неотразимое чувство, а не как достоверное восприятие, что начинает перемещать происхождение опыта из внешнего мира в пределы границ личности. Поскольку когнитивно-поведенческий подход по определению сосредоточен на сознании и поведении, несмотря на богатую технику КПТп, вытекающую из этого метода, когнитивно-поведенческая модель не учитывает того факта, что прожитое субъективное переживание психоза состоит из гибридных динамических смесей мысли (сознание), чувства, восприятия и воспоминания, которые по сути не являются частями сознания.

Рассмотрим пример детализации «А». Женщина сообщила, что по пути в клинику она увидела двух человек, разговаривающих в вестибюле ее здания («А»), и пришла к выводу, что они говорили об интимных подробностях ее жизни. Психотерапевт может углубиться в детали «А», спросив:

«Где в вестибюле вашего дома стояли эти люди? Были ли вы достаточно близко, чтобы услышать, что именно они говорили? Так они были на противоположной стороне вестибюля, поэтому

вам было трудно разобратить, что они говорят. Во время разговора смотрели ли они друг на друга или смотрели на вас? Понимаю. Они разговаривали друг с другом, когда вы вышли из лифта, а потом посмотрели в вашу сторону? Был ли у вас способ узнать, разговаривали ли они до того, как вы вышли из лифта? Насколько велико открытое пространство в вашем холле? Итак, там есть место, чтобы остановиться и поговорить. С тех пор как вы переехали в это здание, вы впервые заметили, что кто-то разговаривает в вестибюле? Значит, это было не в первый раз. Вы узнали в одном или в обоих из этих людей кого-то живущего в этом здании? Вы их не узнали. В это здание допускаются посетители? Да, я полагаю, посетителям разрешено входить. Есть ли отличие между тем, как говорили бы посетители, знающие друг друга, и разговором двух людей, обсуждающих вас? Вам сложно описать, как обычный разговор двух людей, которые знают друг друга, мог бы отличаться от разговора о вас. В Бруклине люди все время разговаривают друг с другом. Любой человек в вестибюле в тот момент увидел бы, как разговаривают два человека, но там, где большинство людей может видеть обычный разговор, вы обнаруживаете особое значение, связанное с вами. Итак, это больше похоже на ощущение, которое у вас было в то время, что они говорили о вас, а не на то, что вы можете описать с определенностью. Одна из наших задач в психотерапии — попытаться понять, почему вы можете интерпретировать реальные события, которые видят все, настолько иначе, чем другие люди».

Как отмечалось в главе 7, во многих случаях доказательственная цепочка, поддерживающая бредовую идею, представляет собой длинную последовательность идей соотнесения, накопление которых словно складывается в сознании пациента в поддержку бредового убеждения. Пациент рассуждает: «Если бы это случилось один или два раза, я мог бы списать это на совпадение, но я видел бесчисленное количество примеров событий, сосредоточенных на мне. Наверняка, что-то происходит!» Каждое новое переживание идеи отношения становится еще одним независимым подтверждающим свидетельством, доказывающим истинность бредового убеждения. Мысленный эксперимент, который я нашел полезным для некоторых пациентов с такой цепочкой

доказательств, включает представление пары оранжевых солнцезащитных очков. Я говорю:

«Мы, безусловно, можем согласиться с тем, что любой, кто стоит рядом с вами, когда на вас смотрит незнакомец, также увидит человека, смотрящего на вас, но другие люди не видят того личного значения во взгляде незнакомцев, какое видите вы. Вам кажется очевидным, что, когда незнакомцы смотрят на вас, они знают о вас что-то личное, но ваша семья, друзья и другие люди говорят, что вы неверно интерпретируете эти взгляды. Поскольку это случалось с вами много раз, каждый раз, когда это происходит, становится для вас еще одним свидетельством, подтверждающим вашу точку зрения. Если я смогу убедить вас послушать мои рассуждения, я приведу пример восприятия мира, который может помочь нам в размышлениях о вашем опыте. Представьте, что я устал и задремал, сидя в кресле. Один мой друг решил сыграть надо мной шутку. Пока я спал, он надел мне на нос очень легкие оранжевые солнцезащитные очки. Когда я просыпаюсь, я сначала не замечаю солнцезащитных очков. Я удивлен, увидев, что мир стал оранжевым. Я смотрю прямо перед собой, и мир выглядит оранжевым. Я смотрю на вас, и вы имеете оранжевый цвет. Я смотрю налево. Оранжевый. Я смотрю направо. Опять оранжевый. Куда бы я ни посмотрел, я вижу одно и то же. Я неверно истолковываю то, как выглядит мир, потому что смотрю на мир через оранжевый фильтр, который формирует мое восприятие. Когда я смотрю в десять разных направлений и вижу оранжевый везде, куда бы ни повернулся, мне может показаться, что я накапливаю десять доказательств того, что мир стал оранжевым, но на самом деле я накопил десять примеров одной и той же ошибки. Люди говорят вам, что вы неправильно понимаете значение взгляда незнакомцев. Итак, я предполагаю, что наш вопрос заключается в следующем: когда вы приводите десять или более примеров людей, которые смотрели на вас, чтобы доказать вашу точку зрения, являются ли эти случаи десятком отдельных независимых свидетельств в поддержку вашего убеждения, или вы, как и я, если бы я надел оранжевые солнцезащитные очки, снова и снова делаете одно и то же неверное толкование, так как видите мир через призму, которая придает особый смысл обычным событиям».

Веб-сайт как антецедент «А»

Вот пример, в котором веб-сайт был представлен как «А». Женщина-психотерапевт из одной из моих групп супервизии прислала мне тревожное электронное письмо с подробным описанием того, как один из ее пациентов с хронической склонностью к самоубийству, слышавший голоса, продемонстрировал ей распечатку ультраправого антиправительственного веб-сайта, утверждавшего, что правительство США использует секретную микроволновую технологию с целью повредить человеческий мозг. Я перешел по ссылке, ожидая, что увижу липовую прессу, но, как и моя коллега-психотерапевт, был озадачен тем, что на первый взгляд выглядело хорошо организованным веб-сайтом. На странице был изображен драматический рисунок человека, держащего голову, явно в агонии, как подобие знаменитой картины Эдварда Мунка «Крик». Сайт действительно цитировал статью из авторитетного рецензируемого журнала, в которой сообщалось, что слуховые явления могут быть вызваны у людей с помощью микроволнового излучения. Пациент представил этот блог как доказательство того, что он стал мишенью для правительства, которое вызвало голоса с намерением свести его с ума. Я подумал про себя: «Это может быть шах и мат! Возможно, психоз победил». Но мы с моей коллегой-психотерапевтом объединились. Я провел поиск в интернете и нашел недавний обзор воздействия микроволн на людей, не упомянутый в блоге. Действительно, одиночный микроволновый импульс может восприниматься как слышимый щелчок, а последовательность импульсов — как слышимый тон с высотой тона, соответствующей частоте повторения (Lin & Wang, 2007). В литературе нет сообщений о голосах, вызванных микроволновым излучением.

Я посоветовал психотерапевту рассмотреть веб-сайт как «А» в последовательности «А–В–С». Убеждение пациента «В» состояло в том, что сайт содержал авторитетную информацию, подтверждающую его заблуждение. Его последствием «С» было «Я же вам говорил», направленное его психотерапевту, углубляющаяся убежденность в бредовой идее и нарастающее чувство отчаяния. Однако внимательное прочтение веб-сайта выявило многочисленные пробелы в доказательствах статьи, которые можно было бы объединить в столбце «доказательства против» в анализе «А–В–С». Мы с психотерапевтом «углубились в “А”» (веб-сайт) и нашли множество возможностей бросить вызов этому блогу. Я посоветовал терапевту при следующей встрече с пациентом, обсуждая веб-сайт, рассмотреть следующее.

1. Согласиться с логичностью того, что пациент мог подумать, будто веб-сайт предлагает объяснение его голосов. Сочувствовать тому, как он пытается найти объяснения происходящему и как он, должно быть, ощутил некоторое признание своих убеждений, когда наткнулся на этот веб-сайт.
2. Подчеркнуть, что графическое изображение человека, мучимого тем, что происходит в его голове, могло быть художественным изображением ощущения, вызываемого голосами у пациента. В этом смысле страдание, изображенное на картине, относится к нему самому, но не к механизму.
3. Признать, что микроволны производят щелчки и звук, но не голоса. Сделать следующее предложение: «Я понимаю, почему вы думаете, что веб-сайт предлагает доказательства, но, когда мы внимательно читаем веб-сайт, мы видим, как там используются ложные заявления и рассматриваются домыслы». Обратиться к публикации на сайте во время сеанса.
4. Прочитать публикацию страница за страницей, исследуя блог в формате двух столбцов.
5. Предложить пациенту спросить, почему, когда на самом веб-сайте заявлено, что представленные утверждения являются лишь догадками, он считает их «доказательством». Его ошибку можно объяснить когнитивным искажением, связанным с подтверждением (мы интерпретируем вещи, чтобы найти поддержку тому, во что уже верим) и эффектом самореференции (все это время деньги и усилия сосредоточены на нем, без видимой конечной точки). Можно считать, что психотерапевт добился чего-то, если этот определенный веб-сайт может быть дискредитирован, но пациент, скорее всего, будет приводить бесконечную последовательность примеров, если психотерапевт не сможет продемонстрировать, что этот конкретный пример и все другие подобные примеры являются продуктами когнитивной предвзятости (то есть пациент признает, что ведущим фактором служит общая картина предвзятости, и не обсуждает отдельные примеры).
6. Сочувствовать тому, как ему больно мучиться таким образом и как сильно он хочет объяснений и разрешения; как трудно, должно быть, удерживать его разум открытым и вместе с вами искать ответы; как заманчиво держаться за веб-сайт, которому явно нельзя доверять.

Измененные состояния «Я» в роли точки «А»

Изменения сознания и измененные состояния личности могут служить точками «А» в последовательности «А–В–С». Как правило, легче разбирать детали восприятия события, происходящего во внешнем мире, например когда незнакомцы смотрят на пациента, чем детально описать внутреннее субъективное состояние, которое может ощущаться как серый туман. Для психотерапевта, который идентифицирует субъективное состояние как «А», важно держать само субъективное переживание отдельно от убеждений пациента о значении переживания. Например, если бы мы отправились в Мариенбад впервые, но чувствовали, что уже были там раньше, наш календарь может опровергнуть идею о том, что это наша вторая поездка. Однако субъективный опыт дежавю стоит на своем собственном, неопровержимо, как субъективное событие. Чувство дежавю — это «А». Для большинства людей дежавю «А» приводит к убеждению «В», например: «У меня только что был момент дежавю». Следствием «С» может быть небольшое замешательство, потому что мы знаем, как назвать этот опыт, и мы знаем, что он пройдет без каких-либо более широких последствий и не следует ожидать никакого вреда. Страдающий психозом человек может ощутить то же самое дежавю «А» и заключить: «Я только что был в путешествии во времени в прошлое. Миссии засекречены, поэтому я никогда не помню, где был и что делал, когда возвращаюсь в настоящее. Ощущение “все знакомо” возникает в тот момент, когда я возвращаюсь в настоящее. Я чувствую это, потому что возвращаюсь в место, которое мне знакомо, потому что я только что покинул его, чтобы выполнить свою миссию. Это чувство “знакомое” подсказывает мне, что я продолжаю с того места, на котором остановился».

Спитцер (Spitzer, 1990) говорит, что утверждения о собственном субъективном опыте никогда нельзя рассматривать как бред, потому что никто, кроме человека, кому принадлежит этот внутренний опыт, не имеет к нему доступа. По его мнению, термин «бред» следует использовать для утверждения о внешнем мире, которое может быть подтверждено или опровергнуто. Это различие клинически важно. Когда в том, что на самом деле является попыткой описать измененное состояние сознания, человек с психозом выдвигает заявление об объективной реальности, которое может быть фальсифицировано, мы рассматриваем это как бредовую идею. Например, «Я не чувствую связи с моими мыслями

и действиями, как раньше» — это описание измененного состояния ума. Заявление: «Компьютерный чип, размещенный в моем мозге, направляет мои мысли и действия» — это бредовая идея, потому что содержит утверждение об объективном мире, которое может быть фальсифицировано; к примеру, компьютерная микросхема не видна при компьютерной томографии головы. Когда измененное состояние «Я» — это «А», психотерапевт может войти в заблуждение, сосредоточиваясь на ложной идее, а не на субъективном состоянии, которое ее породило. Психотерапевт может собирать доказательства против компьютерного чипа до второго пришествия, но это усилие, вероятно, будет направлено неверно, если не будет определено измененное состояние («Я не чувствую связи со своими мыслями и чувствами, как раньше»), выступающее в роли «А».

Когда точкой «А» является аномальное состояние личности, его нельзя «детально разобрать» так же легко, как в случае внешнего восприятия. Но психотерапевт все еще может использовать формат «А–В–С», чтобы идентифицировать измененное состояние сознания как «активирующее событие», которое порождает убеждение «В», имеющее последствия «С». С этой целью психотерапевт может использовать временную шкалу, чтобы подчеркнуть, что пациент не всегда чувствовал так, как сейчас. Существует «до», когда психическое состояние человека было таким, как прежде, и «после», вслед за которым наступает измененное субъективное состояние. Психотерапевт может предложить альтернативные объяснения изменений в состояниях личности, нормализуя измененные состояния «Я» в ответ на стресс как похожие на диссоциацию и дереализацию. Психотерапевт может рассказать о личном опыте, приведшем к изменению состояния сознания, и обратиться к обширной психологической литературе, которая связывает измененные психические состояния с психологическим конфликтом. Например, многие люди в течение нескольких дней чувствовали себя ошеломленными после нападения 11 сентября 2001 года на башни Всемирного торгового центра на Манхэттене. Пациентам могут быть предложены домашние задания, чтобы они прочитали отрывки, написанные «экспертами по опыту», в которых рассказывается об измененных состояниях «Я» (Greenberg, 1964; Lauveng, 2012).

При условии, что психотерапевту удалось определить основную последовательность (или последовательности) «А–В–С» пациента,

он может перейти к использованию набора техник КПТп, которые хорошо применять для исследования бредовых убеждений. Некоторые из этих методов описаны в следующей главе.

КПТп — это многогранный клинический подход, который все еще развивается. Мое описание методов КПТп не задумано как полный обзор КПТп или того, что является «правильной» техникой КПТп. Скорее, я резюмирую методы, которые нашел полезными при интеграции КПТп с ПДПп при лечении.

Глава 11

РАБОТА С ГОЛОСАМИ И ДРУГИЕ ТЕХНИКИ КПТп

Большинство людей с психозами сообщают о том, что слышат голоса ежедневно или хотя бы периодически. Как правило, голоса причиняют беспокойство, поэтому они — основное направление психотерапии, но некоторые люди считают эти голоса оказывающими позитивное участие в их жизни. Хотя «слышание» голоса сущности, которая не присутствует физически, обычно рассматривается психиатрическими диагностами как слуховая галлюцинация, указывающая на психоз, существуют и другие точки зрения. Сюда входит идея о том, что голоса — это предки, или духовные существа, или парапсихологические явления, еще недостаточно изученные медицинской наукой. Мы все время от времени говорим сами с собой, если не вслух, то мысленно. Значительную часть нашего мышления можно понять как внутренний диалог, в котором одна часть нашего разума приходит с идеей, на которую другая часть реагирует, как в диалоге. Голосовой опыт при психозе — это одно из проявлений способностей, которыми обладают все люди: способности вести внутренний диалог.

Голоса как посланники из внутреннего мира

Карл Юнг (1875–1961) рассматривал некоторые виды слуховой коммуникации с человеком, физически не присутствующим, как патологические «слуховые галлюцинации», которые возникают из так называемых автономных комплексов мыслей,

чувств и поведения, часто в результате травмы. Однако он считал другие переживания перцептуализированного внутреннего диалога нормальными, называя их «видениями», или «голосами» (Jung, 1989, 2012). Согласно Юнгу, внутренние диалоги с архетипическими частями личности (Персона, Тень, Анима и Анимус) — важные аспекты эмоционального роста. Поскольку Юнг рассматривал подсознание как изначально коллективное бессознательное, из которого дифференцируется человек, нежели вместилище для вытесненных элементов, исключенных из сознания, он трактовал голоса и видения как аспекты процесса индивидуализации, в котором ментальная жизнь человека возникает более полно из первоначального коллективного бессознательного. Юнг использовал технику, которую назвал «активным воображением», где человека поощряли к добровольному диалогу с внутренними персонажами в качестве процесса обучения, а внутренние архетипы поощряли говорить, чтобы передать сообщение центральной личности. Аватар-терапия, разработанная Джулианом Леффом в 2008 году, перекликается с этим подходом (Craig et al., 2018; Leff, Williams, Huckvale, Arbutnot, & Leff, 2014). Некоторые слышащие голоса люди считают свои голоса значимыми посланниками, исходящими из глубин душевного мира или откуда-то еще, и полагают, что их следует включать в диалог, в результате которого могут возникнуть новые, более адаптивные отношения с этими голосами. Такая позиция согласуется с идеей вовлечения архетипов Юнга и со взглядом Кляйн на голоса как на воспринимаемые внутренние объекты.

Рассмотрим пример человека с непсихотическим расстройством, где показано, как голоса могут быть сообщениями изнутри человека, которые способны сказать что-то значимое. Льюис начал употребление рекреационных наркотиков в старшей школе, затем в его жизнь пришли марихуана, алкоголь, кокаин и метамфетамин в различных комбинациях, почти каждый день. Запертый в амбивалентных отношениях с волевым отцом и пассивной матерью, которая стояла в стороне, он плыл по течению из средней школы в колледж и подсел на наркотики. Его очевидное состояние несчастья заметили друзья и семья, включая мать, которая в редкий момент уверенности в себе объявила, что Льюис должен вернуться домой в конце семестра. Он не протестовал.

По пути домой в декабре после злоупотребления метамфетаминном он посетил рождественский обед с друзьями, где, по своему

обыкновенно, выпил и употребил марихуану. Чем больше он курил, тем более тревожным становился и не мог привести свои мысли в порядок. Он решил, что, если примет еще больше метамфетамина, это очистит его голову. Его друзья отказались участвовать в химическом пиршестве и выразили озабоченность по поводу его возбужденного состояния. Льюис вспомнил свой фантастический опыт того времени:

«Я был в полном замешательстве. У меня было ощущение, что я должен обратиться к чему-то основательному, и я начал пытаться звонить по телефону поэтам, которые ассоциировались с положительными чувствами. Я попытался позвонить в справочную, но не смог даже сказать, что хотел. Я в некоторой степени осознал, что моя речь была отделена от моих мыслей. В какой-то момент хозяйка, которая работала медсестрой в психиатрической больнице, дала мне валиум, чтобы я успокоился. Через некоторое время я услышал, как другие мои друзья во дворе за окном распевали Т. С. Элиота “Полюе люди”, словно пародию на рождественские гимны. У меня были галлюцинации. В то время я не сомневался, что это восприятие было полностью реальным. Что интересно, мои мысли больше не путались. Я отчетливо слышал их голоса. Я точно не помню, как долго продолжалось пение. Недолго, а может, я заснул. На следующий день я подумал, что это я “полюй человек”. У меня никогда раньше не было такого слухового опыта при употреблении наркотиков. Я понял, что у меня был кратковременный психоз. Я больше никогда не принимал амфетаминов».

Обсуждение объяснений голосов с пациентами

В психотерапии Льюис смог реконструировать сообщение из своего внутреннего пространства, передаваемое голосами. Предсознательно сознавая, что у него психологические проблемы, в вызванном интоксикацией состоянии сна наяву он обратился за советом к поэтам, которыми восхищался; он не мог в тот момент пообщаться со своими родителями. Хор голосов поднялся из его внутреннего мира, чтобы показать ему, что он превратился в пустого человека, заполняющего свою психическую пустоту наркотиками. Его голоса были сообщениями изнутри, которые

привлекли его внимание к аспектам психики, с которыми ему нужно было встретиться лицом к лицу.

Дискуссии между людьми, которые слышат голоса, и клиницистами часто сосредотачиваются на том, что голоса «настоящие». Когда голос занимает центральное место в последовательности «А–В–С», пациенты часто придерживаются мнения «В», что голоса, которые они слышат, реальны по разным причинам («реальный» означает, что голоса воспринимаются как имеющие независимое существование вне «Я»). Люди, которые воспринимают свои голоса таким образом, могут чувствовать себя беспомощными перед лицом психологического страдания, причиняемого голосами. Люди, слышащие голоса, делают наблюдения за феноменологией голосов и собирают их как свидетельства независимой реальности голоса. Характеристики голосов, которые разные люди выделяют в своем личном опыте, могут быть совершенно различными (Garrett & Silva, 2003). Некоторые характеристики подразумевают реальность голоса: голос так же ясен, как и реальный голос настоящего человека; он идентифицируется как конкретный человек; он участвует в двустороннем диалоге, как настоящий человек; кажется, что он обладает особыми знаниями или точно предсказывает будущее; он появляется во сне; по оценке человека, его слышат другие; он выражает эмоции, как и реальный человек, включая голосовой тон команды; он напрямую говорит о сомнениях человека в реальности голоса; это в своем роде показывает инстинкт самосохранения; он выражает содержание «не Я»; он производит телесные ощущения; он проявляется во многих чувствах (например, слух и зрение); кажется, он имеет протяженность во времени и пространстве; его вероятная реальность поддерживается религией или фольклором; его кажущаяся реальность подтверждается последовательностью идей соотнесения.

Как всегда бывает в формулировке КПТп, психотерапевт стремится понять, во что верят пациенты и какие доказательства они собирают в поддержку своих убеждений. Этот перечень не исчерпывающий, но может предоставить терапевтам список вещей, на которые следует обратить внимание, когда они обсуждают голосовой опыт с пациентами.

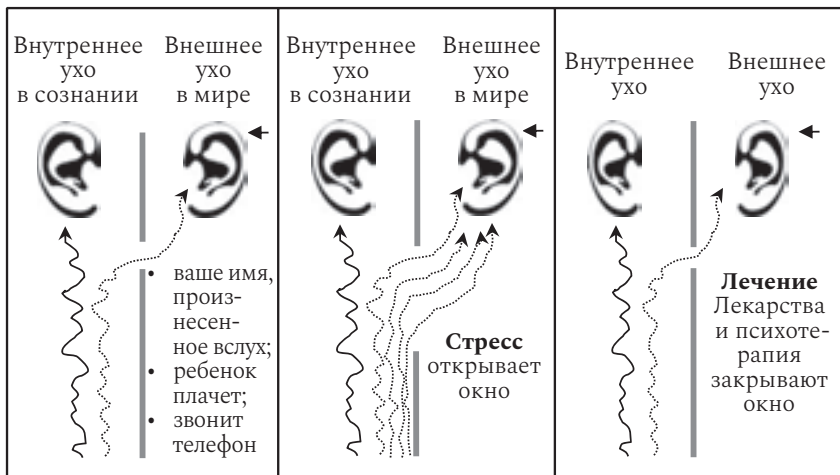
Несколько лет назад я набросал рисунок (рисунок 11.1) для пациента, когда пытался «нормализовать» восприятие голоса,

и продолжаю им пользоваться. Я обнаружил, что диаграмму «Окно в сознании» легко объяснить, она легко понимается большинством пациентов и охватывает множество вопросов.

Объяснение диаграммы можно построить следующим образом, предлагая пациенту делать комментарии по мере рассказа психотерапевта:

«Мы все ведем внутренний диалог. Иногда я разговариваю сам с собой, например когда теряю концентрацию или когда не чувствую, что у меня достаточно энергии, чтобы что-то закончить. Например, если я плаваю в бассейне и устаю, я могу предложить себе оправдание, чтобы остановиться пораньше, напомнив себе о других делах, которые мне нужно сделать, например об ответах на электронные письма. В такие моменты я приветствую появление авторитетного голоса в моей голове, который говорит мне: «Давай! Закончи тренировку! Электронные письма могут подождать!» В такие моменты появляется голос, который выражает более решительную часть меня, направляющую меня, дающую твердую команду к действию. Или когда я делаю что-то, что, как я знаю, может быть неразумным, например балансирую на стуле, чтобы добраться до верхней полки, вместо того чтобы встать на специальную табуретку, а стул начинает терять равновесие, и я роняю несколько книг на пол и, пока пытаюсь удержаться в вертикальном положении, могу услышать критический голос, говорящий: «Ты идиот! Тебе лень достать табуретку. Почему ты делаешь такие вещи?» У всех нас есть наблюдатель, который находится в глубине души и готов комментировать наши действия. Несмотря на то что одна часть моего разума разговаривает с другой частью, я знаю, что голос, который я слышу в своей голове, является частью меня. Это я думаю о завершении тренировки или критикую себя. Мы можем нарисовать схему того, как это работает для большинства людей».

Я рисую, начиная с вертикальной линии посередине страницы с открытым пространством (или окном) в линии между двумя сторонами страницы. Лучше всего рисовать карандашом с ластиком, чтобы можно было вносить изменения в рисунок по мере развития объяснения. Левая сторона обозначается как «Внутреннее ухо в сознании», а правая сторона — «Внешнее ухо в мире».



Стартовая схема 1

Схема 1 изменена под воздействием стресса

Схема 1 восстановлена

Рисунок 11.1. Объяснение голосов в отношении к обычной психической жизни

«Большинство людей различают, когда ощущают мысль, возникающую в их сознании и направляющуюся к их внутреннему уху, и когда они слышат, как кто-то за пределами них самих разговаривает с ними».

Я обозначаю внешний голос реального человека на диаграмме маленькой стрелкой, указывающей справа налево, расположенной возле внешнего уха. Я рисую волнистую линию, поднимающуюся от нижней части страницы к внутреннему уху; она изображает мысль, возникающую в уме.

«Люди, которые слышат голос, часто могут отличить свои собственные мысли, речь постороннего человека и голоса, хотя иногда это может быть запутано. Как это происходит в вашем случае?»

Большинство пациентов сообщают, что они могут различать мысли, голоса и внешнюю речь (Garrett & Silva, 2003). Психотерапевт продолжает.

«Иногда у нас возникает мысль, но вместо того, чтобы быть услышанной внутренним ухом, она проскальзывает через окно в нашем сознании, окно, которое никогда не закрывается полностью, и мы слышим эту мысль, как если бы она входила в наше внешнее ухо. Это похоже на то, что говорит кто-то извне».

Я рисую вторую волнистую линию, которая поднимается вверх параллельно линии мысли, уже присутствующей на странице, и выходит из сознания через окно в разделительной линии, проходящей посередине страницы.

«Типичный пример этого — когда люди слышат, как кто-то зовет их по имени на улице, когда никого нет. У большинства людей был такой опыт. У меня точно был. Другой пример — когда родители укладывают детей спать в кроватку. Родители настороженно слушают, не плачет ли ребенок. Иногда родители так внимательно прислушиваются, что слышат плач ребенка, когда он на самом деле спит. Иногда мы слышим то, что ожидаем услышать. Родители беспокоятся о ребенке, поэтому слышат, как ребенок плачет, когда это не так. То же самое может случиться и с мобильными телефонами. Иногда мы слышим телефонный звонок или чувствуем вибрацию, но не уверены, действительно ли телефон зазвонил. Это повседневные примеры того, как наши мысли возникают, поднимаются на поверхность и ускользают через окно в сознании к Внешнему уху. Обычно в этом окне нашего сознания приоткрывается только небольшая щель, но иногда окно широко распахивается и застревает в этом положении. Многие мысли начинают проскальзывать через это окно к Внешнему уху. К этому может приводить стресс. Стресс способен открыть окно. Когда ваш разум находится под давлением, беспокойство может вытолкнуть ваши мысли из разума к Внешнему уху. Как и родители, которые беспокоятся о своем ребенке, мы иногда слышим то, о чем беспокоимся. Недостаток сна может открыть окно. Уличные наркотики, такие как фенциклидин (PCP), грибы и марихуана, тоже могут открыть окно».

Я стираю часть разделительной линии, тем самым открывая окно, и рисую множество мыслей, направляющихся через окно во Внешнее ухо.

«Снижение стресса способно помочь закрыть окно. Чтобы закрыть окно, можно использовать различные методы, которые помогают справляться с голосами. Иногда лекарства помогают закрыть окно. Лучшее понимание того, что вас беспокоит, поможет закрыть окно. Я надеюсь, что это то, чего мы сможем добиться в психотерапии. Иногда с людьми случаются болезненные вещи, которые вызывают в сознании сильный стресс, и это открывает окно. В психотерапии мы стараемся понять, есть ли такие способы думать о подобных вещах, чтобы уменьшить этот стресс».

Если окно в разуме распахивается травмирующими переживаниями, человек, возможно, никогда не сможет его закрыть. В этом случае ему приходится искать способы приспособления к жизни с этим новым слуховым переживанием своей бессознательной психики. Группы для слышащих голоса и Hearing Voices Network — сеть помощи людям, слышащим голоса (www.hearing-voices.org), могут быть чрезвычайно полезными для людей, стремящихся к такому приспособлению. В психотерапии, когда пациенты понимают личную значимость своего опыта слышания голоса, они могут лучше сформировать другое отношение к своим голосам, которое предполагает меньшее страдание.

Некоторые пациенты легко интерпретируют голоса как мысли, проскользнувшие через окно. Для других пациентов эта связь ясна не сразу. В любом случае рисунок 11.1 может помочь сформировать и визуально обосновать как технику КПТп, так и психодинамическую работу с голосами. Это простой способ показать и различить поток сознания пациента во внутренней речи и голосе. Люди, которые слышат голоса, иногда сообщают: «Я начинаю думать о чем-то, но затем голос завершает мысль. Голос говорит то, что я думаю». Рисунок 11.1 может показать это переживание как мысль, поднимающуюся до Внутреннего уха, сначала сопровождаемую субъективным ощущением обдумывания, а затем как мысль в последнюю минуту сворачивает через окно к Внешнему уху и далее воспринимается как голос, завершающий мысль. «Подъем» от нижней части страницы к Внутреннему уху иллюстрирует мысль или фантазию, «поднимающуюся» из бессознательного источника мысли, фантазии и творчества в сознание. Вызванные стрессом мысли, устремляющиеся через окно, изображают давление аффекта, которое требует выражения. У меня было несколько пациентов, для которых понимание этого рисунка стало решающим моментом в лечении.

Я нашел Ted-лекцию Анилы Сета (www.ted.com) под названием «Осознанная реальность — это галлюцинации нашего мозга» чрезвычайно полезной, чтобы помочь пациентам понять механизмы работы мозга, лежащие в основе галлюцинаторных переживаний и идей отношения, которые привязываются к окружающим звукам, воспринимаемым как личные значения. Во время этой лекции Сет воспроизводит бессмысленный звук, который не имеет значения при первом прослушивании. Затем он формирует у слушателей ожидание сообщения, которое будет услышано в бессмысленном звуке, и снова воспроизводит звук. Во второй раз слушатель различает сообщение, иллюстрирующее, как ожидания переходят в восприятие. Как только сообщение услышано, становится почти невозможным снова услышать этот звук как бессмысленный. Этот механизм лежит в основе лингвистической фиксации одного и того же звука в разных словах в разных культурах. Например, лай собаки может быть «услышан» как bow-wow или woof-woof на английском языке, want-want на китайском, gau-gau на вьетнамском и tung-tung на корейском. Устойчивость сообщения в демонстрации Сета иллюстрирует, как бредовые события почти навсегда запечатлеваются в восприятии, даже когда пациент знает, что это восприятие не имеет логического смысла. Так было с моим ошибочным восприятием черной собаки (глава 9), когда я мог опровергнуть первоначальный ошибочный образ, но не был способен заменить его воспоминанием о правильно воспринятом образе. Пациентам, которые слышат, как незнакомцы с некоторого расстояния осуждают их, можно показать презентацию Сета, чтобы проиллюстрировать, как они слышат то, что ожидают услышать, в том, что в противном случае могло быть воспринято как неразборчивое бессмысленное бормотание.

Набор методов КПТп

Врачи, практикующие КПТп, разработали большой набор техник, которые кратко изложены в ряде учебников, описывающих КПТп (Wright et al., 2009, 2010). Клиницисты, обученные КПТ при депрессии и тревоге (Beck et al., 1987), не должны предполагать, что они уже знают все, что им необходимо, чтобы эффективно работать с пациентами с психозами, но у них есть значительное

преимущество в изучении КПТп. Вопреки обычному стилю практики, психодинамические клиницисты должны наверстать упущенное, чтобы добавить методы КПТп к своим навыкам. Основная часть фазы лечения КПТп направлена на то, чтобы изменить убеждения страдающих психозом людей в том, что они беспомощные жертвы внешних сил, ведь с этими мыслями они ничего не могут поделать. Связывание стрессовых состояний психики с преследователями, которые кажутся находящимися вне «Я», дает надежду на то, что пациенты смогут в некоторой степени контролировать то, что их беспокоит, исследуя свою собственную когнитивную и аффективную психологию. Методы, содержащиеся в учебниках КПТп, цитируемых в этой книге, разнообразны и обширны. Здесь я рассмотрю ряд техник, которые считаю особенно полезными.

Использование этих методов не гарантирует, что пациенты воспримут их как инструменты достижения перемен. Хотя большинство техник КПТп требует практики, пациенты, которые сопротивляются изменениям, могут попробовать какую-либо технику несколько раз или не попробовать вовсе и заявить, что она не помогает. Психодинамические терапевты расценят нежелание пациента выполнять домашнее задание или предпринимать добросовестные усилия по использованию новых техник как значимое психологическое сопротивление, которое необходимо понять и обсудить с пациентом (например, «Кажется, вы посещаете клинику отчасти потому, что этого хочет ваша мать, поэтому вы не делаете домашние задания и не концентрируетесь на том, что мы обсуждаем. Та часть вас, которая хочет помощи, противостоит той части вас, которая не хочет быть здесь»).

Изучение контекста, в котором происходят события

Пациент и психотерапевт могут выяснить, когда и где происходят активирующие события («А»). Например, пациентка отметила, что ее голоса, как правило, были более интенсивными рано утром и поздно вечером перед сном, а эта связь помогает нормализовать голоса как явления, которые часто возникают в обычных гипнопомпических и гипногических периодах до и после сна. Многие пациенты связывают голоса с бессонницей. Бессонница ассоциируется со стрессом, что связывает голоса со стрессом. Связи между историческими событиями, отмеченными на временной шкале, разработанной в процессе

первоначальной консультации (и пересматриваемой по мере продолжения лечения), помогают ассоциировать психотические симптомы со стрессом. Психотерапевт может отметить появление симптомов после иммиграции, или после травли в школе, или после физического или сексуального насилия, или при горе от смерти близкого значимого человека. Установление таких взаимосвязей уменьшает ощущение того, что симптомы вызваны внешними силами, а не внутренними реакциями. Кажущиеся связи между вещами могут иметь неожиданный характер значения для пациентов. Однажды я работал с человеком, который был убежден, что его голоса реальны, потому что всякий раз, когда он навещал родителей, голоса усиливались. Это привело его к выводу, что голоса звучали из кустов за пределами дома его родителей. Он рассуждал иначе, чем психотерапевт, который предположил, что пациент испытывал стресс, когда навещал родителей, что активировало голоса. Точно так же будет полезно определить, когда симптомы уменьшаются или исчезают. Это обстоятельство поможет понять, где и когда пациент чувствует себя в безопасности. Пациенты часто объясняют, что они испытывают уменьшение симптомов, когда их мучители добровольно дают им временный перерыв по своей собственной причине, а не потому, что пациенты чувствуют себя в большей безопасности по внутренним причинам. Как обсуждалось ранее, выделение того, как методы преодоления ситуации влияют на симптомы, может вернуть пациенту локус контроля.

Согласие подождать и посмотреть, что будет

Я уже отмечал важность недопущения преждевременного закрытия вопроса о том, являются ли события «реальными». Психотерапевт должен избегать того, чтобы разговор сводился к явному или неявному несогласию по поводу того, что реально. Вместо этого психотерапевт может поощрять установку: «Давайте продолжим разговаривать. Посмотрим, чему мы можем научиться вместе. Подождем и посмотрим, как все обернется. Не нужно прямо сейчас принимать то или иное решение». Люди, страдающие психозом, не всегда находят общение с окружающими приятным опытом. Они, естественно, подозрительно относятся к чьему-либо влиянию. Они, как и все мы, не хотят менять свое мнение. Пациенты редко внезапно прекращают сеанс. Чаще всего, когда

они двойственно относятся к терапии или психотерапевту, они позволяют тому, что говорит психотерапевт, влетать в одно ухо и вылетать из другого. Каким бы непостоянным и прерывистым ни казался прогресс, психотерапевту часто необходимо вкладывать энергию и энтузиазм в беседу, чтобы поддерживать интерес и вовлеченность пациента. Обнадеживающее пациента отношение психотерапевта «Посмотрим, как все обернется» дает время для установления доверия и углубления терапевтических отношений в предвидении предстоящей работы.

Периферические вопросы

Применяя периферические вопросы, психотерапевт побуждает пациента исследовать второстепенные детали, которые окружают основной психотический симптом. «Детализация “А”», которую я уже описал в главе 10, — это форма периферийного опроса. Многие психотические симптомы похожи на психические скотомы, при которых пациент заикливается на одной узкой части картины и игнорирует все остальное. Подобно тому, как детектив заполняет недостающие части картины на месте преступления, чтобы определить, что произошло, использование периферийных вопросов для расширения видения пациентом симптоматической картины может подтолкнуть симптом к тому, что он рухнет под собственным весом. Например, страдавший психозом пациент, лечением которого я занимался, рассказал, что он намеревался взорвать аэропорт Кеннеди, Уолл-стрит и особняк Грейси в один день, если его требования выкупа не будут выполнены. Я спросил его, как он научился делать бомбу. Он сказал, что никогда не пытался сделать бомбу, но что любой может узнать о ее изготовлении в Интернете. Тушь. Один балл в пользу потенциального подрывника. Я спросил его, какое место он планировал взорвать первым. Он сказал: Уолл-стрит. Затем я спросил его в стиле Коломбо, как он планирует добраться от Уолл-стрит до особняка Грейси или аэропорта Кеннеди, когда общественный транспорт наверняка будет перекрыт, по крайней мере временно, после взрыва. Улицы будут заполнены полицией, которая откажет в доступе к общественным учреждениям. Он был озадачен. Эти непредвиденные обстоятельства никогда не приходили ему в голову. Эта периферийная реальность никогда не тревожила его узкое иллюзорное видение. Можно сказать, реальность кроется в деталях.

Оценка вероятности того или иного убеждения

Бредовые идеи — это сложные многомерные явления. Гарети и Хемсли (Garety & Hemsley, 1987) оценили 11 характеристик убеждений у 55 пациентов с бредом, включая убежденность, озабоченность, интерференцию, сопротивление, возможность игнорирования, абсурдность, самоочевидность, поиск поддержки, беспокойство, несчастье и всепроникающий характер. Ни один из испытуемых не получил низкую оценку убежденности, в то время как другие характеристики сильно различались. Это говорит о том, что убежденность в реальности бредовой идеи может быть устойчивым признаком бреда. Однако иногда люди с психозом верят, что их заблуждения истинны, и в то же время знают, что они не могут быть правдой. Этот феномен получил название «двойная бухгалтерия» (Sass & Pienkos, 2013). В то время как люди обычно действуют в соответствии со своими убеждениями, страдающие бредом часто поступают совершенно несогласованно с их бредовыми идеями. Например, мужчина может заявить, что его сотрудники пытаются отравить его, но без беспокойства ест, когда подают обед. Учитывая феноменологическую сложность и частую диссоциацию от действий, бредовые идеи следует рассматривать как субъективную область, которую нужно исследовать в психотерапии, а не как когнитивную позицию, которая изменяется, будто переключатель света, с «истинного» на «ложное» (Skodlar et al., 2013).

В клинических условиях пациенты, которые сохраняют значительную степень убежденности в истинности своих бредовых идей, могут тем не менее иногда делать небрежные комментарии, такие как «Я знаю, что в это трудно поверить», или «Я сам сначала не верил», или «Раньше, когда мне говорили о людях, слышащих голоса, я всегда думал, что это безумие, пока это не начало происходить со мной». Такие моменты позволяют психотерапевту выделить сомнения человека и изучить историю того, как изменились прежние убеждения. Убеждения меняются, но факты остаются прежними. Однажды я попросил человека оценить вероятность того, что его преследует некий производитель зонтов. Когда он ответил «уверен на 99%», я предположил, что он имел в виду 100%, и просто дал ничтожный шанс в 1%, чтобы проявить вежливость. Я сразу же пошутил: «Я азартный человек. Выходит, есть 1% шанс, что есть другое объяснение. Я рискну». И мы продолжили

разговаривать. Оценка степени убежденности в идее предоставляет пациенту и психотерапевту способ отслеживать изменения во время терапии.

Оценка ценности конкретных доказательств

Как я отмечал в главе 7 о доказательных цепочках, драматические моменты внезапного кажущегося озарения сродни религиозному откровению и могут иметь для пациента огромный вес. Когда это происходит, мало что изменится, если не будет исследован основополагающий трансформирующий опыт. Иногда существует набор серийных идей соотнесения и других переживаний, ни одно из которых не диспозитивно с точки зрения пациента. При рассмотрении вопроса, подходит ли пациент для психотерапии, будет полезным поинтересоваться, может ли он представить себе гипотетическое противоречие бредовой идее (Hurn, Gray & Hughes, 2002). Может ли пациент вообразить что-нибудь, что каким-либо образом повлияет на его убеждение, к примеру генетические тестирования, фотографии или аудиозаписи? Пациенты, которые могут представить себе изменение своего мнения, вероятно, имеют лучший прогноз, чем люди, которые не могут представить себе такого изменения.

Пациент может обратить внимание на последовательность накопленных идей соотнесения, которые, кажется, указывают на бредовый вывод (глава 7). Фактически пациент может сказать: «Если это случилось один или два раза, это могло бы быть совпадением, но это происходило снова и снова, поэтому в этом что-то есть». Пациенты, которые изначально придают большое значение определенным частям доказательств, могут позже признать, что их доказательства не являются убедительными свидетельствами в пользу бредовой идеи, но тем не менее поддерживают веру в бредовую идею. Например, Чарльз считал, что голос, пренебрежительно говоривший с ним о его мужественности, мог заставить его лицо причудливо корчиться, что влекло к комментариям прохожих, например: «Он девушка». Несколько раз он наблюдал, как лицо психотерапевта корчится. Он знал, что движение, которое он видел, было «в его уме», а не на моем лице. У него был магнитофон, чтобы записывать пренебрежительные комментарии публики, но на пленке ничего не было зафиксировано. Тем не менее, понизив некогда высокую доказательную ценность внешних изменений лица и комментариев, он повторял: «Я просто знаю,

что с моим лицом что-то происходит». В главе 13 обсуждаются непсихотические опосредствующие защиты, оказывающие сопротивление изменениям.

Информационные материалы: расширение знаний о реальном мире

«Психообразование», как это обычно практикуется с больными психозом, основывается на «био-био-био» модели, которая сообщает пациентам и их семьям, что психоз — это заболевание мозга, требующее медикаментозного лечения. Обычное психообразование, как правило, не строится на настоящей биопсихосоциальной модели, предполагающей куда большую сложность. В наше время пациенты иногда доверяют интернет-источникам, которые, в зависимости от особенностей веб-сайта, могут быть полезны психотерапевту, желающему передать определенную информацию. Пациентам могут быть предоставлены интернет-ссылки на сайты, спонсируемые «экспертами по опыту», такие как сайт сети помощи людям, слышащим голоса (Hearing Voices Network по адресу: www.hearingvoices.org). Как и у большинства психотерапевтов, у меня в офисе есть книжные полки. Иногда я беру книгу, когда что-то обсуждаю с пациентом, и указываю на отрывок текста. Если материал представлен правильно, многие пациенты, когда с ними не разговаривают в снисходительной манере, получают удовольствие от чтения и обучения. Я часто говорю пациентам, которые слышат голоса, что психологическая литература указывает, что голоса обычно совершают одно из четырех действий. Затем я спрашиваю пациентов, хотят ли они услышать, что это. Немногие пациенты отказываются от этой возможности. Голоса дают инструкции, оценивают человека, дают информацию и участвуют в обмене вопросами и ответами (Leudar et al., 1997). Пациенты обычно могут идентифицировать одно или несколько из этих действий у своих голосов, что для людей, которые считали свои голоса уникальным опытом, станет откровением. Идея, что о голосах что-то известно, способствует терапевтическому альянсу, основанному на взаимном исследовании информации.

Цепочка логических выводов

Когда создается цепочка логических выводов, пациент и психотерапевт исследуют, как одно убеждение может выходить из другого: «Если бы вы придерживались этого конкретного убеждения,

какие другие убеждения и последствия произошли бы из него?» С психоаналитической точки зрения цепочка умозаключений — это приглашение к целенаправленным свободным ассоциациям, или то, что терапевты КПТп могут назвать методом «управляемых открытий» (guided discovery). В начале лечения и периодически по мере его прогрессирования я спрашиваю пациентов: «Что будет значить для вас, если окажется, что наше расследование предоставит больше доказательств в пользу того, что ваше убеждение истинно, а не ложно? Что, если мы обнаружим, что ваше убеждение, возможно, не отражает полную картину? Как вы надеетесь, что окажется правдой?» Вопрос о том, на что надеется пациент, поможет психотерапевту ориентироваться на защиту данного человека. Если пациент надеется, что бредовая идея ложная, это может способствовать лечению, особенно у пациентов на ранних стадиях болезни. Что касается тех, кто болеет в течение многих лет, психотерапевты должны быть готовы помочь осознанию, что те страдали от бредовых идей ценой значительной части своей взрослой жизни. Понимание часто приносит жгучую печаль. Некоторые пациенты, несмотря на свои значительные страдания, надеются, что бредовая идея истинна, потому что, если заблуждение окажется ложным, это может означать, что они «сумасшедшие». Время от времени спрашивайте об открытости пациента к различным результатам, чтобы поддерживать атмосферу информированного согласия на лечение.

Эксперименты по испытанию реальности

Эксперименты по испытанию реальности не следует проводить в спешке. Они более эффективны, если происходят в ходе естественного курса лечения, отражая заинтересованность пациента и его открытость к форме эксперимента. Чтобы разработать эксперимент, который адекватно проверяет бредовую идею, важно понимать доказательную цепочку, которая поддерживает заблуждение. Пациент и психотерапевт должны заранее прийти к четкому соглашению о том, что эксперимент является адекватной проверкой гипотезы, с договоренностью о том, как результаты будут интерпретироваться. Одна женщина, лечением которой я когда-то занимался, считала, что всеведущие голоса следят за ее мыслями и разговорами с сыном. Она отметила, что голоса часто комментировали то, что она делала и о чем думала в течение дня. Мы разработали эксперимент, в котором положили на стол

два конверта. Сидя напротив нее, где она могла наблюдать, как я пишу, но не видела, что именно я написал, я сделал две короткие записи на листах бумаги, состоящие из двух разных пар слов. Бумаги лежали у меня на столе и, как она согласилась, были явно открыты для просмотра любым всемогущим, всеведущим существом. Я протянул ей один листок бумаги, который она смогла прочитать, прежде чем положить в конверт и запечатать. Я запечатал другой лист во втором конверте, не дав ей прочитать его. Мы подождали 24 часа, чтобы проанализировать данные. На счастье, голоса упомянули слова из конверта, которые она прочитала, но не упомянули пару слов, которую она не видела. Этот эксперимент не разрешил психоз, но помог пациентке задуматься, что, возможно, голоса не обладали такой силой, как она представляла. По всей видимости, они знали только то, что знала она.

Излишне говорить, что плохо спланированные эксперименты или эксперименты с недостаточной поддержкой пациента могут парадоксальным образом укрепить бредовое убеждение. В некоторых случаях предложение пациенту записать голоса на аудио заставляет задуматься о реальности голосов, но пациенты, которые убеждены в том, что голоса всемогущи или всеведущи, могут обосновать отсутствие какого-либо зафиксированного голоса на записи доказательством мудрости голосов. Точно так же, вопрос пациента, слышат ли голоса другие люди, может служить доказательством против объективной реальности, но пациенты могут обосновать отрицательный ответ тем, что другие люди говорят неправду. Некоторых пациентов успокаивает уверенность психотерапевта в том, что преследователь не причинит вреда ни врачу, ни пациенту. Другие пациенты опасаются того, что психотерапевт занимается, как им кажется, слишком оппозиционную точку зрения по отношению к голосам. Трудно предсказать, как пациенты будут интерпретировать какую-либо определенную часть доказательства. Иногда пациент может найти убедительные доказательства бредовой идеи там, где психотерапевт не ожидает этого.

Домашние задания

Поручение пациентам выполнять домашние задания между сессиями, например просить их вести дневник слышания голосов, может быть полезным во многих отношениях (Wright et al., 2010). Ведение дневника несколько меняет позицию пациента с несчастной жертвы на стороннего наблюдателя, укрепляя ее. Дневник

может включать столбцы для записи того, что именно говорят голоса, время и место слышания голоса, деятельность, которой человек был занят в то время, эмоциональную и поведенческую реакцию человека на голоса и успех того или иного применяемого метода преодоления. Ведение такого дневника позволяет пациенту и психотерапевту лучше понимать контексты, в которых возникают голоса, и характер стресса, их вызывающего. Запись того, что говорят голоса, позволяет пациентам изучать их содержание в более объективной, нейтральной форме, вместо того чтобы реагировать на них в реальном времени.

Пациентам, которые настаивают, что их жизнь лишена всякого удовольствия или успеха в чем-либо, можно предложить вести журнал, который при просмотре обнаружит моменты достижений и удовольствий, пусть и мимолетные (Beck et al., 2009). Могут быть полезны упражнения, повышающие самооценку. Например, пациент и психотерапевт могут найти два положительных качества, которыми, по мнению пациента, он обладает, например «Я люблю животных» и «Я могу быть щедрым». На приеме пациент может «репетировать» прошлые события, демонстрируя эти качества. Во время выполнения домашнего задания пациент может записывать случаи, подтверждающие эти положительные черты, или отмечать другие положительные моменты в течение недели. Просмотр журнала на следующем приеме повышает самооценку больного. Домашние задания, позволяющие пациенту добиться успеха в решении задачи, могут вызвать чувство успешного достижения и прогресса. Кроме того, предоставление пациенту задач для работы между сеансами способствует постоянству объекта терапевта и большей преемственности сеансов психотерапии.

Предполагая, что пациент смог использовать методы КПТп для изучения доказательств убеждения, психотерапевт может вызвать достаточные сомнения в бредовых убеждениях пациента, чтобы заинтересовать его в изучении альтернативных объяснений. Это направление обсуждается в следующей главе.

Глава 12

ОСПАРИВАНИЕ БРЕДОВЫХ ИДЕЙ

Используя формат «А–В–С» и набор методов КПТп с целью вызвать сомнения в буквальной истинности бредовой идеи, психотерапевт теперь может помочь пациенту бросить вызов заблуждениям и пересмотреть его опыт. Психотерапевт может сказать: «Я могу понять, как вы пришли к такому выводу [бредовая идея], но теперь, когда мы исследовали доказательства, кажется, что то, во что вы сначала верили, может не быть полным объяснением. Некоторые доказательства идут вразрез с вашим изначальным мнением. Для вас важно, чтобы мы все поняли правильно. Нам следует потратить столько времени, сколько потребуется, чтобы обдумать это. Посмотрим, есть ли альтернативные объяснения».

Альтернативные объяснения

Подготовка в области КПТп подготавливает психотерапевта к тому, чтобы предложить пациенту альтернативное объяснение, основанное на модели стресс-уязвимости и/или выявлении когнитивных искажений. В терминах КПТп *психодинамическая интерпретация* — один из видов альтернативного объяснения. Иногда предшествующая психотерапия подготавливает пациента к принятию альтернативного объяснения, но чаще работа происходит постепенно, когда пациент ссылается на новые доказательства бредовой идеи, побуждая к дальнейшему обсуждению, или когда пациент принимает альтернативное убеждение на уровне интеллектуальной убедительности, но не на эмоциональном уровне. Можно стремиться к множеству альтернативных объяснений, простирающихся от внешнего мира до аффективного центра человека, в зависимости от интересов, потребностей и психологических

возможностей пациента, как показано в таблице 12.1. Эти четыре категории объяснения — бред, стресс-уязвимость, когнитивное искажение и психодинамическая интерпретация — обсуждаются далее. Психотерапевты могут использовать таблицу 12.1, чтобы оценить, как продвигается лечение и куда оно направляется.

Таблица 12.1. Выявление проблемы: различные типы объяснения психотических симптомов



1. **Бред.** Первоначальная бредовая формулировка пациента лежит за пределами его «Я». Пациент считает, что его проблема кроется в реальном мире. И с этого начинается лечение. Из этой позиции мы слышим припев: «Я этого не воображаю. Это реально» (см. в главе 8 примечания по обсуждению «реальности» с людьми, страдающими психозом).

2. **Стресс-уязвимость.** Пациенты могут продолжать верить, что их основная проблема лежит вне их «Я», но они также могут прийти к пониманию того, что их уязвимость перед внешними силами и сущностями зависит от их душевного состояния. Например, женщина может утверждать, что голоса — это отдельные сущности, но они получают больший доступ к ее разуму, когда она мало спит или находится в состоянии стресса. Затем она может концентрироваться на уменьшении триггеров, которые приводят

к вызванной стрессом уязвимости к голосам. Формулировка идей отношения с использованием модели стресс-уязвимости может быть такой: «Смерть вашей матери вызвала у вас сильный стресс. Вы плохо спали и принимали наркотики, чтобы облегчить боль. В этом напряженном состоянии у вас были неприятные переживания, например вы думали, что ваш сосед пытается вас отравить. Теперь мы видим, что эти убеждения были результатом душевного стресса, в котором вы находились в то время». Такая формулировка выходит за рамки личности. Некоторые люди не заинтересованы в том, чтобы углубляться в свою психологию, или они психологически не в состоянии углубиться в нее. Тем не менее для пациентов может быть большим облегчением узнать, что, уменьшая триггеры стресса, они способны в некоторой степени повлиять на свои переживания.

Определение голосов, включающее модель стресс-уязвимости, может быть следующим: «В сознании каждого из нас есть окно между нашими мыслями и внешним миром. Это окно всегда приоткрыто. В условиях стресса окно открывается широко и наши мысли выходят через него, а потом возвращаются к нам, как будто мы слышим их внешним ухом, как когда мы слышим говорящих людей».

3. Когнитивное искажение. Пациенты могут научиться осознавать, что они приходят к выводам, основанным на выявленном когнитивном искажении, а не на очевидных доказательствах. Усвоив мантру «Поймать. Проверить. Изменить», пациент может распознать действие искажения, связанного с самореференцией, или когнитивного искажения в собственную пользу. Формулировка, основанная на когнитивном искажении, может быть такой: «Когда люди смотрели на вас сегодня утром, в то время как вы шли к автобусу, вы сразу пришли к выводу, что они смотрели на вас, потому что узнали вас и имели некоторые особые знания о вас. Мы уже видели подобное искажение в вашем мышлении». Охваченные психозом пациенты склонны рассматривать каждое новое активирующее событие с характером преследования как новое подтверждение бредовой идеи во внешнем мире, а не как одну из повторяющихся закономерностей в их сознании. С опытом пациенты могут укрепить способность своего наблюдающего эго распознавать когнитивные искажения, действующие в новых ситуациях. Этот уровень формулировок не пытается объяснить, почему пациенты делают именно эту определенную ошибку.

4. Психодинамический подход. Клиницист КПТп может объяснить наличие определенного когнитивного искажения ссылкой на неявную «схему», приобретенную в ходе развития. В главе 5 я отмечал, что, на мой взгляд, концепция такой предполагаемой «схемы» КПТп — по сути то, что психоаналитики называют бессознательной фантазией. Психодинамическая формулировка опыта Джеймела о том, что собаки просматривают насквозь его одежду и осуждают его (глава 1), может выглядеть так:

«Когда ваши родители разошлись и ваш отец ушел из семьи, вы почувствовали, что должны занять активную позицию и стать “мужчиной в доме”. Вы думали, что, если бы подавали лучший пример своей сестре, она, возможно, не связалась с наркотиками и не умерла бы такой молодой. Вы чувствовали себя ужасно виноватым. Когда после службы во флоте у вас не получилось наладить жизнь, вам было стыдно. Вы критиковали себя. С годами эти чувства вины и стыда нарастали. Вы чувствовали себя ничтожным, словно больше не были мужчиной. Вы чувствовали эту вину и этот стыд везде, куда бы ни пошли, в том числе видели его в глазах собак в вашем районе. Вы думали, что собака способна смотреть сквозь вашу одежду и действительно видеть полного стыда человека, которым вы были внутри».

КПТп и психодинамический подход

КПТп и психодинамическая психотерапия могут работать рука об руку. В моей практике психотерапия состоит из циклических терапевтических продвижений от применения КПТп до психодинамических интерпретаций, повторяющихся снова и снова, и каждый круг рассматривает новый аспект психоза, над которым нужно работать. В этом ритме пациент и психотерапевт сначала подходят к психотическому симптому, используя техники КПТп, чтобы обосноваться в согласованной реальности события, а затем, как конькобежцы, совершающие забег на длинные дистанции, отталкиваются от заднего конька для следующего шага, обращают свое внимание на психодинамическую интерпретацию симптома.

Два первопроходца психотерапии психозов, Сильвано Ариети (Arieti, 1974) и Фрида Фромм-Райхманн, чьи техники описаны в книге «Я никогда не обещала тебе сад из роз» (Гринберг,

1964), сочетают когнитивные формулировки и психодинамические интерпретации. Ариети проводил различие между тем, что он называл психотическими механизмами (по сути когнитивными искажениями), под которым имел в виду психический механизм, привлекающий симптом в сознание, и содержанием, и психодинамическим значением психотического симптома. Ариети помогал пациентам распознавать, когда эти психотические механизмы действуют в их сознании. Таким образом, методы, подобные КПТп, были важны для подхода Ариети. Он помог пациентам понять, что они слышат голоса тогда, когда ожидают их услышать: «Пациент идет домой после работы и ожидает, что соседи станут говорить о нем. Как только он ожидает их услышать, он слышит их. Другими словами, он приводит себя в состояние, которое я назвал “позицией слушания”». Когда пациенты распознают эту позицию слушания, они обнаруживают, что опыт слышания голоса зависит от состояния разума. Это понимание находится на границе между разумом и внешним миром (таблица 12.1). Ариети подходил к идеям соотношения и бредовым идеям с помощью аналогичной техники, помогавшей пациенту определить то, что названо «референциальным отношением». В одном из его примеров мужчина вошел в общественный парк, полный смутного дурного предчувствия. Оказавшись в парке, он заметил, что дети бегут в противоположном от него направлении, и быстро пришел к выводу, что его воспринимают как растлителя малолетних и что дети убегают от него в страхе. То, что Ариети назвал «референциальным отношением», по сути является тем, что терапевты КПТп называют искажением поспешных выводов и искажением самореференции.

Выявление позиции слушания и референциального отношения позволяет пациентам переходить от кажущегося восприятия внешних событий к психическому внутреннему пространству более конкретных мыслей и чувств и, наконец, к истокам развития их внутреннего мира.

Например, Ариети описывает пациентку, она с нетерпением ждала сообщений в виде азбуки Морзе, которые могла чувствовать, прощупывая пульс на своем запястье. Эти сообщения давали ей указания, что делать, а что не делать, чтобы оставаться в безопасности. Ариети интерпретировал, что на самом деле пациентка сама давала себе советы, но ей требовалось переживать их как директивы, исходящие от некоего высшего авторитета

вне ее личности. Он связал этот симптом с тем, что ее родители никогда не давали уверенного руководства, в котором она нуждалась, чтобы стать независимой личностью. Здесь Ариети интерпретирует в сочетании с психотическим механизмом его психодинамическое значение и происхождение в процессе развития. Не всегда возможно интерпретировать все три элемента одновременно, но имеет смысл включать эти аспекты в свою работу.

В книге «Я никогда не обещала тебе сад из роз» Джоанн Гринберг включает примеры когнитивных и психодинамических интерпретаций в рассказ о психотерапии с Фромм-Райхманн. Например, однажды доктор Фрид (Фромм-Райхманн) обратила внимание Деборы (Гринберг) на то, что два события, которые Дебора (Гринберг) связала с богами Ир, произошли до того, как боги обнаружили себя перед ней. В другом случае доктор Фрид указала на то, что Дебора отрицала, что она нарисовала некий рисунок, потому что ожидала критической реакции. Ариети мог бы назвать это ожидание референциальным отношением или тем, что психотерапевты КПТп могли бы классифицировать как автоматическую мысль. В следующем отрывке доктор Фрид показывает Деборе, что доказательства не подтверждают ее вызывающее чувство вины убеждение в том, что она пыталась убить свою младшую сестру, выбросив ее из окна.

«Сейчас я побуду детективом, — сказала она [доктор Фрид], — и я скажу тебе, что твоя история дурно пахнет от начала до конца! Пятилетняя девочка поднимает тяжелого ребенка, несет его к окну, держит его на подоконнике своим телом, пока открывает окно и пытается высунуться из него, поднимает ребенка, переносит его через подоконник и держит на вытянутой из окна руке, готовая бросить его вниз. Входит мать, и в мгновение ока этот пятилетка затаскивает младенца внутрь, и младенец начинает плакать, и мать берет его на руки... Я схожу с ума, или ты выдумала эту историю, когда тебе было пять лет, и ты вошла в комнату, и увидела лежащего там ребенка, и возненавидела его настолько, что хотела убить?» «Но я помню [Гринберг]...» «Ты можешь помнить ненависть, но факты против тебя! Что сказала твоя мама, когда вошла? Может быть: “Положи сестренку!” Или: “Не трогай ее!”?» «Нет, я хорошо помню. Она сказала: “Что ты здесь делаешь?” И я помню, что тогда младенец плакал». «С ложным представлением о своей собственной силе (между прочим, эта идея,

из которой не дает тебе вырасти твоя болезнь) ты воплотила эти мысли в воспоминание». Наша потенциальная убийца — не более чем ревнивый пятилетний ребенок, заглядывающий в колыбель незваного гостя». «Люлька», — сказала Дебора. «Такая, которая на ножках? Боже мой, тогда ты даже не могла дотянуться до нее. Я сдам свой значок детектива завтра же!» Дебора вернулась в комнату, где ей снова было пять лет и она стояла рядом с отцом, чтобы посмотреть на новорожденного. Ее глаза были на уровне кисти его руки, и из-за оборок люльки ей приходилось подниматься на носочки, чтобы заглянуть через край. «Я даже не прикоснулась к ней... — рассеянно сказала она. — Я даже к ней не прикоснулась...» (с. 219).

Фромм-Райхманн сочетает то, что мы теперь назвали бы техникой КПП, и психодинамическую интерпретацию, связанную с развитием психотического симптома. Она бросает вызов бредовым воспоминаниям Гринберг о попытке убить младшую сестру, сначала сосредоточив внимание на деталях ее ложного воспоминания, по сути «углубляясь в “А”». Память начинает распадаться под тяжестью внутренних противоречий. Затем Фромм-Райхманн предлагает психодинамическую интерпретацию для объяснения ложного воспоминания; то есть то, как маленькие дети представляют себе, что то, что они чувствуют, является настоящим (Fonagy & Target, 1996): соперничество братьев и сестер, которое она чувствовала по отношению к своей сестре, вызвало ложное воспоминание о том, что она пыталась убить свою сестру. Интерпретация Фромм-Райхманн избавила Гринберг от бредового чувства вины, которое она испытывала на протяжении многих лет.

Свидетельства об измененных состояниях сознания

Психоз — это больше, чем ошибочное представление. Он основан на субъективном изменении бытия. Психотерапевт должен понимать, как феноменология психоза представляет собой жизненный опыт измененного состояния сознания. Читатель может вспомнить модель, изложенную в главе 2, где три измерения психической жизни сливаются вместе, формируя психоз. Изменения в восприятии внешнего мира, при которых внешние

стимулы становятся гипернасыщенными (ведущими к идеям сотнесения), и изменения в собственном опыте (включая ослабление самости (*ipseity*) и гиперрефлексивное самосознание), которые вытесняют «Я» первого лица из центра самости, становятся аспектами жизненного опыта психоза. Люди обладают способностью наблюдать в себе измененные состояния сознания. Бредовые идеи, которые по сути являются описанием измененных состояний сознания, не существовали бы, если бы не человеческая способность к самоанализу. Как описано в главе 10, эти наблюдаемые изменения в сознании выступают в роли «А» в последовательности «А-В-С», порождая бредовые утверждения о реальном мире.

Эти изменения по своей феноменологической сущности не являются первичными символами, несущими психологический смысл. Символы индивидуальны и уникальны, они различаются от человека к человеку. Описания измененных состояний сознания при психозе достаточно схожи в свидетельствах разных людей, чтобы можно было предположить, что эти измененные состояния формируются под влиянием нашей общей биологии. Это не означает, что измененные состояния — результат основной биологической причины. Как указано в главе 2, когда неблагоприятный жизненный опыт изменяет синаптические связи в головном мозге, что приводит к измененным состояниям сознания, травма становится первым элементом в причинной последовательности. После того как люди с психозом испытали эти изменения сознания, они вторично придают значение своим переживаниям или объясняют эти изменения с помощью бредовых повествований, но сами эти состояния сознания являются «состояниями бытия», а не образными метафорами, открытыми для психодинамической интерпретации.

Например, если бы пациент, описывая утрату самости (*ipseity*), сказал: «Я призрак», мы могли бы обнаружить, что «призраки» имеют для пациента психодинамическое значение, но само чувство «призрачности» не является символом, который можно интерпретировать психодинамически. Это измененное самосостояние. Пациент может выбрать слово «призрак» для описания своего субъективного состояния, но описание субъективного переживания человеком не может рассматриваться третьей стороной как ошибочное, потому что никто другой, кроме самого человека, не имеет доступа к описываемому субъективному состоянию. Поскольку утверждения о субъективных состояниях

нельзя фальсифицировать, их следует рассматривать иначе, чем утверждения, ложность которых можно доказать с помощью техники КПТп (Spitzer, 1990). Если бы человек сказал: «Я чувствую себя призраком», мы бы допустили это как образное утверждение о его самосостоянии. Другое дело, если бы он сказал: «Я призрак». Если утверждение человека, находящегося перед нами, несовместимо с нашими личными и культурными представлениями о призраках, утверждение человека о том, что он является призраком, будет считаться бредом. С психодинамической точки зрения заявление о том, что человек — призрак, — это конкретная метафора для измененного самосостояния, утверждение, выходящее за рамки описания внутреннего чувства и распространяющееся на свидетельство о положении человека в согласованной реальности. Рассмотрим повседневную метафору, которая подчеркивает тот же аспект. Если бы мы сказали: «Днем небо скрывает звезды, а море скрывает своих обитателей в своей великой синей пелене», мы бы связали синее небо и синее море в метафоре с пеленой, но субъективное качество воспринимаемой «синевы» не функционирует как символ. Это опыт, полученный благодаря преломлению света в атмосфере. Некоторые вещи, которые говорят страдающие психозом люди, являются попыткой описать измененное состояние сознания, а некоторые — вторичным символическим уточнением значения, которое они придают измененным состояниям, часто оформляемым как бредовое повествование, сформированное бессознательными объектными фантазиями.

Факторы, влияющие на методику психотерапии

Это различие между несимволической феноменологией и символами имеет важное значение для методики. Вместо того чтобы интерпретировать изменения восприятия как символы, психотерапевт должен выступать сочувственным свидетелем измененных состояний сознания пациента и говорить об ужасе, который часто сопровождает осознание страдающего психозом того, что его рассудок ускользает. Селф-психология учит, что эмпатия сама по себе имеет лечебный эффект (Garfield, 2009; Garfield & Steinman, 2015; Kohut, 1981). Эмоциональное общение с другим человеком, возникающее в результате эмпатического контакта, на глубинном уровне успокаивает и вселяет надежду в людей, охваченных ужасающими измененными состояниями. Некоторые сторонники феноменологического взгляда на психоз полагают,

как и Карл Ясперс (1963), что определенные психические состояния при психозе не находят соответствующих аналогий в обычной психической жизни. Это не моя точка зрения. Точно так же, как психотерапевт может нормализовать опыт «слышания голоса», ссылаясь на галлюцинации повседневной жизни или отмечая тот факт, что все люди разговаривают сами с собой во внутренних диалогах, психотерапевт может нормализовать изменения восприятия и измененные состояния «Я», ссылаясь на личный опыт или опыт других людей, родственными этим состояниям.

Психотерапевты могут достичь более личного эмпатического понимания субъективной феноменологии психоза, найдя одну или несколько метафор, которые выражают их понимание измененных состояний. Метафора привносит в абстрактные идеи живость ощущений. Если психотерапевты не могут найти какое-либо внутреннее понимание этих аномальных состояний, им будет трудно проявлять сочувствие в той манере, которую пациент найдет убедительной. Например, рассмотрим один из способов говорить о гипернасыщенных идеях соотнесения, основанный на метафоре природы. Дикие животные не убегают при виде находящегося вдалеке хищника. Они поддерживают безопасный радиус и спасаются бегством только тогда, когда хищник подходит ближе, чем позволяет их видоспецифичная линия безопасности. Пока хищник остается за пределами этого периметра безопасности, животное перемещается в окружающей среде, выполняя свои повседневные дела. Наше чувство анонимности на публике — это портативный социальный периметр безопасности, который позволяет нам заниматься своими повседневными делами без помех со стороны посторонних. В атмосфере анонимности другие люди могут даже приближаться к нам на метр или два, не вызывая тревоги с нашей стороны, если они не ведут себя так, как будто знают нас, когда мы не знаем их. Гипернасыщенное состояние разрушает чувство анонимности, которое позволяет обычным людям комфортно передвигаться и функционировать среди других людей. По мере того как анонимность исчезает, незнакомцы, которые кажутся знакомыми с человеком, даже когда остаются на значительном физическом расстоянии, нарушают радикально ограниченный предел социальной безопасности страдающего психозом человека и воспринимаются как потенциальные хищники. Пациент чувствует себя не умеющим летать воробьем, которого окружает стая ястребов-тетеревятников, кружащих на близком

расстоянии: хищных птиц, которые при психозе угрожают, но никогда не нападают. Это постоянное чувство угрозы, которое никогда не находит окончательного завершения, заставляет пациента поверить в то, что за кулисами жизни происходит нечто тайное и заговорщическое, постоянно надвигающееся со злым умыслом, где худшее еще впереди. Вышеупомянутая природная метафора — один из многих образных способов говорить об измененных состояниях. Каждый психотерапевт поступил бы правильно, если бы нашел свой собственный, наиболее подходящий способ эмпатической связи.

Сочетание когнитивно-поведенческой терапии, эмпатии и психодинамической психотерапии

Мы можем свести комбинацию КПТп и ПДПп к трем правилам:

1. Используйте КПТп, чтобы исследовать доказательства, укрепить наблюдающее эго и вызвать сомнения относительно бредовой идеи.
2. Сочувствуйте измененным состояниям сознания, которые по своей сущности не поддаются психодинамической интерпретации.
3. Сделайте психодинамические интерпретации психотических симптомов, представляющих собой значимые символы, которые были вплетены в объект-ориентированную автобиографическую пьесу, поставленную в реальном мире.

Рассмотрим пример, иллюстрирующий различие между утверждениями о несимволическом опыте, которые предполагают сочувствие, и символами, которые требуют психодинамической интерпретации. Вспомните Кейтлин, женщину 21 года из главы 2, которая считала, что инопланетяне удалили половину ее мозга за 6 месяцев до ее госпитализации в клинику. У нее были проблемы в обучении. Она несколько раз меняла специальность, а затем вовсе бросила колледж. Она начала подозревать, что ее сестра была ответственна за удаление ее мозга, потому что она «улыбалась что-то другое в голосе [сестры]». Она знала, что половина ее мозга отсутствовала, потому что чувствовала, что ее «душа развеялась, как дым». Она считала, что инопланетяне, состоявшие в сговоре с ее сестрой, заменили ее мозг компьютерной программой,

которая позволяла ей ходить, разговаривать и функционировать почти нормально, но «все было не так». Она также считала, что ее настоящие родители были «ангелом и дьяволом», которые поместили ее в тело ее биологической матери. Это мифическое происхождение дало ей титул «Хранителя душ». Эта роль казалась пациентке удручающей, потому что она считала, что по неосторожности продолжала разрушать или продавать души, которые должна была охранять. Теперь она была безработной, жила с пожилым дядей, страдающим слабоумием, за которым помогала ухаживать. Она получала удовлетворение, помогая тете, но в настоящее время искала новую работу.

Ощущения, что «душа развеялась, как дым» и что она переживает свою жизнь, но «все не так», представляли попытку Кейтлин описать измененное самосостояние ослабленной самости (ipseity). Субъективный опыт этого измененного состояния сам по себе не поддается психодинамической интерпретации; он экзистенциально то, что есть. Она находит слова, чтобы описать свое состояние ослабленной самости, когда говорит, что ее душу «развеяли, как дым». Она развивает это измененное самосостояние в метафоре «развеянного дыма». Эта фраза резонирует с рядом вещей, включая неустойчивость тонких клубов дыма, идею о том, как можно сгорать дотла и испариться вместе с дымом, и присутствие кого-то, кто производит возкурение, как если бы коптили ветчину. Ее констатация того, что ничто не является совершенно правильным, описывает ослабленное чувство личной свободы воли, которое переключается с упоминанием о продаваемых душах, образе, который представляет человека захваченным рабовладельцами (инопланетянами), а не свободным духом. Вместо того чтобы чувствовать, что ее действия отражают свободную, не стесненную ничем деятельность центрального «Я», пациентка является гиперрефлексивным свидетелем действий, которые не ощущаются полностью ее собственными. Ощущение «развеянной, как дым» души и «все не так» — это измененные состояния, выступающие как «А» в когнитивной последовательности «А-В-С», которая вторично объясняется и психодинамически разрабатывается в ее представлениях о сестре, удалившей ее мозг, инопланетянах, внедривших компьютерный чип, о рабах и рабовладельцах.

Психотерапевт может начать с того, что предложит пациентке подробно описать ощущение развеянной, как дым, души, подробно разбирая «А». Затем, в зависимости от описания пациентки,

психотерапевт может попытаться разделить переживание этого ощущения (в непринужденном стиле Коломбо), чтобы нормализовать его, предлагая аналогии из обычной психической жизни с непсихотическими диссоциативными состояниями. Сочувствуя ужасающему замешательству, которое сопровождает утрату чувства «Я», психотерапевт может сформулировать ощущение развешанной, как дым, души как «А», а затем изучить объяснение пациентки и альтернативные объяснения. Психотерапевт может сказать что-то вроде следующего:

«Вы испытывали сильный стресс в то время, когда начали чувствовать, что ваша душа была развешана, как дым. И за некоторое время до этого вы чувствовали беспокойство и потерянность, переживали о том, что не успеваете в обучении, как будто вы никуда не вписывались. Когда вы начали чувствовать, что ваш разум угасает, будто ваши мысли больше не были вашими собственными, будто они вкладывались в вас, а не вы сами думали своими собственными мыслями, вы пришли к выводу, что инопланетяне, должно быть, поместили компьютерный чип в ваш головной мозг, чтобы контролировать ваши мысли. Мне кажется логичным, что в то время вы пришли к такому объяснению. Мы можем почитать о том, как психическое состояние человека может измениться в результате стресса. Возможно, это приведет нас к некоторым альтернативным объяснениям того, как такие люди, как вы, с которыми тоже случились плохие вещи, могут испытывать психические изменения. Если объяснение с инопланетянами и компьютерными чипом окажется правдой, сделать с этим что-либо будет труднее, чем с психологическим состоянием, которое вы были бы в силах изменить. Другие люди вернули себе прежний образ мыслей, и я не вижу причин, по которым вы тоже не можете выздороветь».

Как указано в главе 10, психотерапевт может подойти к работе КПТп с этой пациенткой, построив две колонки с доказательствами за и против теории удаления мозга и компьютерного чипа. В таблице 12.2 представлены доказательства за и против убеждения Кейтлин. «Детализация “А”» изменения высоты голоса сестры, вероятно, приведет к тому, что пациентка не сможет охарактеризовать, что именно в тоне голоса ее сестры дает четкое свидетельство в пользу того, что сестра стояла за удалением мозга.

Таблица 12.2. КППн формулировка опыта Кейтлин

«А» = активирующие события	«В» = убеждения, объясняющие «А»	«С» = последствия
<ul style="list-style-type: none"> • изменение голоса сестры; • изменение самоощущения, все ощущается неправильным; то есть мое самоощущение кажется несущественным, как будто оно рассеялось, подобно дыму 	<ul style="list-style-type: none"> • моя сестра удалила половину моего головного мозга; • инопланетяне внедрили компьютерный чип 	<ul style="list-style-type: none"> • страх; • одиночество; • ярость; • социальная изоляция
<p>Ее свидетельства, подтверждающие убеждение «В»</p>	<p>Свидетельства, не поддерживающие убеждение «В»</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • мои неудачи в обучении показывают, что мой мозг не работает так, как раньше; • изменение восприятия голоса сестры произошло незадолго до того, как ей пришлось бросить колледж; • тот факт, что ее субъективное самоощущение изменилось, требует объяснения 	<ul style="list-style-type: none"> • удаление половины мозга человека оставит на коже головы большой шрам и вызовет неврологический дефицит, например паралич половины тела; • удаление мозга вызовет резкие изменения в мгновение ока, а не постепенное снижение умственных функций, как это было в ее истории; • на КТ головного мозга не выявлено повреждений; • тяжелые психологические состояния могут вызвать изменения в личном опыте, аналогичные изменениям, которым она подверглась; • воспринимаемое изменение голоса ее сестры никак не связано напрямую с операцией на головном мозге или измененным опытом «Я» 	

Если работа КППн сможет вселить достаточно сомнений в жестокости сестры, чтобы позволить исследовать прошлые отношения пациентки с сестрой, обстановку в семье и проблемы в области развития у молодых людей, покидающих дом и поступающих в институт, лечение может продвигаться вперед

в психодинамическом ключе. Пациентка может описать прошлую историю соперничества между сестрами, что позволит психотерапевту в конечном итоге интерпретировать ее обвинение сестры в том, что та «развеела ее душу, как дым» и извлекла ее мозг, как интенсивное проявление соперничества с сестрой, выраженное в конкретной метафоре, где мозг пациентки был удален. Или психотерапевт может сформулировать интерпретацию, согласно которой превращение сестры в преследующий объект защищает пациентку от зависти к тому, что ее сестра преуспевает в жизни больше, чем она сама, сохраняя тщетную надежду на то, что, если бы не сестра, она бы процветала.

Поскольку Кейтлин не может связать текущие жизненные неудачи и конфликты со своей настоящей личной и семейной историей, она строит примитивную объектно-ориентированную мифологию, в которой она рождена не от настоящих родителей, а от родителей, которые являются полярными кляйновскими противоположностями — исключительно «хорошим объектом» ангелом и полностью «плохим объектом» дьяволом. Ее мифическое происхождение несет с собой дополнительные обязанности приносить огромную пользу (охранять души) и риск причинить большой вред (непреднамеренная продажа и уничтожение душ). В одной внутренней объектно-связанной диаде Кейтлин в своем разуме является жертвой сестры, «развеивающей» ее душу. В другой диаде она сама — «развеивательница душ». В этой фантазии она не справляется со своей ролью хранительницы душ. Души людей, которые зависят от нее, оказываются уничтоженными или проданными (развеянными, как дым). Ее уход за дядей — это драгоценное реальное выражение чувств любви и заботы, которое достаточно защищено от ее деструктивных импульсов, чтобы она могла чувствовать удовлетворение от этой заботы. В ее роли опекуна для дяди, скорее, дядя теряет рассудок, чем сама пациентка. Если бы пациентка нашла другую работу, психотерапевт мог бы наблюдать, чувствует ли она, что это отказ от дяди, одной из душ, которую она должна охранять, превращающий ее в продавца и разрушителя, а не хранителя душ.

Количество различных типов измененного сознания, которое наша нейрофизиология может генерировать при психозе, намного меньше, чем количество символов и историй, которые эти изменения могут породить у разных людей в разных культурных контекстах в разные исторические периоды. В отличие от бесчисленных

символических разветвлений, центральная нервная система человека из-за ограничений одинаковости нашей биологии может генерировать лишь ограниченное количество различных измененных субъективных состояний. Если бы сознание не было ограничено таким образом, мы не могли бы сообщать о своем состоянии другим людям и не были бы социальными животными. Кажущееся сходство этих измененных состояний у страдающих психозом людей создает впечатление о наличии ряда характерных симптомов, которые определяют конкретное заболевание. Как известно со времени упоминания Блейлером (Bleuler 1950) «группы шизофрений», психоз — это синдром, последний общий путь, возникающий из многих различных причин, а не из-за одного заболевания.

При взаимном переплетении когнитивно-поведенческой психотерапии и психодинамической техники, когда психотерапевт бросает вызов основной бредовой идее и ищет альтернативные психодинамические объяснения, пациентам предлагается выражать свои мысли, чувства и эмоции. Хотя строгое соблюдение руководства КПТп может быть важным для исследовательских протоколов, которые включают 10–20 сеансов, и хотя использование руководства может ограничивать необдуманные блуждания, которые нельзя считать компетентным подходом, более реалистичные методы лечения, которые длятся от нескольких месяцев до многих лет, трудно описать, ограничиваясь одним руководством. Я начинаю лечение с сочетания КПТп и психодинамической терапии, но сначала следую линии КПТп. Я приступаю к работе с более структурного подхода (формулирование целей, активирующих событий, домашние задания, эксперименты по испытанию реальности и т. д.), но по мере того, как лечение продолжается, я пытаюсь адаптировать технику для удовлетворения потребностей пациента по мере их появления на каждом сеансе, ожидая, что в конечном итоге работа каждого сеанса будет способствовать восстановлению больного. Даже после относительно успешной начальной фазы КПТп непредсказуемые события, возникающие на любой неделе терапии, могут возродить бредовые опасения, с которыми лучше всего справляться с помощью техники КПТп.

Например, Аша, лечение которой описано в главе 15, беспокоилась, что ее снимали на видео, когда она навещала своего молодого человека в больнице и обнаружила, что его комната полна

пищащих и мигающих электронных устройств. Это дало неожиданную возможность объединить когнитивно-поведенческую терапию и психодинамический метод, продемонстрировав ей, что она опасается, что ее любовные мысли могут быть объектом преследования. В других случаях психодинамические проблемы будут оставаться центральными в работе неделями подряд. Общая цель лечения — привести аспекты «Я», которые переживаются как проблемы, возникающие во внешнем мире, назад внутрь личности, где мысли, чувства, фантазии и воспоминания пациента могут быть пережиты как ментальные события, которые можно сформулировать словами и связать с прошлыми мыслями, чувствами, фантазиями и воспоминаниями.

Глава 13

ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПСИХОТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

Первоначальный успех на этапе КПТп может принести значительное облегчение, но для большинства людей, перенесших психоз, это не означает прекращение их потребности в психологической помощи. Хотя за 15 сеансов можно добиться значительного прогресса, я никогда не работал со страдающим психозом человеком, чью психотерапию можно было бы считать «завершенной» за этот период времени. Даже когда умелая работа КПТп уменьшает когнитивные искажения и притупляет остроту бредовых идей, текущая жизнь человека, как правило, продолжает быть тяжелым испытанием. Психодинамический психотерапевт стремится создать психологическую «удерживающую среду» (holding environment), в которой, сеанс за сеансом, неделя за неделей, месяц за месяцем пациенты могут чувствовать себя в безопасности в значимых отношениях. Если с помощью КПТп можно удерживать возникновение бредовых идей по мере того, как психодинамическая фаза набирает силу, психотерапия с людьми, страдающими психозом, в конечном итоге начинает приближаться к психотерапии с пациентами с проблемами непсихотического характера. Это не должно вызывать удивления, поскольку потребности, обиды, страхи и тревоги, которые испытывают личности с психозом, проистекают из наших общих человеческих ресурсов и, следовательно, могут быть поняты и рассмотрены так, как если бы мы имели дело с теми же чувствами при психотерапии с людьми с непсихотическими расстройствами.

Как уже упоминалось во введении, полноценное лечение не сводится исключительно к КПТп и ПДПп. Семейная терапия может иметь чрезвычайно важное значение (Litz, 1990; Martindale, 2011), как и другие формы терапии, включая психотерапию принятия и ответственности ТПО («АСТ», 2009), осознанности (Pradhan, Pinninti & Rathod, 2016), AVATAR-терапию (Leff et al., 2014), а также технику Десенсибилизации и переработки движением глаз ДПДГ (eye movement desensitization and reprocessing EMDR Wilson et al., 2018). Также необходимы жилье с поддержкой (Supported housing), специализированные защищенные мастерские и множество других видов психологической помощи. Учитывая доступность ряда прекрасных книг по психодинамической теории и технике, посвященных лечению людей с непсихотическими расстройствами (Clarkin, Fonagy & Gabbard, 2010; Gabbard, 2010; Kernberg, 1995; McWilliams, 1999, 2004, 2011; Yoemans, Clarkin & Kernberg, 2015), здесь я не буду пытаться обобщить содержание психодинамической психотерапии. В дополнение к печатным работам большинство психоаналитических институтов проводят беседы, семинары и обучение в форме наставничества, где врачи могут развить свое психодинамическое мышление. Вместо того чтобы пытаться объяснить психодинамику с нуля, в этой главе я предполагаю, что читатель имеет некоторое базовое представление о психодинамической теории и технике. В дополнение к клиническим заметкам, приведенным мной в предыдущих главах, ограничу свое обсуждение здесь особыми проблемами, с которыми психотерапевт может столкнуться в психодинамической работе со страдающими психозом людьми, и моментами, где эта работа значительно отличается от психотерапии с пациентами с непсихотическими расстройствами.

Привлечение внимания к мыслям, чувствам, фантазиям и воспоминаниям

Пациент и психотерапевт должны вместе разработать данные, на основе которых можно создать психодинамические интерпретации. Как и в случае с пациентами с непсихотическими расстройствами, интерпретации можно извлечь из всего, что психотерапевт знает о пациенте, включая его историю, настоящую жизнь или текущее состояние сознания. Как отмечалось в предыдущих

примерах, важная информация бывает доступна на раннем этапе лечения, но иногда для ее раскрытия требуются месяцы или даже годы. Психотерапевт побуждает пациентов соприкоснуться с травмирующими мыслями, чувствами, фантазиями и воспоминаниями, не расщепляя и не проецируя свое осознание в психотические симптомы. В психотерапии новые мысли и новые состояния психики различаются в сознании (Searles, 1965); то есть мысли, чувства, фантазии и воспоминания могут проявляться в сознании с ясностью, определенностью и достоверностью. Эти возникающие проявления затем могут быть интегрированы в личность пациента, где они становятся устойчивой частью расширяющегося самосознания. Живите, испытывайте, дифференцируйте и интегрируйте. Затем выполните эту последовательность тысячу раз. Это и есть ритм эмоционального роста.

В течение жизни возникает множество дифференцированных состояний сознания, которые мы собираем в нашу идентичность по мере взросления: первый день в школе, первая «влюбленность», смерть собаки, гордость после окончания школы, брак, рождение первого ребенка, смерть родителей и отдаленный рокот собственной смертности. Для людей, страдающих психозом, эти вехи часто болезненны, и их нелегко вспоминать. Например, Аше (лечение которой кратко описано в главе 15) потребовалось три года, прежде чем она смогла вспомнить и рассказать мне, что отец сказал ей, будто не считает ее своей дочерью, и что мать сказала ей, что она хотела бы, чтобы Аша никогда не рождалась. На сеансе она сказала: «Я всегда знала, что я одна. Теперь, когда я сказала это, мне стало лучше. Я должна признать это. Мне хорошо быть одной. Я не хочу, чтобы люди ранили меня». Подобно тому, как весной крокусы окрашивают коричневые стебли обломков прошлогоднего сада, психотерапия помогает измученным жаждой душам людей, выздоравливающих от психоза, примириться с жизненными обстоятельствами.

Лоттерман (Lotterman, 2015) подчеркивает, что методы психотерапии должны соответствовать потребностям пациентов с различными возможностями. Он обращает внимание на то, насколько трудно страдающим психозом людям выражать свои мысли. Определяя психотерапию как вербальную терапию, основная цель которой — выразить переживания словами, он обрисовывает в общих чертах несколько техник, связанных с нарушениями функционирования эго, весьма полезных для того,

чтобы помочь людям с психозом формулировать свои переживания. По словам Лоттермана, эти техники включают следующее.

1. *Индукция эмоционального состояния.* Психотерапевт обращает внимание на реакции контрпереноса, которые представляют собой эмоциональную индукцию пациента того, что он думает или чувствует, в личность психотерапевта.
2. *Обнаружение эмоциональных реакций психотерапевта.* Когда психотерапевты говорят о своих эмоциях, они моделируют процесс, с которым пациенты могут идентифицировать себя. Пациенты узнают, что можно выражать эмоции, не переполняясь ими и не нанося непоправимого вреда отношениям.
3. *Определение объекта.* Психотерапевт пользуется всеми возможностями, чтобы определить себя как отдельного человека с автономными мыслями и чувствами.
4. *Именованье.* Психотерапевт помогает пациенту определить ощущения, восприятия и телесные переживания, которые отражают важные мысли и эмоции, и выразить эти переживания словами.
5. *Расширение.* Пациентам, которым может быть трудно сформулировать свои переживания, рекомендуется расширить описание ощущений, восприятий и телесных переживаний (этот подход частично совпадает с техникой КПТп «углубления в “А”», хотя и преследует более свободную ассоциативную цель).

Поскольку процесс эмоционального развития активируется непредсказуемым и поскольку уникальные возможности для эмоционального роста возникают спонтанно в процессе лечения, такую работу нельзя ограничить узкой заранее подготовленной стратегией, даже несмотря на то, что в психодинамической технике присутствуют четкие общие принципы. Также нельзя точно предсказать время, необходимое для восстановления. Сеанс за сеансом, будь то работа с пациентом с непсихотическим расстройством или с человеком, страдающим психозом, психодинамический психотерапевт приветствует безупречную аутентичность спонтанности в том, что случается в сознании пациента в этот день. Значение, которое придается спонтанно непредсказуемому в психодинамической психотерапии, противоречит предписаниям КПТп-терапевта об упорядоченной закономерности, когда сеанс может начинаться с разбора домашнего задания, переходить

к новым целям КПТп и заканчиваться итоговым обобщением работы, проделанной за день.

В процессе психодинамической психотерапии врач прислушивается к явному содержанию того, что говорит пациент; пытается понять скрытый (бессознательный) смысл явного содержания; отслеживает реакции переноса и контрпереноса как дополнительные источники информации; пытается поместить это понимание в контекст истории жизни пациента; стремится понять готовность пациента испытать это скрытое содержимое (измеряет сопротивление пациента); а затем формулирует вмешательство, которое может заключаться в том, чтобы просто продолжать слушать. Когда психотерапевт должен интерпретировать? Выбор времени для интерпретации зависит от потребности пациента знать и его готовности услышать то, что говорит психотерапевт. Психотерапевт должен предоставить интерпретацию, когда она обещает уменьшить страдания пациента, объясняя мысли и чувства пациента способами, более адаптивными, чем психотический симптом. Лучше всего делать это, когда ассоциации и защиты пациента указывают на то, что он уже находится на грани понимания того, что психотерапевт хочет передать. Со временем психотерапевт должен устанавливать небольшие связи, которые могут вырасти в более исчерпывающую формулировку. Случай с Каспером, описанный в главе 15, иллюстрирует это развитие.

Непсихотические опосредующие защиты

Подобно тому, как мы можем найти аналогии с психотическими процессами в обычной психической жизни, мы должны понимать, что люди, страдающие психозом, сохраняют в своей личности существенные области непсихотического функционирования. Это непсихотическое пространство включает разнообразие непсихотических психологических защит, в том числе устойчивые защиты личности. Психоз изменяет сознание, но не уничтожает основополагающую личность человека (Bion, 1957; Strauss, 1989). Вместо этого психотические и непсихотические защиты накладываются друг на друга разными способами, индивидуальными для каждого. Маркус называет непсихотические защиты, которые защищают психотический симптом от логической проверки, «непсихотическими опосредующими защитами» (Marcus, 2017):

«Защиты вокруг системы бредовых идей... позволяют продолжать существование бредовой системы в той же мере, в какой это делают отсутствие автономной интеграции эго, утрата границ и утрата испытания реальности. Поэтому я называю их опосредующими, или допускающими защитами... Психотическая структура, таким образом, может иметь ключевой непсихотический аспект, состоящий из личностных защит, которые окружают психотические феномены и обеспечивают их вертикальную диссоциацию. Эти защиты оберегают психотическую область от непсихотической функции эго. Считается, что защиты окружают психотические явления, потому что, когда вы говорите с таким пациентом о бредовой системе, независимо от того, какую позицию или подход принимаете, эти защитные механизмы блокируют вам полный доступ, исследование, рассмотрение и интеграцию психотической области» (с. 83).

Маркус выделяет чрезвычайно важное, недооцененное изменение психотерапии психоза. Я считаю наиболее актуальными клинические и исследовательские вопросы для психотерапии психоза: «К каким психологическим защитам прибегает пациент, чтобы не использовать логику в отношении психотических симптомов?» и «Какие психотерапевтические техники могут быть полезны для нейтрализации непсихотических опосредующих защит?» Там, где разум порывает с логикой, он порывает и с реальностью. Техника КППт, в той мере, в какой она полагается на логику для взвешивания альтернативных убеждений, будет иметь меньшую эффективность, если пациент отказался от логики в целях защиты. В таких случаях, чтобы работа КППт продолжалась, непсихотические опосредующие защиты должны быть идентифицированы и интерпретированы для пациента.

Концепции *психологической защиты* и *сопротивления* — фундаментальные принципы психоаналитической теории. Я не встречал в КППт концепций, которые имели бы сопоставимое значение и направленность. Психоаналитическая теория утверждает, что люди неизбежно переживают мысли, чувства и фантазии, которые считают неприемлемыми, и защищают себя, используя психологические защиты, чтобы вытолкнуть конфликтующие аспекты психики из сознательного понимания. Фрейд описывал, как пациенты, проходящие психоаналитическое лечение, сопротивляются осознанию содержания своего разума (Freud, 1913). Он

отметил эту тенденцию у людей с психотическими, а также непсихотическими симптомами, как в случае с Фрау П., которая страдала идеями отношения и бредом преследования (Freud, 1896).

Психодинамическая интерпретация — это изложение значения, которое психотерапевт усматривает в мыслях, чувствах, восприятии или действиях пациента и которое не осознается пациентом. Предполагается, что такие значения имеют причинный смысл в психологии и поведении, которое часто приводит к кажущимся иррациональными действиям и страданиям. Когда значение бессознательно, оно может продолжать управлять мыслями, чувствами и поведением в дезадаптивных направлениях, потому что не может быть предоставлено на разбор сознательного логического разума, где оно может быть исследовано и изменено. Психодинамическая интерпретация направлена на то, чтобы донести бессознательный смысл до сознательного разума. Психодинамические психотерапевты специально обучены интерпретировать подавленное психологическое содержание, защиту пациента от познания этого содержания и сопротивление пациента пониманию содержания и защиты в ходе психотерапии — по отдельности или в комбинации. Например, старший брат, который чувствовал, что младший брат лишил его законного положения в качестве первого в привязанностях матери, мог питать сильные фантазии конкурента по отношению к своему брату или сестре (содержание). Даже если младший брат не претендовал на святость, старший брат в качестве защиты мог бы превозносить достоинства своего младшего брата в разговоре (защита формирования реакции), в бессознательной попытке дистанцироваться от своих соревновательных чувств и возложить на брата столь высокие ожидания, что он обречен на провал, выставив свою неполноценность на всеобщее обозрение. Психотерапевт может интерпретировать содержание («Вы чувствовали обиду после рождения вашего брата и так и не простили его за то, что он вмешался в ваши отношения с вашей матерью. Часть вас была бы очень рада увидеть его публичное унижение, когда то, что вы считаете его чрезмерным чувством самооценности, и его неудачи будут открыты для всеобщего обозрения»). Или психотерапевт может интерпретировать защиту («За то время, что я работал с вами, вы ни разу не сказали ничего плохого о своем брате. Он действительно святой, а если нет, мне интересно, почему вы склонны говорить о нем, словно это так»). Или и то и другое («Вы

справляетесь со своим соперничеством с братом, изображая преувеличенно позитивную картину его способностей, по сравнению с которой он обречен на провал. Публично превознося его достоинства, вы косвенно свидетельствуете о добродетели смирения для себя, одновременно поощряя других к тому, чтобы ставить перед вашим братом настолько высокую планку, что он обречен на неудачу»). И если бы пациент сказал: «Вы предполагаете, что, возможно, я испытываю чувство соперничества к моему брату? Не так ли это у всех братьев и сестер?!», психотерапевт может интерпретировать сопротивление пациента («Вы избегаете вспоминания и ощущения интенсивности вашего соперничества с братом, перефразируя то, что я только что сказал вам, как вопрос о том, что происходит в моей голове, а не о том, что происходит в вашем сознании. Спрашивая, не все ли братья и сестры соперничают между собой, вы дистанцируетесь от своих конкретных чувств по отношению к вашему брату, обобщая их на всех братьев и сестер, определяя свои собственные чувства как присущие всем и, следовательно, несущественные»).

Точно так же, как психотерапевт должен идентифицировать и интерпретировать то, как люди с непсихотическими расстройствами сопротивляются знанию содержимого своего разума, психотерапевт сталкивается с проблемой идентификации и интерпретации непсихотических опосредствующих защит, которые пациенты с психозом используют, чтобы закрыть глаза на то, что диктует логика о реальности их жизненных обстоятельств, если бы они уделяли внимание логике.

Непсихотические опосредующие защиты действуют в фазе вовлечения и остаются активными на протяжении всего лечения. В дополнение к классически признанным типам защиты, таким как юмор, сублимация, альтруизм, репрессия, формирование реакции, интеллектуализация, аннулирование, диссоциация, пассивная агрессия, отыгрывание, расщепление, проекция, проективная идентификация и отрицание реальности, у людей есть врожденная способность к созданию утонченной защиты, настроенной на их личные потребности. Хотя такие виды защиты, как расщепление, проекция и отрицание реальности действуют на переднем плане психоза, люди с психозом, как и все мы, используют множество других защит для регулирования своей психической жизни. Если план лечения — это карта, позволяющая поддерживать курс психотерапии, эти непсихотические защиты действуют,

как боковые ветра, которые могут сбить лечение с курса. Их необходимо понять и проработать, чтобы когнитивно-поведенческая или психодинамическая терапия продвигалась вперед.

С учетом того, в какой степени КППп использует логику при рассмотрении альтернативных убеждений, механизмы сопротивления, которые препятствуют логическому воздействию на психотические симптомы, вызывают определенное беспокойство. Они включают следующее.

1. *Заявление о том, что это исключение из логики.* Некоторые пациенты признают, что логика предполагает, что их заблуждения были бы ложными, если бы эти идеи выдвигал другой человек, но также пациент утверждает, что их ситуация — исключение из логики. Логика применима к другим, но не к пациенту. В случае пациента его утверждения «реальны».

Однажды один пациент признал: «Вы правы, это нелогично, но тем не менее это так!» В духе передачи мяча через сетку я ответил ему:

«Итак, когда дело доходит до самой важной проблемы, с которой вы сталкиваетесь в жизни, вы, кажется, выбросили логику из окна. Ваш отказ от логики кажется мне весьма примечательным, но вы, вероятно, вовсе не считаете этот факт выдающимся. Вас не беспокоит, что вы отказались от логики. В других сферах вашей жизни, если что-то не кажется вам логичным, вы могли бы сделать паузу, чтобы поискать альтернативные объяснения и понять, что происходит. Но, видимо, не когда дело касается [бредовой идеи]. В этом убеждении есть что-то особенное, что заставляет вас подходить к нему совсем не так, как вы думаете о большинстве вещей. Интересно, почему это происходит».

2. *Отделение логики от ее логических последствий.* Некоторые пациенты, как представляется, допускают, что бредовая идея является ложной или что какое-либо альтернативное убеждение, вероятно, истинно, но не осознают эмоциональных последствий изменения своих убеждений. В этом случае принятие альтернативного объяснения никак не повлияет на жизнь пациента. Например, в ходе терапии мужчина может признать, что он не президент, но, похоже, не подозревает, что теперь он должен найти более заурядный источник дохода, поскольку больше не находится в должности. Пренебрежение

логическим следствием альтернативного убеждения часто служит защитой от тревоги.

3. *Расплывчатые, неопределенные, уклончивые ответы.* Если психотерапевт спрашивает: «Как вам удавалось справляться с трудностями на этой неделе?» или «Когда вы находились в состоянии стресса, казались ли голоса более сильными?», пациент может ответить кратким неопределенным обобщением вроде «Нормально», «Может быть», «Я не знаю» или тому подобное. Если психотерапевт мягко указывает на то, что убеждения пациента явно противоречат общепринятой реальности, пациент может уклоняться от этой темы и не следовать направлению беседы, заданному психотерапевтом. Когда психотерапевты задают линию мысли, а пациенты не следуют ей, врачи иногда перестают настаивать на своей точке зрения. В то время как психотерапевт не должен оказывать давление на пациента, он может мягко удерживать внимание на работе, говоря что-то вроде: «Когда вы говорите “может быть”, я не уверен, действительно ли вы думаете, что допустима другая идея, или вы отклоняете эту возможность. Что же вы имеете в виду?» Расплывчатые, неспецифические, уклончивые ответы могут указывать на то, что пациент формально выполняет задачи терапии, но эмоционально не вовлечен в процесс, будь то КПТп или психодинамическая работа.

4. *Резкое подтверждение заблуждения.* Иногда в работе КПТп, когда пациент начинает применять логику к своим иррациональным убеждениям, зарождающееся осознание того, что бредовая идея может не соответствовать действительности, сопровождается значительной тревогой. Чтобы уменьшить это чувство беспокойства, пациент может попытаться отвергнуть точку зрения психотерапевта посредством эмоционального крика. Как в пословице о зале суда: «Если закон на твоей стороне — бей законом. Если факты на твоей стороне — бей фактами. Если на твоей стороне ни фактов, ни закона — бей кулаком по столу», пациент может страстно сказать: «Вы не понимаете! Моя ситуация реальна!» Вместо того чтобы подчиниться резкому повторному утверждению пациентом своей бредовой идеи, психотерапевт может интерпретировать интенсивность реакции пациента как сопротивление: «Мне кажется, мы только начинали обдумывать некоторые последствия вашего убеждения, когда внезапно вы почувствовали волнение и были вынуждены игнорировать то, что я говорю. Трудно воспринять информацию, которая могла бы изменить то,

во что вы долгое время верили. Если доводить такие мысли до их логического завершения, это вызывает беспокойство».

Кляйн описала, как пациенты, находящиеся в тяжелых отношениях с объектом преследования, могут пытаться контролировать то, что психотерапевту разрешено говорить или думать, и запрещать психотерапевту напоминать пациенту о реальности (Klein, 1946). Например, недавно я позвонил пациенту, чтобы узнать, как у него дела. Наша работа на последних сеансах начала вызывать сомнения в том, есть ли в его головном мозге компьютерный чип, который транслирует его мысли «федералам». Когда он поднял трубку, он сказал: «Привет, Док! Сегодня никакой психологии, ладно? Происходят вещи, о которых мне нужно вам рассказать. Я должен был пойти на свидание с Бейонсе [Нолз], но федералы выяснили, что я хотел быть с ней только один год, поэтому они рассказали ей, и она отменила свидание». Указания для меня были ясны. «Не вмешивайся в мои мечты, применяя логику к моим фантазиям. Не используй сегодня никакой психотерапии». Его просьба подразумевала, что в другой день он может быть готов вернуться к психотерапевтической работе, как это и произошло на следующем сеансе.

5. *Надежды на ожидаемые непредвиденные обстоятельства, а не на тяжелую работу в ходе психотерапии для достижения прогресса.* Пациенты могут указать, что они рассчитывают на улучшение условий, когда произойдет какое-то событие, которого они ожидают. Это событие можно представить себе как некую случайность, которая в конце концов умилюстит преследователей, или как некий положительный бредовый результат, который, как предполагается, ожидает их в ближайшем будущем, например неминуемая слава или богатство. Хотя последнее можно рассматривать как бред величия, это также сопротивление лечению, которое необходимо интерпретировать, прежде чем пациент будет готов вкладываться в КПТп или психодинамическую работу. Например, психотерапевт может сказать: «Похоже, вы надеетесь, что все, что вам действительно нужно, — это подождать еще немного, и вся эта ситуация урегулируется сама по себе, и нам не придется слишком много работать в ходе психотерапии».

6. *Игнорирование логики из-за сильного чувства истинности бредовой идеи.* Может показаться, что некоторые пациенты используют методы КПТп для проверки своих убеждений, но когда доказательства начинают указывать на то, что заблуждение

не соответствует действительности, они отбрасывают логику и заявляют: «Я знаю, что вы говорите, что это [бредовая идея] не имеет смысла, но у меня есть сильное чувство, что это все правда». Как отмечалось в главе 2, страдающие психозом люди смешивают мысли, чувства, воспоминания и восприятия в гибридные состояния ума, которые придают психическим событиям субъективное качество реальности, несмотря на то, что опыт пациента идет вразрез с согласованной реальностью (см. обсуждение отрицания реальности опыта ниже в этой главе).

В книге Garrett et al. (2019) дана более глубокая характеристика видов опосредующих защит. Ниже приведены несколько клинических примеров, иллюстрирующих непсихотические опосредующие защиты.

Опосредующая защита Джеймисона

Вспомните Джеймисона из главы 10, который считал, что Старейшины использовали особую машину для отслеживания его мыслей. Он был уверен, что Старейшины зарабатывают много денег, транслируя его жизнь в Интернете в виде реалити-шоу. Он считал: когда они решат, что он достойный уважения человек, они освободят его из «плена» и поделятся с ним правами на фильм и книгу «50 на 50». Непсихотическая опосредующая защита заключалась в убеждении пациента, что для достижения успеха все, что ему нужно сделать, — это переносить репрессивное присутствие Старейшин и ждать. Сестра приводила его на сеансы и ждала в приемной клиники. У них были теплые отношения, но он часто общался с ней во властной и императивной манере. Например, если она болтала с одним из секретарей в зоне ожидания после нашего сеанса, он мог сказать нетерпеливым тоном: «Давай! Пойдем уже!» Точно так же, как он часто торопился уйти, он зачастую спешил двигаться вперед после моментов осознания своего психоза. Однажды он сказал, что любой, кто считает, что ФБР контролирует все машины в округе, будет «сумасшедшим», но тут же добавил: «Но моя ситуация реальна». В этом вертикальном расщеплении своего наблюдающего эго он может применять логику к другим, но заходит в тупик, когда начинает применять эту же логику к самому себе. Этот «властный» элемент в его личности задействован, чтобы не фокусировать внимание на идеях, которые часть его знает как ложные. Когда он находится во «властном» настроении, он спешит мысленно

продвигаться вперед, чтобы не задерживаться на возможности того, что его мировоззрение иллюзорно.

Другой защитой, которую Джеймисон использовал для ограждения бредовой идеи от логики, была, как казалось, бесконечная еженедельная разработка непредвиденных обстоятельств, которые, по его словам, положат конец его «плену» на следующей неделе. Он говорил: «Думаю, в это воскресенье все закончится», или «Мне просто нужно заняться сексом с девушкой, и они меня отпустят», или «Думаю, на этой неделе они оставят меня в покое». Смысл этой защиты состоит в том, что нам не нужно работать на этой неделе, потому что вопросы разрешатся сами собой до нашей следующей встречи. В его фантазиях, после того как обстоятельство недели будет реализовано, он вернет свою жизнь, а вместе с ней получит знаменитость и богатство. Вместо того чтобы признать тот факт, что половина его взрослой жизни была потеряна из-за психоза и что выздоровление потребовало бы от него восстановления жизни, болезненной работы шаг за шагом, он считает, что будущее будет предоставлено ему в качестве компенсации за страдания, словно горшок с золотом в конце мучительной радуги. Джоанн Гринберг описывает, насколько сложной была для нее задача отказаться от иллюзорного мира Ир и вернуться в реальный (Greenberg, 1964). Читатели могут оценить проблему восстановления, представив, что им нужно будет вернуться в среднюю школу, пройти курсы алгебры и снова начать встречаться, как будто в первый раз, при этом зная, что естественное время этих этапов развития давно прошло. Помните квадратные уравнения школьной алгебры? Возможно, кто-то понимал их в 16 лет, но, если вам не приходится использовать высшую математику в повседневной работе, возвращение назад представляется сейчас почти невозможным. Психотерапевты должны понимать, какой высокой ценой дастся пациенту такое осознание.

Как и в случае с большинством личностных защит, властность Джеймисона помогает ему управлять своей самооценкой. В одном случае мне пришлось пропустить два сеанса из-за личной поездки. Несколько месяцев спустя, после того как он сильно полюбил наши встречи, когда я сказал ему, что собираюсь взять отпуск на неделю, он властно отчитал меня: «На сколько недель вы уезжаете? На одну или две? С вами никогда не знаешь. Надеюсь, не на две. Вы доктор. Одна неделя — это нормально, но вам не следует уезжать на две недели». Я научился встречать его

властность своей собственной тихой и спокойной решимостью, которая позволяла нам продолжать говорить о проблемах, которые, как он предполагал, были уже решены (например, «Моя ситуация реальна»).

Опосредующая защита Джеронимо

Джеронимо, человек, который начал страдать хроническим психозом в возрасте 20 лет, успевал в средней школе хуже, чем его сестра-близнец. Сестра пользовалась популярностью, но над ним беспощадно издевались сверстники. Стремясь завоевать признание, он развил талант жонглирования, что мало способствовало его популярности. Он был подвержен периодическим «воспоминаниям» о том, что каждый взрослый из его ближайших родственников либо подвергал его сексуальному насилию, либо вступал в сговор с виновником, чтобы допустить насилие. Когда ему было чуть за тридцать, он жил в двухкомнатной квартире с больной матерью и редко выходил на улицу. Он писал в интернет-блогах, взывая о возмещении нанесенного ему ущерба, надеясь, что кто-нибудь выступит вперед, чтобы отстоять его дело. Используя логику предикатов (см. главу 4), Джеронимо убедил себя, что, когда элементы в имени аватара в Интернете или фразе в интернет-сообщении другого человека соответствуют атрибуту кого-то из его прошлого, аватары служат прикрытием для людей, которые в прошлом подвергали его насилию, или, наоборот, нравившихся ему женщин, которые обращались к нему и вскоре бы объявляли о своей настоящей личности. Его избирательное использование логики предикатов было психодинамически мотивированным выражением эмоциональных потребностей. Обнаружение виновников в аватарах поддерживало его протест, а нахождение любовных интересов поддерживало его надежду. Его потребность найти обидчиков и любовниц действовала как сопротивление его изменяющимся представлениям об аватарах и преследованию более практических целей.

Используя примеры из общения в сети Интернет, в ходе которого, как он полагал, он контактировал с женщинами, которых знал, и с аватарами знаменитостей, я научил Джеронимо значению идей соотнесения. После сеансов он часто присылал мне довольно подробные отчеты о работе, которую мы проделали на сеансах, точно отмечая случаи, когда он испытывал идеи соотнесения во время поездок в мой офис и обратно. Используя

методы КПТп, мы исследовали вероятность того, что компания Paramount Pictures отправляла ему сообщения через Интернет, чтобы показать ему, как они отслеживают его «карьеру» в Интернете, чтобы однажды «открыть» его талант. В отличие от человека, находящегося в маниакальном эпизоде, на сеансах Джеронимо выглядел внимательным, вдумчивым, сдержанным и скромным. Он с готовностью признавал, что его ожидание быть «открытым» было, «вероятно, грандиозным». Несмотря на его кажущееся внимание к работе КПТп, он продолжал вести блог и сообщать мне, что обменивался электронными письмами с аватарами, которые, как он знал, скрывали знаменитостей. Создавалось впечатление, что он показал ясное понимание своей ситуации на сеансах и в течение недолгого времени после них, но то, что мы обсуждали, не было интернализировано и перенесено на новые ситуации. Наши разговоры были словно написаны на воде. Как только он возвращался в свою комнату, он снова садился за компьютер и вел беседы с кинозвездами.

В то время как пациент мог признать вероятную ложность своих убеждений в очень ограниченном контексте наших сеансов, чтобы обеспечить психологический рост, было необходимо рассмотреть эмоциональные потребности, которые выступали движущей силой для логики предикатов. Я изменил тактику. В начале каждого сеанса я предлагал Джеронимо сообщать о шагах, которые он предпринял в Интернете, и о шагах, которые он предпринимал в повседневном мире, с упором на свое будущее. После нескольких недель такого подхода я попросил его оценить процент надежды, которую он возлагает на каждую из этих областей. Он ответил: «Я бы сказал, что 70% на то, что меня откроют, а 30% на мои действия в повседневном мире... Ну, если честно, больше [чем] 80%. Нет, на самом деле 99% [на то, что] меня откроют». Это было сказано с робкой усмешкой. Затем я заметил, что он никогда не беспокоился о своей ситуации. Похоже, он никогда не переживал о том, что может случиться с ним, если его мать станет инвалидом или умрет. Он сказал, что это правда, добавив, что надеется, что киноиндустрия обнаружит его до того, как он потеряет мать. Он продолжил: «Я разговаривал в сети с одним парнем, который сказал, что он психопат. Он сказал, что у него нет таких чувств, как у других людей. Когда я разговариваю с вами, я думаю, что знаю, что я должен говорить и чувствовать, но не чувствую этого. Я не беспокоюсь о своей матери. Я психопат?»

Я заверил Джеронимо, что он не был психопатом, но что он был человеком, слишком сильно боявшимся испытать свой страх. Я предположил, что вместо того, чтобы столкнуться со своим страхом и построить будущее в обычном реальном мире, он ушел в интернет-мечты, чтобы избежать болезненной реальности своей изоляции. Он охотно согласился с такой оценкой. Поскольку он ушел с рынка труда, когда ему было немного за 20, в его резюме оказался 10-летний перерыв, который трудно объяснить потенциальному работодателю. Пациент был слишком болен, чтобы ходить на свидания в молодости, он не смог развить необходимые социальные навыки, чтобы общаться с женщинами. Он боялся, что если он попытается наладить сексуальные отношения, то окажется импотентом из-за побочных эффектов своих лекарств. Какая женщина захочет встречаться с «пациентом психбольницы»? На пути к восстановлению в реальном мире стыд и перспектива неудачи угрожали ему со всех сторон, в то время как в Интернете его жизнь в мечтах о славе протекала гладко. Нет лекарств, которые противостоят такому ужасу реального мира. В этом случае психотерапия — метод выбора.

Опосредующая защита Мириам

Рассмотрим третий пример опосредующей защиты. Мириам оказалась вовлеченной в драку с охранником в ресторане быстрого питания в оживленном районе в центре Бруклина, когда взяла заказанную еду, не заплатив. Она утверждала, что ее молодой человек Цезарь уже оплатил счет. В больнице выяснилось, что ее «Цезарь» был голосом человека, которого она никогда не встречала, «могущественного человека», который, как она считала, любил ее, заботился о ней и который, в конечном итоге женится на ней, «когда придет время». Ее психотерапевт отметил ее историю злоупотребления психоактивными веществами, но не придавал этому особого значения, потому что пациентка отрицала употребление наркотиков, а ее токсикологический анализ был отрицательным. Однако она продолжала громко и настойчиво отрицать употребление наркотиков, несмотря на отсутствие каких-либо подозрений со стороны персонала больницы в том, что она злоупотребляла психоактивными веществами. Это затрудняло рассмотрение многих других проблем. По сути ее защита представляла собой обратную сделку о признании вины, когда она признала свою невиновность по отношению

к обвинению, которое никогда против нее не выдвигалось (применение наркотиков), чтобы избежать обвинения в краже еды и психозе, связанном с этим актом. После построения временной шкалы несколько дней спустя психотерапевт интерпретировал защиту: «Услышав, как ваша мать всегда благоволила к вашему брату, обвиняя вас, я понимаю, как вы ожидаете ложного обвинения даже здесь, где обвинения против вас не предъявлялись. Каким же обнадеживающим должно быть ощущение, что по крайней мере Цезарь на вашей стороне и что он когда-нибудь придет и спасет вас. Я знаю, что вы хотите, чтобы вас выписали. Вы здесь не из-за наркотиков. Хотите узнать настоящую причину, по которой вас доставили в больницу, чтобы вы могли работать и двигаться к выписке? В Arby's произошло недоразумение. Вы думали, что Цезарь оплатил счет, но у людей в ресторане не было доказательств этого. Если хотите, мы можем разобтаться, что там произошло. Это ключ к вашей выписке».

Управление аффектом

Хотя мы стремимся помочь пациентам находить контакт с болезненными аффектами и переносить их (Garfield & Steinman, 2015), страдающие психозом люди часто испытывают трудности с регулированием аффектов. Аффект может перестать действовать как защита, запускающая сигнал, но может проходить через сознание пациента, как скорый поезд, становясь травматичным сам по себе. Эйслер (1954) описывает всеохватывающие эмоции, попирающие все на своем пути:

«Однажды активировавшаяся эмоция... охватила всю область эго и привела к истощению всех функций эго. Она зарядила образ тела, двигательную систему, систему восприятия и представления внешней реальности. Более того, пациент регулярно проявлял, полностью и очевидно, характерные эмоции, которые можно наблюдать в норме, иногда слабо, а иногда довольно сильно, а именно — тенденцию эмоции накапливать новую энергию путем активации всех воспоминаний, которые тесно с ней связаны, всех воспоминаний, содержание которых поддерживает эмоцию. Таким образом, эмоция порождает новую энергию» (с. 141).

Подавленные и диссоциированные аффекты, которые обычно открываются во время КПТп, включают сильный ужас, гнев, стыд, вину, одиночество, отчаяние, тоску и ненависть к себе. Пациентов можно научить управлять сильными эмоциями с помощью методов прогрессивной мышечной релаксации и осознанности, таких как попеременное дыхание через обе ноздри (Pradhan, 2015). В то же время пациентам можно показать, что никакие эмоции, какими бы сильными или на первый взгляд неуместными они ни были, не являются полностью иррациональными. В случае гнева пациент, скорее всего, почувствовал боль, хотя боль может быть не полностью осознанной. Все эмоции соизмеримы с фантазиями, которые сопровождают чувства в сознание. Кроме того, в соответствии с детской поговоркой: «Палками и камнями можно поломать мне кости, но слова мне боли никогда не причинят» пациентам можно показать, что возможно испытывать сильные эмоции, не причиняя физического вреда себе или другим. Как отмечалось ранее, Лоттерман (2015) рекомендует психотерапевту время от времени раскрывать свои чувства пациенту как способ моделирования того, как человек может честно говорить и выражать эмоции в ходе обычного разговора. Например, если пациент заметил усталость на лице психотерапевта или даже подавленное желание зевнуть, психотерапевт мог бы сказать: «Вы правы, я устал сегодня. Мне сегодня пришлось рано вставать, и я плохо спал. Меня расстраивает мысль, что вы можете принять мою усталость как знак того, что меня не интересует то, что вы говорите». Или если пациент опаздывает на сеанс, психотерапевт может просто сказать: «Я волновался, когда вас все еще не было здесь в обычное время». Сдержанное, взвешенное раскрытие чувств психотерапевтом способно помочь пациенту рискнуть самому говорить подобным образом.

По моему опыту, притупление аффекта — такая же проблема, как и аффективная лабильность. Пациенты сообщают, что прием нейролептиков вызывает чувство отстраненности, которое не устраняет их бредовую идею: человек по-прежнему верит в свое заблуждение, но оно переживается в менее навязчивой, беспокоящей форме (Mizrahi et al., 2005). Это притупленное состояние может смягчить аффективные вспышки и уменьшить аффективное поведение, которое подвергает опасности самого пациента или окружающих, но также может затруднить доступ к эмоциональному опыту, необходимому для самопонимания

и амбициозного восстановления. Обычное наблюдение уплощенного аффекта у страдающих психозом людей может быть связано отчасти с эффектами нейролептических препаратов, а отчасти с желанием пациентов чувствовать как можно меньше, потому что их жизненные обстоятельства настолько болезненны. По моему опыту, отрицаемые аффекты, связанные с травмой, как правило, проявляются через месяцы или годы лечения, когда человек чувствует себя достаточно сильным и в достаточной безопасности в терапевтических отношениях, чтобы их вынести. Например, только после полутора лет лечения Ариэль (история которой кратко описывается в главе 14) выразила глубокую боль и праведный гнев, которые испытывала к своему отцу, бросившему ее после того, как она забеременела. Она вспоминала, что всех женщин, живущих в ее общественном приюте, семьи приглашали на День Благодарения и на Рождество, за исключением ее самой и еще одной жительницы приюта. Она договорилась проводить праздники с двоюродной сестрой, которая жила на первом этаже того же многоквартирного дома, где двумя этажами выше жил отец. То, что отец игнорировал дочь, даже когда она находилась в нескольких минутах езды на лифте, словно втирало кислоту в глубокую рану.

Переведение измененных восприятий в мысли и чувства

Психотерапия с людьми, страдающими непсихотическими расстройствами, направлена на то, чтобы показать пациентам, что эмоционально заряженные межличностные отношения, которые они испытывают в настоящем, основаны на эмоционально заряженных отношениях из прошлого. Иными словами, текущий аффект = прошлый аффект. В психозе есть еще один шаг в процессе интерпретации. Психотические переживания, которые приходят к пациенту как восприятие внешнего мира, необходимо сначала перевести в эмоциональные переживания в настоящем, а затем в эмоциональные переживания, связанные с прошлым; то есть восприятие = текущий аффект = прошлый аффект. Поскольку восприятие и чувство — отдельные категории в обычной умственной жизни, рассматривать их как эквивалентные противоречит здравому смыслу.

Врач может сразу же оценить грандиозность проблемы, с которой сталкиваются страдающие психозом люди, пытаясь преобразовать восприятие в мысли и чувства. После того как бессознательное проявилось в психотическом симптоме и приняло перцептивную форму, эти гибридные умственные продукты больше не переживаются и не обрабатываются как мысли и чувства. Они подобны вулканической лаве, которая затвердевает и обращается в камень, когда достигает поверхности земли (разума). Когда мысли, чувства и фантазии всплывают в сознании в форме измененных представлений о реальном мире, они превращаются в жестко фиксированные психические структуры, подобные воспоминаниям, которые больше не могут участвовать в динамических приливах и отливах обычных мыслей и чувств. Эти гибриды мысли, чувства и восприятия находятся в репрезентативном пространстве воспринимаемых объектов, где теперь они подчиняются правилам, которые обычно управляют восприятием и воспоминаниями о восприятии, а не мыслями, чувствами и фантазиями.

Чтобы проиллюстрировать этот контраст, рассмотрим пример пациентки, страдавшей непсихотическим заболеванием, которая охарактеризовала свою мать как эгоцентричную женщину, любившую приписывать себе академические достижения дочери. Во время лечения пациентка обнаружила, что ее гневное недовольство тем, что ее деловой партнер не согласился предоставить ей половину акций в бизнесе, отражало ее обиду на мать (нынешний аффект = прошлый аффект). Женщина с психозом, мать которой, согласно рассказу пациентки, хотела, чтобы ее дочь вела себя, как кукла Барби, заявляла, что она получила «Нобелевскую премию за актерское мастерство», но не получила признания за свое достижение, потому что награда была украдена женщиной, проживавшей по соседству. На улице она увидела, что люди смотрят на нее так, будто знают, что она выиграла Премию, но она сказала, что все сговорились удерживать общественное признание ее достижения (воспринимаемый взгляд = текущее чувство непризнания = прошлое чувство непризнания ее матерью, которая хотела, чтобы дочь была куклой). Требуется настойчивость, чтобы сформулировать связь между воспринимаемым взглядом реального человека в настоящем и эмоционально заряженным воспоминанием из прошлого.

Слепым пятном, затрудняющим преобразование восприятий в чувства и слова, является то, что мы затрудняемся оценить обыденность нашего мышления образами, а не словами. Изображения ближе к восприятию, чем слова. Обыденное мышление смешивает слова и образы. Книжки для очень маленьких детей иногда имеют форму ребуса, в котором изображение животного заменяет слово «животное». Содержание психоза похоже на ребус. Страдающие психозом люди иногда думают и выражают свои мысли и чувства словами, а иногда воспринимаемыми образами, включая слуховые, зрительные, обонятельные и соматические ощущения. Иногда я предлагаю пациентам подумать о создании изображений в их снах, чтобы проиллюстрировать этот творческий процесс в работе. Мы склонны отождествлять реальность с восприятием.

Рассмотрим историю Элайджи, который надеялся вынести правительственные эксперименты над ним, чтобы доказать мужское достоинство отсутствующему отцу. В его лечении произошел неожиданный момент, когда он думал образами и при этом ему казалось, что он переживает восприятие внешнего мира. Через пять месяцев лечения между своими обычными короткими предложениями Элайджа остановился и посмотрел на мои носки. Казалось, он на мгновение задумался или отвлекся на внутренние раздражители. Я спросил его, что только что произошло. «О, ничего». Я сказал: «Не знаю, мне кажется, только что что-то произошло». Он сделал паузу, а затем сказал с легкой улыбкой: «Джордж Буш только что сказал: “Хорошие носки”». Время от времени он слышал голос Джорджа Буша. Я спросил: «Вы заметили мои носки?» «Не я, Джордж Буш», — сказал он. Я воспринял то, что он заметил мои носки, которые на самом деле были обычного профессионального черного цвета, как то, что он обратил внимание на человека, который сидел напротив него в течение нескольких месяцев, человека, который пытался помочь ему пройти испытание, которое предсказал его отсутствующий отец. Я предложил ему поинтересоваться, почему Джордж Буш выбрал именно этот момент, чтобы проявить себя. Он сказал, что не знает, и продолжал настаивать на том, что наблюдение о «хороших носках» принадлежит Джорджу Бушу, а не ему. Я осторожно продолжил развивать эту тему: «Мне показалось, что вы смотрели на мои носки». Он снова сделал паузу, а затем сказал: «Да, это началось как визуальная картинка. Я видел этот зрительный образ. А затем Джордж

Буш вышел на первый план и сказал: “Хорошие носки”. Мы добились небольшого, но значимого прогресса на этой сессии.

Элайджа смог подтвердить свой интерес к отцовской фигуре психотерапевта визуально, но не вербально. Его отец был близок в его разуме. В психодинамической психотерапии работа продвигается сеанс за сеансом, если это позволяет пациент и если предоставляется возможность.

Глубокие вертикальные расколы в психике

При «горизонтальном расколе» в непсихотических состояниях, когда вытеснение исключает вызывающие конфликт мысли и чувства из сознания, эти мысли остаются латентными в ментальном представлении «Я» и проявляются в самости, когда устраняется подавление. При «вертикальном расколе» при психозе отрицаемые элементы разума никогда не покидают сознания, а переживаются как аспекты ментальных репрезентаций других людей и вещей. В сущности, кажется, что части разума человека пропадают, только чтобы вновь появиться в мысленных представлениях о других людях. Например, женщина может презирать себя, но не осознает этого чувства, потому что это ощущение исчезло из ее разума, только чтобы вновь появиться в отчетливом чувстве того, что незнакомцы безусловно и несправедливо презирают ее. Защитная трансформация аффекта в восприятие, отмеченная выше, способствует глубине вертикального раскола. Противоречивое содержание не просто исключается из сознания, но представляется как совершенно другая категория опыта: то есть восприятие, а не мысль.

Рассмотрим пример Ариэль, которая считала, что источала отвратительный запах, вызывающий отвращение у окружающих, — бредовая идея, явно отражающая низкую самооценку. Сама Ариэль никогда не чувствовала запаха и считала себя ухоженной. Другие люди ощущали запах, которого она не замечала. Правдоподобно она сообщала, что ее сознательное ощущение себя было представлением о хорошем человеке. Ее негативные чувства по отношению к себе полностью исчезли из ее разума, чтобы вновь всплыть в умах незнакомцев. Потребовалось время, чтобы связать ощущение запаха с ее отрицательной самооценкой, потому что ее чувства по отношению к себе были

вертикально разделены на сознательный положительный образ себя без запаха и сознательный отрицательный образ себя в умах других. Ее первоначальная реакция на мои попытки интерпретировать иллюзию запаха состояла в том, что она могла понять, как ее застенчивость может привести к социальной изоляции, но не могла понять, какое отношение этот запах имел к ее самооценке, потому что она никогда не чувствовала дурного запаха и считала себя хорошим человеком, который уделял должное внимание личной гигиене.

Рассмотрим пример Чарльза (см. также главу 10), американца ирландского происхождения, который преуспевал в обучении до тех пор, пока у него не развился психоз после безвременной смерти матери. Чарльз был убежден, что голос по имени Сара мог исказить его лицо таким образом, что люди пристально смотрели на него. Сара также контролировала функции его тела, в том числе позывы к мочеиспусканию и дефекации. Однажды, когда он занимался со штангой в тренажерном зале, его левая рука полностью вытянулась вверх, удерживая вес, а правая рука словно замерла, охваченная слабостью, что, как он чувствовал, было делом Сары. Прогуливаясь по своему району, он слышал, как незнакомые люди делают насмешливые замечания в его адрес, например «педик» или «он девчонка». Он согласился с тем, что голоса, казалось, были направлены на то, чтобы подорвать его мужскую уверенность, подразумевая, что он был гомосексуалистом, но, поскольку он знал, что был гетеросексуалом, он никоим образом не мог связать голоса со своим собственным разумом. В глубоком вертикальном ментальном расколе его сомнения в себе исчезли из разума, только чтобы появиться в порочащих голосах.

В редких случаях голоса могли похвалить его и сказать: «Разве он не красив?» Я сказал Чарльзу, что мне кажется, я вижу связь между голосами и его собственными мыслями, но оставлю ему право судить об этом. Я напомнил ему, что несколько месяцев назад он очень разозлился на своего психиатра, который пытался убедить его в отношении его лицевых искажений, сказав, что он красивый мужчина и может чувствовать себя уверенно, общаясь с женщинами. Он категорически возразил, что не является красивым человеком. Он сказал, что знает об этом, потому что ни одна женщина никогда не говорила ему такого, и, если бы он был красив, хотя бы одна женщина наверняка

когда-нибудь сказала об этом. Он придерживался этой точки зрения, несмотря на то, что, по его собственному упоминанию, когда он был моложе, он был «дамским угодником». Затем я сказал, что не думаю, что в действительности только голоса ставили под сомнение его мужественность, но что у него самого тоже была некоторая неуверенность, которая проявилась в убеждении, что он не был привлекательным. Я добавил, что, говоря ему, что он «красив», голоса сообщали о его привлекательности так, как этого никогда не отмечала ни одна женщина. Голоса исполняли желание пациента, чтобы женщина считала его привлекательным и любимым. Таким образом, голоса выражали обе стороны его чувств: его веру в то, что он непривлекателен, и его желание, чтобы ему сказали, что он привлекателен. Такими были два способа связать голоса с его собственным сознанием. Позже пациент сообщил, что этот сеанс ознаменовал начало его понимания переживаний голосов, которые раньше он испытывал как необъяснимые мучения.

Отказ от чувства реальности психотического опыта

Когда мы слишком остро реагируем на событие (см. главу 3), мы воображаем, что нечто, чего мы бессознательно боимся, уже произошло или вот-вот произойдет. Наш страх кажется реальным, потому что мы действительно очень боимся. Когда трезвые части нашего сознания начинают говорить нам, что мы реагируем чрезмерно остро, наш страх не рассеивается немедленно. Это продолжается какое-то время (минуты, часы, иногда дни), пока мы продолжаем говорить себе: «Ты слишком остро реагируешь. Все не так плохо, как тебе кажется». Наш разум разделен между ощущением, что катастрофа действительно близка, и нашей рациональной оценкой, что это не так. Люди в состоянии бреда начинают психотерапию с твердым ощущением, что определенное положение дел реально, с очень небольшой уравновешивающей оценкой того, что события не могут быть такими, какими кажутся. Мы надеемся исправить это равновесие в психотерапии в пользу реальности. Мы просим пациентов сделать нечто чрезвычайно трудное: противостоять ощущаемой реальности эмоций.

Отказ от ощущения, что что-то реально, не то же самое, что отказ от ошибочной идеи. Независимо от того, есть ли у нас сильное ощущение, что мы оставили мобильный телефон на кухонном столе, это либо так, либо нет. Если телефона нет на кухонном столе, сильное ощущение, что мы оставили его там, быстро исчезает, оставляя нас с сохраняющейся неуверенностью в местонахождении телефона. Фактически при психозе сохраняется сильное ощущение, что сотовый телефон находится на кухне, несмотря на тщательный поиск. По моему опыту, бредовая идея редко разрешается быстро и чисто, как это происходит с ложным представлением о сотовом телефоне. Первым шагом к пониманию того, что бредовая идея не соответствует действительности, часто бывает не озарение, а нечто более близкое к *сознательному отрицанию*. Когда работа КПТп создает достаточно сильную когнитивную опору против ощущаемой реальности заблуждения, пациент может продолжать чувствовать, что бредовая идея истинна, но при этом может быть в состоянии отказаться от этого чувства достоверного убеждения: «Это все еще кажется правдой, но я знаю, что это чувство не отражает того, как все обстоит на самом деле».

Чувство человека, что бредовая идея истинна, может, таким образом, уменьшаться, но тем не менее сохраняться в течение длительных периодов времени наряду с отрицанием его реальности в постоянном состоянии того, что называется «двойной бухгалтерией» (Sass & Pienkos, 2013). Способность пациента отказываться от ощущения реальности устойчиво сосуществует с бредовой идеей. Или ощущение реальности заблуждения может постепенно исчезать, в то время как убежденность в том, что заблуждение ложно, возрастает. Этот сдвиг может стабилизироваться, когда пациент интернализирует эффективную когнитивно-поведенческую терапию психоза, но становится более стабильным, если психодинамическая работа преуспевает в раскрытии истинных эмоциональных движущих сил бредовой идеи в реальных переживаниях пациента. В этом случае эмоция, вложенная в бредовую идею, может быть выведена из заблуждения и возвращена к ее истинному психологическому месту происхождения.

Возрождение бредовой идеи в ответ на жизненные события может потребовать того, что врачи КПТп называют «бустерными» сеансами. Это можно считать вопросом семантики, но идея

«бустерных сеансов» может быть интерпретирована некоторыми людьми так: справедливо ожидать, что пациенты, получающие лечение от психоза, завершат свое лечение, не будут посещать психотерапию в течение определенного периода времени и вернуться по мере необходимости, во многом так же, как человек получает ревакцинацию прививки после первичной вакцинации. Мой опыт свидетельствует о том, что люди, выздоравливающие от психоза, могут извлекать большую выгоду из непрерывных постоянных отношений со своим психотерапевтом, которые выходят далеко за рамки 20 сеансов, соответствующих исследовательским протоколам. По мере того как отношения сохраняются и лечение продолжается, методы психотерапевта будут меняться. Иногда работа будет иметь психодинамическую направленность; в других случаях она включит в себя сеансы «бустерной» КПТп, которые могут быть неоценимы в отражении психотического обострения без необходимости госпитализации или изменения типа или дозировки медикаментозных препаратов. В отличие от успешного психоаналитического лечения, когда анализант с расстройством непсихотического характера может прекратить лечение и чувствовать себя независимым и готовым к самостоятельной жизни, психотические переживания вызывают стойкую уязвимость в психике, которая требует постоянно доступной помощи. По моему опыту, при успешном лечении частота сеансов может быть уменьшена со временем, но полное прекращение терапевтических отношений может быть нецелесообразным. Это печальная новость для программ по сокращению затрат, которые регулируют количество амбулаторных приемов.

Что мы можем сделать перед лицом сохраняющегося мощного аффективного сопротивления? Мы должны придерживаться своего курса. Пациентов вряд ли убедит умный аргумент, что их эмоциональная уверенность в том, что что-то правда, неверна. Опять же, это дело сердца. Если наряду с бредовой идеей у человека развилось эмоциональное убеждение, что психотерапевту можно доверять и что он действительно вкладывается в благополучие пациента, подлинность этой связи позволит больному продолжать посещать сеансы и продолжать слушать. Психотерапевтам может потребоваться спокойно, но настойчиво отстаивать свое мнение о том, что не является объективно реальным, признавая при этом, что чувство реальности переживания очень убедительно.

Психотические симптомы представляются выходящими за пределы возможностей воображения человека

Еще одно препятствие, с которым могут столкнуться психотерапевты, — это убеждение, что голоса пациентов и бредовые миры должны возникать извне, потому что эти произведения, по оценке пациентов, выходят за пределы их воображения. Например, мы вместе со страдавшим психозом пациентом изучали альтернативные объяснения его воспоминаний о том, как он был похищен инопланетянами и присутствовал на встрече на орбитальном космическом корабле, который должен был решить судьбу Земли. Он сказал мне: «Я не мог придумать этого. У меня нет такого воображения». КПП уважает логический ум. Символическое функционирование разума, которое заменяет одну вещь другой, следует законам мышления первичного процесса, а не правилам логики, основанной на доказательствах. Пациент и психотерапевт должны также уважать бессознательные истоки человеческого воображения. Бессознательное, наряду с гравитацией, леопардами, светлячками и сознанием, является одним из парадоксальных чудес природы. Наши сознательные, логические, аналитические умы — медлительные ленивцы по сравнению с молниеносными способностями наших бессознательных мыслительных процессов.

Можно «нормализовать» процесс творчества и воображения у пациентов, которые испытывают трудности с принятием творческих способностей своего ума, рассуждая о написании кому-то электронного письма. Когда мы садимся писать, мы сосредотачиваемся на своей задаче и ждем, пока придут мысли. После короткой паузы в сознании начинают появляться слова и идеи. В процессе творчества наш разум разделяется на невидимого писателя и человека, воспринимающего первый набросок того, что мы собираемся написать. Мы отвергаем одну фразу и ставим на ее место другую, когда составляем сообщение. На каждом этапе мы видим то, что произвело наше воображение, как если бы идеи передавались нам на листках бумаги из-за занавеса, из-за угла нашего разума, чтобы затем выйти на свет сознания. Мы видим то, о чем мы думали только после того, как нам это открывается. Писатели говорят о том, что их персонажи «раскрываются» по мере развития сюжета книги, как если бы они жили своей собственной,

независимой от автора жизнью. Страдающие психозом иногда слышат то, что, как им представляется, они не могли изобрести или вообразить, и они создают рассказы с сюжетами, персонажами и сюжетными линиями, которые, как кажется, не могли бы написать сами.

Когда люди, не страдающие психозом, хотят ответить на вопрос, а их разум предлагает ответ, они верят, что их идеи — продукт их собственных психических процессов, отчасти потому, что помнят, как их сознательное намерение придумать ответ предшествовало возникновению новой идеи. Мы переживаем задержку во времени между постановкой вопроса и получением ответа в нашем сознании как период «умственных усилий», которые маркируют продукт нашего творчества как наш собственный. При психозе творческий процесс протекает свободно, как кажется, без сознательного усилия, в отрыве от чувства преднамеренного усилия, которое связало бы воображение с собственной личностью больного. Когда творения человека не соответствуют прежним представлениям о способностях к воображению, кажется, что продукты творческой деятельности берут начало вне его самого. Карл Юнг, перенесший, как многие полагают, психотический эпизод, который он описал в своей «Красной книге» (Jung, 2012), идентифицировал этот инородный резервуар творчества как коллективное бессознательное (Jung, 1969).

Психодинамическая интерпретация психотических симптомов в объектно-ориентированной системе

В психотерапии психоза психотерапевт пытается показать пациенту, что переживания, которые, по-видимому, происходят вне его «Я», являются значимым выражением собственных мыслей, чувств, фантазий и воспоминаний человека. Психотерапевт предлагает пациенту со временем реконструировать жизненную историю, которая привела к психозу. Некоторые пациенты не захотят отправиться в это путешествие. Некоторые из них могут быть слишком травмированы, чтобы выдержать его, и обладать слишком низкой метакогнитивной способностью для выполнения такого задания (Lysaker et al., 2011). Для пациентов, которые готовы выполнять такую работу, я подхожу к технике психодинамической

интерпретации с точки зрения теории объектных отношений, как это описано в главе 3. Метод объектных отношений предполагает, что мы организуем наше понимание самих себя и других людей в форме историй, предназначенных для выражения и регулирования нашей умственной жизни. Если мы подойдем к содержанию психотического симптома как к автобиографической пьесе, поставленной в реальном мире (см. главу 3), то сможем полагаться на те же навыки интерпретации, которые используем для понимания психологических последствий любого повествования: будь то пьеса, роман, рассказ, биография, автобиография или фильм. Повествование, отраженное в бредовой идее, обычно включает в себя несколько персонажей, чаще всего с пациентом, играющим роль жертвы преследователя. То, что кажется историей с множеством персонажей, на самом деле является ментальным представлением единого разума: разума пациента, оформленного как история с набором персонажей, которые служат внутренними объектами, проецируемыми на личности людей вне себя. Отрицаемые части «Я» словно бы стоят отдельно друг от друга, держа в руках маски на палках, чтобы выглядеть как персонажи автобиографической пьесы, поставленной в реальном мире.

Психотерапевты, работающие с пациентами с непсихотическими расстройствами, также находят смысл в рассказах пациентов. Это неизбежные истории недели, поведенные на занятиях, рассказы о взаимодействии с людьми на работе или в семье, истории из прошлого, воспоминания о взрослении или выдуманные истории. Например, когда мужчина с непсихотическим расстройством, матери которого было невозможно угодить, рассказывает историю о том, что его начальница никогда не бывает удовлетворена его работой, врач может заподозрить, что история о начальнице на каком-то подсознательном уровне также является историей о его матери. В случае страдающего психозом пациента задача клинициста также состоит в том, чтобы понять историю. Клиницисты, строго придерживающиеся биологического подхода, не будут искать психодинамическое значение, и поэтому они никогда его не найдут. Как только мы примем предпосылку, что симптомы имеют значение, наша клиническая подготовка и наша естественная способность понимать истории могут быть использованы в психотерапии.

Когда психодинамический психотерапевт работает с пациентом в течение длительного периода, утраченные элементы

психики человека медленно возвращаются. В отличие от классической когнитивно-поведенческой терапии психоза, которая предполагает, что проблемы могут быть определены, а измеримые цели могут быть установлены и реализованы упорядоченным образом на ранних этапах лечения, психодинамическая теория утверждает, что пациенты могут оказаться не в состоянии полностью определить свои эмоциональные проблемы, пока не вернутся к жизни в ходе лечения. Клинический материал, который появляется в психотерапии, подобен коллажу, где продолжают открываться и добавляться новые части по мере продвижения работы. Психодинамические психотерапевты, пользующиеся объектно-ориентированным подходом, хранят фрагменты истории пациента в глубине своего разума и ставят перед собой задачу интуитивно понять, как эти фрагменты сочетаются друг с другом, чтобы сформировать единый разум и связную историю. Эти фрагменты состоят из значимых событий из детства, первоначальных факторов психоза, недавних событий, которые усугубили психотические симптомы, содержания бредовых идей, того, что говорят голоса, и важных моментов, произошедших во время сеансов. Можно сказать, что вся находящаяся в распоряжении психотерапевта конница и вся его рать будет пытаться снова Шалтая-Болтая собратъ. Задача психотерапевта в объектно-ориентированном подходе состоит в том, чтобы понять, что именно было спроецировано в какую ментальную репрезентацию и почему, и вернуть это содержание в сознание пациента, где оно может быть пережито как мысли, чувства и фантазии, которые можно выразить словами.

Способность понимать истории — это основная человеческая способность, которая естественным образом присуща людям, хотя и с разной степенью проникательности, начиная с того, как родители читают или рассказывают истории своим детям. Ребенку известно, что сказка, в которой потерянная кукла находится и воссоединяется со своим владельцем, — это история о разлуке и потере, которая заканчивается воссоединением ребенка со своей матерью. Отождествляя себя с куклой, ребенок обретает уверенность: «Если я когда-нибудь потеряюсь, моя мать обязательно найдет меня». Для понимания большинства историй не требуется психодинамическая подготовка, хотя сделать интерпретацию удобнее, когда линия сюжета особенно примитивна. Чтобы понять бредовые повествования, психотерапевты используют свою естественную способность понимать истории.

Часто отношения частей «Я», которые выступают в качестве персонажей бредового повествования, можно легко распознать. Например, голоса, которые говорят, что мужчина — ужасный человек, легко воспринимаются как проекции негативных мыслей этого мужчины о самом себе. Мартин, которому было 16 лет, когда у него случился первый психотический приступ, полагал, что его утренняя эрекция была вызвана тем, что девушка его отца телепатически контролировала его пенис. В бредовой истории пациента его не привлекает девушка отца; скорее, она им манипулирует. Секс у нее на уме, а не у него. Он, скорее, жертва преследователя, чем нарушитель, жаждущий девушки своего отца. Большинство людей, обладающих психологическим мышлением, интуитивно поймут без специальной подготовки смысл этой истории.

В случаях, подобных истории Мартина, когда персонажи рассказа достаточно близки к реальным людям, вдохновившим сценарий, и когда в повествовании достаточно деталей, чтобы дать намек на его значение, смысл можно легко распознать. В других случаях доступно меньше информации. Персонажи кажутся мифическими или обобщенными, оторванными от своих настоящих истоков, а детали незначительными. По неизвестной причине за пациентом охотится некая теневая организация без названия. Сцена в кафкианском стиле. Кто-то совершил преступление, и в этом обвиняют пациента. Когда значения неясны, психотерапевт может использовать классическую психоаналитическую технику свободных ассоциаций, спрашивая пациента, что ему приходит в голову, когда он думает об элементах бредовой истории. Вспомните Джеймисона, который полагал, что Старейшины отслеживают его неуважительные мысли с помощью специальной машины. На четвертом месяце нашей работы я непринужденно заметил в стиле Коломбо, что он казался пойманным в «петле вины» мужчинами старшего возраста, которые представлялись «отцовскими фигурами». Он отверг какое-либо отношение бредовой идеи к своему отцу, сказав, что у него были хорошие отношения с отцом, хотя, по всей видимости, не слишком близкие. В этот момент Джеймисон вспомнил, что слышал по телевидению интервью с популярным комиком, который пошутил: «Если бы я когда-нибудь проявил неуважение к моему отцу, он бы меня убил!» Четыре сеанса спустя, когда мы снова исследовали «петлю вины», он сказал: «Это не похоже на моего отца. Это

больше похоже на моего деда. Он бил меня, когда я был ребенком. Я боялся его даже после того, как его поместили в дом престарелых». Несколько месяцев спустя он упомянул о смерти пожилого человека, к которому был близок, за несколько месяцев до начала психоза. В этот момент стало достаточно ясно, что Старейшины были составным образом его отца, его строгого и жестокого деда и покойного любимого друга — пожилого мужчины.

Как отмечалось в главе 3, во многих случаях преследователь — призрачная фигура, мотивы которой неясны. Может потребоваться время, чтобы разгадать выдуманную личность и намерения преследователя. Даже когда преследующие объекты угрожают человеку физическим вредом или смертью, на эмоциональном уровне преследующий объект бессознательно угрожает своего рода психической смертью. Поскольку преследователь — это умственное дитя невыносимых мыслей, чувств и воспоминаний, присутствующих при возникновении психоза, неясная угроза обобщенного преследователя звучит так: «Я буду преследовать тебя, и мое присутствие будет служить скрытым напоминанием о болезненных жизненных событиях, которые породили меня. Пытка, которую я для тебя приготовил, состоит в том, чтобы заставить тебя вспомнить то, что ты не хочешь вспоминать, почувствовать то, чего ты не можешь вынести». Излишне говорить, что психотерапевт не может спросить пациента: «С каким невыносимым состоянием ума, вызванным травмой, вы хотели бы работать сегодня?» Пациенту и психотерапевту лучше всего приближаться к центру круговорота медленно, осторожно и безопасно.

Понимание истории Томми

Мне потребовалось пять месяцев для того, чтобы накопить достаточно информации и собрать воедино следующее понимание психоза Томми (представленное в главе 4). Томми был младшим ребенком в третьем поколении в ирландской семье, состоящей из шести братьев и сестер: в порядке рождения — четыре старших брата, затем сестра, затем Томми. Его старший брат был звездой школьной футбольной команды и любимцем отца. Братья Томми дразнили его и называли маменькиным сынком. Отец много путешествовал по делам и подолгу отсутствовал дома. Мать, перегруженная заботами повседневной жизни, часто употребляла алкоголь. В хаотичной семье Томми оставался без

внимания и подвергся сексуальному насилию со стороны дяди. Когда мать Томми считала, что он совершил какой-то проступок, иногда она требовала, чтобы он снимал одежду, после чего заставляла его голым выйти в коридор и запирала дверь. Чтобы никто не увидел его обнаженным, он бежал на крышу, где размышлял о том, чтобы прыгнуть и покончить с жизнью. Когда отец был дома, Томми редко знал, возвращаясь из школы, будет ли спать в собственной постели или его отправят к родственникам на ночь (или на неделю, или на месяц), потому что родители часто ссорились. В 21 год Томми женился на чувствительной женщине, но, по мнению его братьев-мачо, связал себя узами брака слишком рано. Братья подстрекали Томми «поразвлечься». Чтобы выглядеть мужчиной в их глазах, он завел интрижку, после которой чувствовал себя настолько виноватым, что не мог удержаться и не рассказать обо всем своей жене. Его откровение почти разрушило их брак. Она не оставила его, но остыла к нему. Томми отчаялся, сделав вывод, что он сбежал из жестокого детства в хорошую жизнь только для того, чтобы разрушить свой единственный шанс на счастье.

Томми работал на приемной зоне в крупном магазине. Каждый день на работе он ожидал, что его арестуют за то, что на самом деле было тривиальным нарушением правил магазина, которое он стал рассматривать как уголовное преступление. Однажды он доставил несколько коробок в центральную службу поддержки в торговом зале вместо того, чтобы отнести коробки по отдельности в разные отделы на этом этаже. Он считал, что все его сослуживцы знали о его преступлении и участвовали в заговоре с целью его задержания. Он подслушал отрывки из разговора, в которых выделялись слова вроде «тюрьма» или «педик», что, по его мнению, указывало на неизбежность ареста. Он также слышал через стены своей квартиры, как соседи шепчутся о нем. Он был немногословным человеком, который часто говорил с большими задержками в речи, еле слышным голосом. В ходе работы с применением методов КПТп пациент, в конце концов, усомнился, что его арестуют. На сессиях мы с пациентом задавали много вопросов. Зачем магазину ждать его ареста 8 лет, когда истек срок давности преступления и нельзя возбудить уголовное дело? Что в пациенте было такого важного, что магазин нанял агентов, чтобы они следовали за ним в Ирландию, куда он уехал в отпуск? Бюджет такой зарубежной операции легко превысил бы сотню тысяч

долларов, а издержки заговора продолжительностью в 8 лет составили бы миллионы. Если он подслушивает настоящие разговоры в магазине и сквозь стены, почему он слышит только отдельные слова, а не полные предложения, как можно было бы ожидать? И так далее. Работа КПТп позволила ему заинтересоваться другим объяснением, которое я предлагал в ходе нескольких сеансов. В течение пяти месяцев работы я раскладывал фрагменты истории пациента на ментальном рабочем столе, пытаюсь интуитивно понять смысл объектно-ориентированного повествования, выраженного в параноидном психозе.

Если сконцентрировать нашу психодинамическую работу в одном параграфе, как если бы это было сделано сразу, а не в ходе нескольких сеансов, я сказал ему следующее:

«Теперь мы можем видеть, что вы превратили своих коллег и соседей в персонажей истории, которую рассказали себе о своей жизни и которая была эмоционально правдивой, хотя и не соответствовала действительности. Чувство, которое у вас было в детстве, что вы не вписывались, что вы получали насилие вместо заботы и что ваша мать так жестоко наказывала вас, убедило вас, что несчастье в вашем доме должно быть вашей ошибкой. Это чувство никогда не покидало вас, когда вы росли. Ваш отец был эксцентричным человеком, обладавшим определенной чванливостью. Вы жаждали его одобрения, но он часто отсутствовал, а когда был дома, обстановка оказывалась такой напряженной, что не находилось возможности для установления контакта между отцом и сыном. Когда ваши братья сказали вам, что вы женились слишком рано, вы хотели произвести на них впечатление, и это привело вас к ужасной ошибке. Вы уже чувствовали себя плохим ребенком, преступником, к тому времени, когда были еще мальчиком всего метр ростом. Добавьте к этому роман на стороне. Настоящим преступлением, которое довело вас до крайности, была интрижка, а не ошибка на работе. Вам невыносимо думать о том, что вы сделали со своей женой и своим браком. В своем сознании вы кричали, кричали, кричали. Вы не могли этого пережить. Вы не могли игнорировать чувство вины. Чтобы выжить, вы начали думать о другом преступлении, о «преступлении» на работе, а не о преступлении в виде предательства вашей жены, о преступлениях вашего дяди против вас и о преступлении

вашей матери, пренебрегавшей заботой о вас. История, которую вы себе рассказываете, изменилась. В глубине души вы чувствовали, что заслуживаете наказания. Вы ожидали, что потеряете все и попадете в тюрьму. Точно так же, как вы никогда не могли быть уверены, где окажетесь, когда вернетесь из школы домой, вы думали, что не можете рассчитывать, что вернетесь домой после того, как пойдете на работу. Голосами, которые вы слышали сквозь стены, и обрывками разговоров на работе были ваши виновные мысли, говорящие, что вы заслуживаете только того, чтобы попасть в тюрьму, где вас, вероятно, изнасилуют, как в детстве. Теперь мы можем видеть, что ваше ошибочное представление об аресте выразило в форме рассказа очень многое из того, что случилось с вами в жизни».

Чувствуя себя сильнее благодаря психотерапии, Томми начал говорить более энергичным голосом. Он сказал, что всю жизнь пытался избежать травмирующего детства, но понял, что теперь ему придется принять его. Он решил поговорить с матерью о ее жестоком обращении с ним. К счастью, она признала, что он был прав, и извинилась. Это извинение позволило ему почувствовать сочувствие к своей матери, которая сама пережила невзгоды, которые привели к психическому заболеванию Томми. Он не решался обратиться к самовлюбленному отцу в том же ключе, но после нескольких месяцев размышлений сделал это в дипломатической манере. Его отец не взял на себя никакой ответственности за условия детства Томми, но выразил уважение к тому, что Томми смог заступиться за себя перед ним. В настоящее время Томми продолжает укреплять свое восстановление. Он стал активным, как и когда-то, в своей церкви, и это приносит ему удовольствие. Ему доставляет огромную радость воспитывать дочь, своего первого ребенка. Он продолжает работать над восстановлением своего брака. Хотя его жена поддерживала его после романа на стороне и на протяжении 8 лет психоза, этот кризис отразился на их браке, но отношения постепенно улучшаются. Его внимание сосредоточено на реальных проблемах взрослой жизни. Иногда, когда он чувствует эмоциональную дистанцию от своей жены, у него периодически возникает мысль о том, что его арестуют на работе, но он может отбросить эту мысль, теперь рассматривая это как признак стресса, а не как реальность.

Изменения на более поздних этапах психотерапии

После того как пациенты перестают поддерживать буквальную реальность бредового преследователя, когда они начнут связывать параноидные ожидания воображаемого плохого обращения в настоящем с реальными травмами, полученными в детстве, они могут начать кампанию против родителей. Четкая корреляция между невзгодами детства и психозом подрывает предположение о том, что пациенты просто воображают, что с ними плохо обращались (Longden & Read, 2016). Тем не менее описания родителей в момент, когда они впервые появляются в процессе лечения, могут быть комбинацией точно запомненных травм, смешанных с образами, пропитанными примитивными объектными фантазиями, которые зачастую расходятся с впечатлением психотерапевта о родителях, полученном на семейном собрании. Ариети (1974) заметил, что менее четверти матерей, с которыми он встречался, соответствовали картине «шизофреногенной» матери, которая была (ошибочно) популяризирована за счет более тонкой характеристики матерей, отмеченной Фромм-Райхманн (1940).

Карон и Ванден-Бос (Karon and VandenBos, 1981) аналогичным образом утверждают, что большинство родителей, которые причиняют вред своим детям, делают это непреднамеренно и бессознательно, а не умышленно. Родители часто убиты горем из-за болезни ребенка. Психотерапевты могут быть склонны сочувствовать пациенту, который получил серьезную травму, и вставать на сторону пациента против абсолютно плохой семьи. Когда это очевидно, психотерапевт должен признать реальный вред, нанесенный пациенту, но, если преступления родителей не слишком серьезны, психотерапевт может поддержать депрессивную позицию Кляйн, в которой родители рассматриваются как реальные люди, обладающие как хорошими, так и плохими качествами. Но добиться правильного баланса — очень непростое дело.

Когда пациент подвергся изнасилованию, избиению и/или издевательствам, возможно, не подойдет ничего, кроме Комиссии по установлению истины и примирению, подобной той, которая исследовала зверства апартеида в Южной Африке. Однако когда вред, причиненный родителями, рассматривается через чуть более снисходительную линзу травмы, связанной с нарушениями отношений между поколениями, некоторые семейные

связи можно спасти. Во многих случаях из-за того, что психоз серьезно подорвал способность человека к отношениям, семья пациента может быть единственным, что осталось от его социального мира. В таких случаях пациента можно было бы убедить воздержаться от полного отказа от семьи. Психотерапевт может улучшить семейные отношения, указав на искаженные взгляды родителей на текущие события. Например, учитель, страдавший психозом, который слышал, как ученики в его классе шепчут насмешливые комментарии, понял, что его восприятие искажено. Однако он обвинял своих родителей, которые, казалось, любили его, в том, что они мучили его на семейных обедах, словно бы невзначай упоминая имена его однополых любовников. В ходе психотерапии он пришел к пониманию того, что за обеденным столом испытывал идеи отношения. Он признал, что его родители не знали о существовании упоминаемых любовников и поэтому не могли знать их имен. Он смог увидеть, что за семейным обеденным столом происходили события, похожие на вторжение голосов во время занятий в классе. Осознание этого улучшило качество его семейной жизни.

Как и в случае с психотерапией людей с непсихотическими расстройствами, пациенты с психозами должны понять, что они не получают желаемого, подвергая родителей суду с ожиданием, что теперь родители восполнят то, чего пациентам не хватало в детстве. Не будет никакой волшебной перезагрузки, которая позволит начать с чистого листа. В процессе восстановления пациентам придется столкнуться с огромным ущербом, нанесенным их жизнедеятельности, и пережить эту утрату. Людям нужно, чтобы кто-то был с ними рядом, когда они чувствуют это горе, и это еще одна причина, по которой психотерапия должна продолжаться. Пациенты должны принять необходимость выйти в мир и найти удовлетворение своих собственных взрослых потребностей. Когда Джоанн Гринберг пожаловалась психотерапевту на то, как тяжело жить в реальном мире, Фрида Фромм-Райхман ответила: «Я никогда не обещала тебе сад из роз», что позже стало названием книги Гринберг.

В начале лечения отношения с психотерапевтом как с реальным человеком, оказывающим поддержку, имеют приоритет над другими факторами. По мере того как осознание психотических механизмов увеличивается и продолжается изучение семейных отношений пациента, психотерапевт может начать

уделять повышенное внимание искажениям переноса. Например, у Ариэль была привычка отправлять мне текстовые сообщения для подтверждения каждой встречи, часто с вопросом: «У нас будет встреча сегодня?», хотя у нас были назначены постоянные встречи в одно и то же время каждую неделю. Учитывая, что мать не уделяла ей внимания, и ожидание, что люди сочтут ее поведение оскорбительным и навязчивым, она не допускала, что я был привержен нашим регулярным встречам. На ранних этапах лечения психотерапевт стремится быть надежной родительской фигурой, которая окажет пациенту любую поддержку, необходимую для его выживания. Позже психотерапевт может занять более требовательную позицию, выражая ожидание, что пациент должен научиться жить в реальном мире. Так было в случае с Джеронимо, где требовался подход строгости из благих побуждений, чтобы заставить его отказаться от интернет-зависимости и жизни в мечтаниях в пользу жизни в реальном мире. Как и в случае с детским движением вперед и назад между зависимостью и независимостью, пациенты могут сопротивляться такому направлению, несмотря на стремление к большей свободе. Психотерапевт должен действовать медленно, представляя ожидание независимости как выражение уверенности и взрослой необходимости, а не как отказ от пациента. В работе с людьми, страдающими психозами, мало праздной болтовни. Психотерапевтам могут показаться привлекательными мужество и первобытная жизненная сила пациентов с психозом, особенно по сравнению с глубоко защищаемой «нормальностью», с которой можно столкнуться у людей с расстройствами личности. Помимо страха перед психозом, который может препятствовать тесной работе психотерапевта с пациентами, и помимо чувств контрпереноса, которые дают ключ к разгадке довербальных состояний пациента, могут возникать и другие контрпереносные реакции. Психотерапевты могут чувствовать такое глубокое удовлетворение от интимного значимого эффекта своей работы, что не заметят, как пациент добился значительного прогресса в достижении независимости. Или они могут оставаться настолько очарованными увлекательным калейдоскопом психоза, что сформируют двойственное отношение к его завершению. Иногда они могут настолько привыкнуть к особенностям пациента, что не распознают широту распространения остаточных явлений психоза.

Как и в любой психотерапии, пациент меняется не только благодаря полученному пониманию, но и из-за интернализации аспектов отношений с психотерапевтом. Идентификация пациента с принимающей позицией психотерапевта может смягчить чрезмерно строгое *суперэго*. Пациент может принять отношения с психотерапевтом как образец заботливых человеческих отношений. Когда терапия преуспевает в уменьшении искажения реальности пациентом и когда отношения с психотерапевтом обеспечивают достаточную основу безопасности и самоуважения, пациент может продолжать свой иногда трудный путь взрослой жизни. В конце концов, психотерапевт никогда не обещал пациенту сад из роз — только лучший шанс на жизнь.

Долгосрочные результаты психотерапии

Долгосрочные результаты индивидуальной психотерапии значительно различаются и могут быть рассмотрены как разные участки своего рода спектра. Мы можем выделить несколько типов результатов, которые я стал рассматривать как *безусловное восстановление*, *отказ с сохраняющейся уязвимостью*, *постепенное восстановление* и *разделение психотических симптомов*. Некоторые пациенты реагируют на работу КПТп отказом от своего бредового убеждения (или убеждений) так, как кто-то может отбросить ошибочную идею, если она сочтена ложной: «Я ошибался в этом, но теперь я думаю по-другому». В таких случаях понимание создает полный разрыв с бредовой идеей раз и навсегда, как было бы, если бы человек думал, что его друг родился в Монреале, и узнал, что на самом деле он родился в Бостоне. Больше нечего обсуждать по этому поводу. Ребекка (о ней рассказывается в главе 16) сделала резкий поворот к восстановлению, когда поняла, что ее голоса не обладают даром предвидения и знают не больше, чем она сама. По моему опыту, безусловное восстановление такого типа встречается редко.

Чаще восстановление представляет собой сложный развивающийся процесс, отмеченный достижениями и рецидивами, с периодами медленного улучшения в течение недель и месяцев, с большим количеством времени, которое тратится на то, чтобы возвращаться назад, пересматривая старые позиции. По мере продвижения работы КПТп, если изучение доказательной цепочки

усиливает сомнения относительно бредовой идеи, психотерапевт может предложить психодинамические интерпретации в качестве альтернативных объяснений опыта пациента. Даже когда работа продолжается, заблуждение обычно не исчезает полностью раз и навсегда. Оно сохраняется, иногда надолго, но ослабевает. Лечение усиливает способность пациента отвергать иллюзию как реальную, но пациент может быть не в состоянии полностью от нее избавиться. Многие пациенты могут держать психотические наклонности своего разума на расстоянии, под относительно стабильным контролем.

Пациенты, которые преуспели в психотерапии и добились прогресса в жизненных целях, могут страдать от рецидивов в ответ на непредвиденные стрессоры. Когда события беспокоят нас, гнев, страх, одиночество и другие болезненные эмоции имеют тенденцию следовать по проторенным симптоматическим путям в психике. Возникают старые бредовые идеи, содержащие старые тревоги, которые были пробуждены новым жизненным опытом. Гораздо легче справиться с рецидивами такого рода, если пациент поддерживает постоянные отношения с психотерапевтом. Примером этого служит Ариэль, лечение которой подробно описывается в следующей главе. Преодолев страх, что она отталкивает незнакомцев, она вернулась к работе и смогла выходить из своей квартиры с минимальным беспокойством. Однако когда двое из ее детей, которые жили с ней, переехали в собственные квартиры в ходе обычного взросления, у нее случился рецидив, в котором она начала чувствовать, что соседи сверху намеренно издавали разные звуки, чтобы мучить ее. Она смогла воспользоваться услугами психотерапевта, чтобы преодолеть свою уязвимость перед бредовыми мыслями. Такого рода восстановление, при котором происходит адаптивное отрицание психотического симптома со стойкой уязвимостью к психотическому опыту, — обычный результат успешной психотерапии. Восстановление Томми, о котором говорилось ранее, имело такой же характер.

При некоторых методах лечения у пациента так никогда и не появляется случая признать, что он ошибался относительно бредовой идеи. Ни пациент, ни психотерапевт не могут точно сказать, когда и как пациент начал чувствовать себя лучше, но тем не менее пациент чувствует себя лучше и просто меньше интересуется психотическими симптомами. Эти пациенты постепенно выздоравливают. Такой способ улучшения, вероятно, является

комбинацией поддерживающих отношений и специфических техник психотерапии. В таких случаях может оказаться невозможным задать много вопросов о том, как появился положительный результат. Ранние признаки прогресса Джеймисона, например, проявились через 9 месяцев лечения не с признанием того, что Старейшины были бредовым вымыслом, а с заявлением о том, что он «хорошо ладит» с ними и поэтому он меньше беспокоится об их мнениях. Он добавил, что чувствует себя виноватым из-за действий, которые его волнуют, но, по его мнению, не будут беспокоить Старейшин. Его вина перешла от внешних суждений проецируемых объектов преследования к внутреннему чувству вины, которое, как он знал, было чрезмерным. Примерно в это же время он решил послушать понравившуюся ему песню на своей стереосистеме, не зная, одобрят ли ее Старейшины. Две недели спустя он объявил, что чувствует себя намного лучше, и теперь он говорил себе, что не должен волноваться из-за «этих глупостей».

Плавный переход к восстановлению — частый результат психотерапии. Восстановление Каспера (см. главу 15) началось с момента ясного осознания, случившегося через несколько месяцев после начала лечения, что, хотя он убил отца и сестру, он не планировал их убийства. После этого откровения его озабоченность церковной группой, которая, как он думал, загипнотизировала его, начала исчезать.

Некоторые методы лечения достигают точки относительно стабильного равновесия, при которой секторы психоза остаются укоренившимися, но они достаточно изолированы, чтобы не создавать серьезных проблем в повседневной жизни. В таких случаях, когда психотические симптомы разделены, пациент может добиться более адаптивного приспособления к повседневной жизни. Классическая методика КПТп указывает, что психотический симптом необязательно должен занимать центральное место в лечении, если он не служит значительным источником дистресса для пациента или не приводит к проблемному поведению. 28-летняя женщина, которая утверждала, что она сверхсекретный российский шпион, проводила большую часть дня, работая над своей стратегической «геополитической военной» моделью. Ее старший брат, умерший, когда ей было 16 лет, интересовался военной историей и военными видеоиграми, которым она, похоже, подражала в своей шпионской личности. Она создала электронную таблицу Excel, куда вводила «переменные», которые должны

были предсказывать, какая страна победит, если начнется война. Когда в модель были введены такие параметры оружия, как мощность взрыва и дальность поражения ракет, а также точки геополитического преимущества, таблица предсказывала исход конфликта. Работа за компьютером над этой моделью наполняла ее дни, потому что ежедневные новости нужно было анализировать и вносить в электронную таблицу. Уверенная в своей значимости, с большим количеством задач на каждый день и при финансовой поддержке семьи, она вела стабильную, хотя и одинокую жизнь, не прерываемую госпитализацией в течение многих лет. Психотерапевт рассматривал бредовую идею как важнейшую опору для низкой самооценки пациентки. В этом случае врач не стал работать непосредственно с бредовой идеей, а направил лечение на разочарование пациентки работой и местом, в котором она жила, надеясь уменьшить стресс в этих областях, одновременно создавая реальные источники самооценки в повседневной жизни женщины.

В следующей главе я опишу успешную психотерапию Ариэль. В течение 20 лет она страдала хроническим параноидным психозом, который не поддавался обычному лечению нейролептическими препаратами, однако ответила на курс индивидуальной психотерапии в режиме один раз в неделю. В отчете о ее лечении я проиллюстрировал элементы теории и техники, описанные ранее в этой книге.

Глава 14

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ АРИЭЛЬ

В этой главе описывается успешная психотерапия Ариэль, женщины, которая на протяжении двух десятилетий находилась в состоянии хронического психоза и функциональных нарушений. Здесь, сеанс за сеансом, проиллюстрировано применение теории и техник, описанных в этой книге. Ариэль на протяжении 10 лет получала обычное медикаментозное лечение, которое мало повлияло на ее психоз. После 9 месяцев индивидуальной психотерапии один раз в неделю ее состояние существенно улучшилось. Она воссоединилась со своей большой семьей, вернулась к работе, постепенно начала ходить на свидания и с воодушевлением смотрит в будущее.

Ариэль пришла ко мне на психотерапию, поскольку 20 лет страдала хроническим параноидным психозом. Она придерживалась основной бредовой идеи, что у нее ужасный запах, который был чрезвычайно неприятным для других людей. Она также считала, что другие люди могли читать ее мысли. Она слышала голоса, которые шептали насмешливые комментарии сквозь стены ее квартиры. Опасаясь отвращения публики, она редко покидала дом, но, когда выходила на улицу, полагала, что группа «наркоманов» разместилась по соседству, чтобы наблюдать за ней и пугать ее своим бдительным присутствием. Она соответствовала критериям DSM-5 для шизофрении (Американская психиатрическая ассоциация, 2013) (критерий А — галлюцинации и бред; критерий В — функциональные нарушения; критерий С — длительность нарушений > 6 месяцев; критерий D — аффективное расстройство исключено; критерий E — отсутствие связи с употреблением психоактивных веществ; критерий F — отсутствие

расстройства аутистического спектра или других нарушений развития детского возраста).

Отец Ариэль был мэром небольшого прибрежного городка на Сицилии. Ее родители развелись, когда ей было 10 лет, после чего отец переехал в США. Мечтая о лучшей жизни, когда ей исполнилось 16 лет, Ариэль последовала за ним. Когда она впервые приехала в Соединенные Штаты, несмотря на то, что была застенчивой девушкой, завела друзей и адаптировалась к школе без особых трудностей. У нее начался хронический психоз, когда ей было 20 лет, после того как она забеременела вне брака. Ее отец при полной поддержке мачехи отрекся от нее и изгнал из дома. Отец ее будущего ребенка был склонен к физическому насилию и не предлагал никакой помощи. В одиночестве, без поддержки семьи, за исключением двоюродной сестры ее возраста, Ариэль уехала в общественный приют, где родила своего первенца. Она отдала ребенка на воспитание родственникам в стране ее происхождения, зная, что сама не в состоянии обеспечить ему надлежащий уход.

Ариэль чувствовала, что упустила свой шанс осуществить американскую мечту и разрушила свою жизнь. Она была глубоко ранена и зла на свою семью, особенно на отца, за то, что он бросил ее. Двоюродная сестра оказалась единственной спасительной поддержкой. Ариэль нашла работу, и ее жизнь только начала стабилизироваться после рождения ребенка, когда она стала замечать, что люди на улице, похоже, обращают на нее особое внимание. Из трех потоков опыта, составляющих психоз (измененные состояния «Я», измененные восприятия внешнего мира и возрождение примитивных внутренних объектно-ориентированных фантазий), ее психоз начался с идеей отношения, изменения восприятия внешнего мира. Сначала это внимание незнакомцев озадачило Ариэль, но, когда явление продолжалось в течение нескольких недель, к ней пришло осознание, что незнакомцы, которые смотрели на нее, часто кашляли, чихали или прочищали горло. Она начала задаваться вопросом о том, что у нее может быть неприятный запах, который заставляет окружающих людей реагировать подобным образом. Эта идея нашла подтверждение в ее сознании, когда после нескольких месяцев особого внимания со стороны незнакомцев она «услышала», как кто-то позади нее на улице сказал: «От этой женщины дурно пахнет!»

В этот момент ее разум вывернулся наизнанку. Ненависть к себе, которая происходила из ощущения, что она разрушила свою жизнь, по-видимому, исчезла из ее собственного разума, только чтобы вновь появиться в презрительных насмешках широкой публики. Ариэль пришла к выводу, что ее проблема была физической (неприятный запах), а не психической. Она не осознавала, пока мы не обсудили это через несколько месяцев после начала психотерапии, что голос, который она услышала десятилетия назад, был слуховой галлюцинацией, которая озвучила конкретную метафору, занимавшую доминирующее положение в ее жизни в течение двух десятилетий. Образная метафора «я дурной человек» превратилась в конкретную метафору «у меня дурной запах». В конкретной метафоре неприятного запаха Ариэль приняла образ изгоя и погрузилась в автобиографическую пьесу, поставленную в реальном мире, в котором ее презирали тысячи незнакомцев.

Природная застенчивость Ариэль заставляла ее избегать людей, а не противостоять им в такой форме, которая могла бы привести к госпитализации. Она выносила кажущееся унижение, наносимое ей соседями, не нападая на них и не сообщая о них в полицию. Она встретила мужчину, который стал отцом ее второго и третьего ребенка, мужчину, которого она полюбила и который в начале их отношений любил ее. Однако со временем его все больше разочаровывали ее постоянные психотические страхи, которых он не мог развеять, и в конце концов он стал применять физическое насилие. В это время ее двоюродная сестра управляла большей частью взаимодействия между ней, ее детьми и внешним миром. Ариэль никогда не обращалась за помощью. Она томилась в чистилище нелеченого психоза более десяти лет, как минимум с 20 до 30 лет, и все это время продолжала верить, что у нее ужасный запах. Она оставалась социально изолированной и функционально нетрудоспособной.

Именно в этот момент ее первый ребенок, которого она не видела с тех пор, как он родился, вернулся в Соединенные Штаты в подростковом возрасте, подобно тому, как и сама Ариэль иммигрировала в Америку в том же возрасте. Ее сын вырос ярким, уверенным в себе молодым человеком. После того как он вернулся, ее любовь к сыну и двум другим детям поднялась в Ариэль из глубин, мощная и решительная. Ариэль сказала себе, что должна получить помощь, чтобы стать лучшей матерью для своих детей.

Встревоженная, но настроенная идти вперед, несмотря на свой страх, она потянулась к жизни и обратилась за лечением в государственную психиатрическую клинику. Там в течение следующих 10 лет она получала 12 различных нейролептиков и несколько разных антидепрессантов. Из-за текучести кадров ее наблюдали десять разных врачей. Десятилетие обычного лечения нейролептиками не повлияло на ее психоз. Из-за отсутствия эффекта она уменьшила или прекратила прием всех антипсихотических препаратов за два года до начала психотерапии, что не привело к усилению психотических симптомов. Она продолжала принимать низкую дозу антидепрессанта циталопрама, что, вероятно, притупило худшие моменты ее отчаяния. Не добившись больших успехов в обычном лечении, она начала читать о своем заболевании самостоятельно, ища новые идеи, которые могли бы ей помочь. Она нашла в Интернете статью о когнитивно-поведенческой терапии при психозе и попросила врачей клиники назначить ей эту форму лечения. Так получилось, что резидент психиатрической клиники, который посещал ее для «медконтроля медикаментов», направил ее ко мне на психотерапию.

Ариэль: фаза КПТ

Теперь я подробно опишу первые 17 сеансов психотерапии с Ариэль, а затем сделаю краткое заключение о ее успехах в последующие годы. На первом этапе психотерапии мы использовали методы КПТп, чтобы исследовать *буквальную ложность* бредовой идеи о том, что у Ариэль неприятный запах. Установив сомнения относительно этого заблуждения, мы смогли исследовать *образную истинность* ее идей отношения, слуховых галлюцинаций и центральных параноидных бредовых идей.

Сеанс 1

Мой больничной кабинет представляет собой комнату средних размеров с прямоугольным столом, достаточно большим, чтобы разместить за ним четырех человек, с местом для разложения бумаг и рисования схем и диаграмм. Когда Ариэль вошла в комнату, я закрыл окно, чтобы заглушить шум грузовиков, разгружающихся в отделении доставки нашей больницы. Ариэль была хорошо одета, ухожена и взволнованна. Я собрал краткую историю.

Она рассказывала, что была застенчивым ребенком, но, кроме этого, не поделилась какими-либо драматическими подробностями своего взросления, повторяя такие фразы, как «Все было хорошо. Все было нормально». Когда я спросил ее, может ли она вспомнить, произошло ли что-то конкретное в ее жизни примерно в то время, когда она начала верить, что у нее дурной запах, она ответила, что не может. Мне казалось, что она что-то опускает, но, только что встретив ее, я не стал настаивать на этом.

Ариэль описала кашель и шмыганье носом незнакомцев и вспомнила человека позади нее, который 20 лет назад сказал: «От этой женщины дурно пахнет». Этот опыт слышания голоса стал основой длинной доказательной цепочки, которая укрепила ее бредовые убеждения. Подобно тому, как свидетельства накапливаются и приводят к неумолимому заключению, каждый раз, когда она испытывала идею отношения или слышала шепот через стены, она воспринимала это как свидетельство, подтверждающее, что у нее дурной запах. Интересно, что доказательная цепочка Ариэль вообще не содержала ее собственных обонятельных переживаний! Сама она никогда не чувствовала никакого странного запаха. Несколько врачей сказали ей, что у нее нет неприятного запаха, и ее семья много раз говорила ей то же самое. Ее вера полностью основывалась на визуальных сигналах, которым она придала самореферентное значение, и на опыте слышания голоса, подтверждающем ее веру.

На раннем этапе лечения психотерапевт должен попытаться разработать как предварительную КПТп, так и психодинамическую формулировку, чтобы задавать курс терапии. В случае с Ариэль я подозревал, что ее убеждение в том, что у нее неприятный запах, было конкретной метафорой, выражающей низкую самооценку. Мне стало интересно, возникла ли ее детская застенчивость из-за аналогичных опасений. Разъяснения по поводу удара по ее самооценке не пришлось до пятого сеанса, когда у пациентки сформировалось достаточное доверие, чтобы описать травму, нанесенную внебрачной беременностью. В случае с Ариэль первоначальная формулировка КПТп, которая сосредоточивалась на кашле и сопении незнакомых людей в качестве «А» в основной последовательности «А-В-С», начала рассматриваться достаточно рано. Цепочка доказательств Ариэль не была разветвленной, но оказалась длинной и сильно подкрепленной. Я знал: чтобы помочь ей, нам придется обратиться не только к идеям

соотнесения, которые усиливали заблуждение, но и к опыту слышания голоса, который случился у нее 20 лет назад. Безусловно, это было сложной задачей, но не более сложной, чем требует такая работа. Психотерапия должна быть амбициозной.

Воспользовавшись тем фактом, что она предварительно читала о КПТ, я смог двигаться быстрее, чем это было бы в случае с пациентом, не знакомым с идеями КПТ. Я рассмотрел модель «А-В-С» и нормализовал это форматирование переживаний, рассказав ей историю моего ошибочного убеждения, что мой заведующий кафедрой был недоволен мной (описан в главе 9). Помня о ее застенчивости, я говорил немного больше, чем мог бы обычно. Стремясь в конечном итоге идентифицировать ее воспоминания о чем-то высказывании «От этой женщины дурно пахнет» как о галлюцинации, я также рассказал ей свою историю о «черной собаке» (глава 9), чтобы «нормализовать» галлюцинаторные переживания.

В конце первого сеанса я дал Ариэль домашнее задание: написать случай с таким событием («А»), когда ошибочное мнение привело к ненужному страданию. Я разговаривал с Ариэль, как с любым обычным человеком, хотя и с человеком с трудной проблемой. Ариэль была полна решимости найти помощь, а я был полон решимости помочь ей, так что мы положили хорошее начало.

Сеанс 2

Я начал наш второй сеанс с того, что спросил Ариэль, как она справилась с домашним заданием. Она сообщила о случае, когда услышала звонок в дверь. Она сочла, что это мучившие ее «наркоманы» так подшучивают над ней. Она поняла, что ее вера ошибочна, когда услышала, как управляющий зданием зовет ее, чтобы сообщить новости о ремонтных работах, которые необходимо провести в холле. Она поняла, что переживала без причины. По тому, как она выполняла свое первое домашнее задание, было очевидно, что она была умной, целеустремленной и способной применить формат «А-В-С» к собственному опыту.

Я напомнил Ариэль, что многие люди, которым она доверяла, заверяли ее, что у нее нет дурного запаха, и выразил недоумение, почему она все еще считает, что запах присутствует. Она сказала, что думала, что ее семья, друзья и врачи просто были добры к ней и не говорили ей правды. Кроме того, она сказала: «Это кажется

таким реальным!» Я продолжал изучать доказательную цепочку пациентки. Она отметила, что люди меняют свое поведение в ответ на ее появление, когда она заходит в общественное место, например садится в автобус или входит в комнату. Я спросил, заметила ли она такую же реакцию со стороны людей, когда она входила в зону ожидания клиники до приема. Она сказала «да». Она сообщила, что администратор клиники начала сопеть носом, когда Ариэль подошла к стойке регистрации. Я спросил, может ли она быть уверена, что администратор не сопела до того, как Ариэль пришла на прием. Она сказала «нет». Не могла ли она придумать какие-либо другие причины, по которым администратор могла принохиваться? Она ответила: «Она могла простудиться. А возможно, у нее аллергия». Я выделил эти возможные альтернативные объяснения.

Почувствовав некоторую уверенность в способности Ариэль работать в режиме КПТп, я спросил ее, следует ли мне позвонить администратору по громкой связи, чтобы узнать, действительно ли она шмыгает носом, как думала пациентка. Ариэль согласилась. Администратор сказала, что она действительно шмыгала носом, потому что немного приболела. Спонтанность ответа администратора и достоверность ее эмоционального тона убедили пациентку в том, что та говорила правду. Пациентка приняла это как один из примеров случая, когда она сделала поспешный вывод. Работа со страдающими психозом пациентами полна сюрпризов. Трудно предугадать, какие элементы логической аргументации пациент сочтет убедительными. В данном случае Ариэль посчитала, что спонтанность и подлинный эмоциональный тон ответа администратора не могли быть сфальсифицированы. Психотерапевт может надеяться одержать верх, указав на особенно вопиющее противоречие в том, что говорит пациент. Этому импульсу одержать победу в один ход острой логики следует противостоять в пользу более медленного и методичного исследования в непринужденном стиле Коломбо, во время которого пациенты делают свои собственные открытия на основе подсказок, которые психотерапевт помогает собрать. Я добавил, что проходил мимо стойки регистрации ранее днем и не заметил простуды администратора. Пациентка согласилась, что она, кажется, обращала внимание на респираторные симптомы, которых не замечал никто другой, и что она думала, что эти симптомы были реакцией на нее. Я пошутил: «Если кто-то в пределах

10 миль от вас закашляет, вы обязательно это услышите». Она согласилась с улыбкой. Следуя стандартной технике КПТп, мы выявляли примеры когнитивных искажений в ее мышлении и разрабатывали альтернативные объяснения.

Я спросил Ариэль, замечала ли она что-нибудь, указывающее на мою реакцию на неприятный запах. К моему удивлению, она сказала «да». «При нашей первой встрече вы открыли окно, как будто пытались избавиться от запаха». На самом деле я закрыл окно. Во время разговора она вспомнила, что я делал замечание о том, что нужно закрыть окно из-за внешнего шума. Она признала, что неправильно запомнила мои действия и это соответствовало ее убеждению в том, что у нее неприятный запах. Ариэль предположила: «Думаю, я ищу этого», имея в виду, что она искала подтверждения своих убеждений.

Сеанс 3

Ариэль согласилась с мыслью о том, что она, вероятно, была слишком внимательной по отношению к любому человеку, который издавал звуки носом, и признала, что люди могут вытирать носы или кашлять, потому что у них аллергия или простуда. Я напомнил ей историю о моем заведующем кафедрой и отметил ее как пример эффекта самореференции — когнитивного искажения в моем собственном мышлении. Я привел ее собственный пример, когда она думала, что в ее дверь звонит хулиган, хотя на самом деле это был всего лишь управляющий зданием. Я сообщил ей, что идеи, отражающие когнитивное искажение, основанное на самореференции, называются «идеями отношения». Некоторые читатели могут задаться вопросом, не является ли разговор об идеях отношения слишком узкой специальной темой для понимания пациентами. Клиницисты чаще недооценивают, чем переоценивают, что больные психозом способны понять, когда им предлагают четкое объяснение. Ариэль поняла концепцию идей отношения. Связывание ее переживаний с хорошо известным симптомом, который описан во всех учебниках психиатрии, показало Ариэль, что она была не единственной, кто испытывал такие переживания. Пациенты делают важный шаг вперед, когда могут подумать, что их переживания, возможно, индивидуальный случай более общего явления, о котором что-то известно. Я спросил Ариэль, не хочет ли она узнать больше об идеях отношения, и она согласилась. По моему опыту, если психотерапевту удастся

пробудить у пациента интерес, только редкий пациент проявит незаинтересованность в изучении аналогичного опыта других людей, хотя бы вначале — в некоторых случаях только для того, чтобы собрать доказательства, призванные опровергнуть утверждение психотерапевта о том, что такая связь может существовать. Связывая психотический симптом Ариэль с общим когнитивным искажением, обнаруживаемым в обычной психической жизни, я также пытался «нормализовать» ее симптомы, уменьшить страх перед исследованием ее душевной жизни, уменьшить клеймо ярлыка психического заболевания и также уравновесить соотношения сил в отношениях между нами. Вот что я сказал: «Я в несколько меньшей степени обладаю тем же типом мышления, какой есть и у вас. Он есть у всех. Но у вас его больше, чем у большинства людей».

Ариэль сказала, что знала, что кашель был связан с ней, из-за времени, когда она замечала такой кашель. Когда она появлялась на публике, она отмечала изменение в поведении людей. Например, она сказала, что люди начали кашлять, когда она садилась в автобус. В целом страдающие психозом люди «помнят» только центральные элементы сцены, которая служит их психодинамической цели. Вместо того чтобы прямо бросить вызов заблуждению, психотерапевт детализирует элементы «запомненной» сцены («углубляясь в “А”») и стремится создать подробное описание реальности. Вес внутренних несоответствий в ложно «запомненной» сцене начинает разъедать ее изнутри. Мы изучили опыт Ариэль о поездке в автобусе.

Психотерапевт:

— Итак, вы помните, как люди начинали кашлять, когда вы сажались в автобус?

Пациентка:

— Да. Они начинают кашлять и вытирать носы.

Психотерапевт:

— Давайте рассмотрим, что происходит, шаг за шагом. Вы стоите на тротуаре. Подъезжает автобус. Вы поднимаетесь по ступенькам в автобус, а люди изменяют то, что они делают? Они начинают кашлять?

Пациентка:

— Да.

Психотерапевт:

— Мне интересно, как вы можете видеть, что делают люди в автобусе, прежде чем вы сядете в него? Окна автобуса выше, чем у машины. Я выше вас, но окна автобуса располагаются слишком высоко, чтобы я мог заглянуть внутрь, особенно когда на окнах есть блики.

Пациентка:

— Но вы можете заглянуть внутрь... когда вы садитесь в автобус.

Психотерапевт:

— Вы заходите в автобус и смотрите в проход, и вы помните, как вы видели, что люди меняют свое поведение по сравнению с тем, что они делали до того, как вы сели в автобус, потому что они реагируют на вас?

Пациентка:

— Да. Именно это и происходит.

Психотерапевт:

— Итак, сегодня, когда вы ехали ко мне на прием, что люди делали в автобусе прямо перед тем, как вы сели?

Пациентка:

— А, ну знаете, они вели себя нормально. Они просто вели себя как обычно.

Психотерапевт:

— Что вы подразумеваете под «как обычно»?

Пациентка:

— Ну, вы знаете... Некоторые люди разговаривают. Некоторые просто сидят спокойно.

Психотерапевт:

— Похоже, на самом деле вы не видели, что люди делали в автобусе, прежде чем сесть в него. Даже если кто-то кашляет, когда вы входите в автобус, вы не сможете знать, закашлялся ли он за три остановки до того, как автобус доехал до вашей остановки. Например, как когда вы предположили, что я открыл окно в кабинете в ответ на неприятный запах, вы предположили, что люди действовали по-другому, прежде чем вы сели в автобус, но в действительности вы не можете этого знать (в этот момент, поскольку она могла дать лишь расплывчатый ответ о том, что происходило в автобусе, прежде чем она вошла в него, ее предвзятые бредовые воспоминания о том, что другие пассажиры критически изучали ее в автобусе, значительно утратили свои позиции).

Мы обсудили, что будем делать на следующем сеансе, и договорились, что проведем поведенческий эксперимент, пройдя по клинике, чтобы собрать доказательства за или против ее убеждений.

Сеанс 4

Мы с Ариэль договорились, что я буду следовать за ней на небольшом расстоянии, пока она медленно будет идти по коридору от моего кабинета, спустится на лифте на первый этаж, пройдет по другому коридору, а затем снова поднимется на другом лифте на этаж, где находится мой кабинет. Когда мы вернулись в мой кабинет, она согласилась, что не заметила, чтобы кто-то кашлял, но сказала, что обратила внимание на двух женщин, которые стояли перед ней в лифте и разговаривали. Она предположила, что они говорили о ее запахе. В этот момент мне стало ясно, что ее идеи отношения не ограничивались кашлем и чиханием. Она признала, что ожидала, что люди будут кашлять или шмыгать носом в непосредственной близости от лифта, но этого не произошло. Хотя результаты эксперимента не были окончательными, они вызвали сомнения и побудили к исследованию доказательств за и против убеждений пациентки. Я дал ей домашнее задание: набросать хронологию ее детства, которую мы могли бы обсудить на следующем занятии.

Сеанс 5

Ариэль начала свою хронологию с того, что вспомнила, что она была застенчивым ребенком и неохотно присоединялась к играм с другими детьми, потому что воображала, что не уловит правила игры и что другие дети станут ее высмеивать. Она отметила, что ее мать была «тихим человеком», не прилагавшим никаких усилий, чтобы облегчить ее беспокойство. Как выразилась Ариэль: «У нее не было сил на меня». Я подумал: «Ненадежная привязанность». Несмотря на свои переживания, когда Ариэль не могла избежать других детей, она присоединялась к их играм. Мы построили временную шкалу на большом листе бумаги, заполняя ее вместе по ходу разговора. Ариэль отметила, что в подростковом возрасте накопила большую коллекцию духов и лосьонов для тела, и этот интерес сохранился и во взрослой жизни. Тот факт, что ее личный арсенал духов не уменьшал реакцию окружающих на воображаемый запах, привел ее к выводу, что запах должен быть ужасным и что, должно быть, его невозможно скрыть.

Тогда Ариэль впервые рассказала мне о своей внебрачной беременности. Она никогда полностью не забывала об этих болезненных событиях, но ей не хотелось вспоминать о них. Несмотря на то, что она пыталась выбросить эти события из головы, они постоянно возвращались к ней, но не в форме воспоминаний, а замаскированные в ее устойчивых отношениях с преследующим миром. Фактически лицо каждого презрительного незнакомца было искаженной версией лица ее отца. Сильная боль от того, что ее бросила семья, теперь была скрыта на самом виду в психотических симптомах Ариэль, жестко привязанных к конкретной метафоре ее дурного запаха. Она думала о реакции общества на нее, а не о предательстве семьи и своем чувстве никчемности. Теперь я мог набросать предварительную психодинамическую формулировку идеи запаха в моем собственном сознании, идеи, которой я ожидал подтверждения, прежде чем поделиться ими с Ариэль.

1. Из-за ненадежной привязанности к матери в детстве ей не хватало уверенности и чувства собственного достоинства, и это заставляло ее ожидать, что ее будут стыдить и отвергать другие дети. Она осталась подверженной тем же ожиданиям и во взрослом возрасте.
2. Когда отец отказался от нее из-за внебрачной беременности, она подумала: «Он находит меня отвратительной. Моя семья не защитит меня. Я нехороший человек. Мне стыдно за себя».
3. Мышление первичного процесса приравнивало ее личную порочность к дурному запаху, что привело к конкретной метафоре о том, что у нее дурной запах, вместо образной метафоры: «Я дурной человек».
4. Она не ощущала никакого странного запаха, и у нее не было обонятельных галлюцинаций. Вместо этого опыт обонятельного восприятия проецировался в умы незнакомцев. Это они, а не она, учуяли ее источающее скверный запах зло.

Создавая основу для дальнейшего обсуждения модели психоза, связанной со стресс-уязвимостью, я сказал Ариэль, что в периоды сильного стресса у людей часто возникают проблемы со сном, они чувствуют ужасную тревогу, а иногда испытывают необычные переживания другого рода. Она отметила, что идея запаха пришла к ней в этот период, но она не сразу увидела эмоциональную связь между травмой и бредовой идеей.

Сеанс 6

Хотя ее рассказ о психозе первоначально казался ограниченным кашлем и иллюзией запаха, на этом сеансе Ариэль рискнула рассказать мне о более широком диапазоне тревожных переживаний. Она жаловалась домовладельцу на людей в ее доме, которые, по ее мнению, употребляли наркотики. Она думала, что соседи сверхуотреагировали на то, что она пожаловалась на них, изводя ее. Она также считала, что они преследовали ее на улице, пытаясь передать ей сообщение: «Мы знаем, кто ты!» Она считала, что торговцы наркотиками изводили ее, говоря, что она пахнет рыбой, шепча «рыба, рыба» сквозь стены. У нее не было ощущения, что эти события были психотическими симптомами, связанными с бредовой идеей о запахе.

Из всех неприятных запахов, которые можно себе представить, почему Ариэль выбрала «рыбу» для своей воспринимаемой метафоры? В развязной похотливой компании запах женских гениталий иногда сравнивают с запахом рыбы. Эта предположительная связь нашла подтверждение на сеансе несколько месяцев спустя, когда она рассказала, что, когда у нее впервые началась менструация, она была обеспокоена тем, что другие люди могут почувствовать неприятный запах. Это беспокойство не поднялось до уровня бреда или даже навязчивой идеи. Скорее, она стала особо осторожной с личной гигиеной и собрала обширную коллекцию духов и лосьонов для тела, которые ей нравилось носить. Анальные опасения, вспыхнувшие из-за бредовой идеи запаха, уже присутствовали в подростковом возрасте, хотя они были эффективно сублимированы в ее увлечении парфюмерией. На более глубоком уровне я представил, что переживание равнодушия матери к ней оставило у Ариэль самоощущение деградированного анального объекта. Психоз ознаменовал возрождение этой примитивной внутренней объектной фантазии во взрослой жизни.

Сеанс 7

Ариэль сообщила, что, хотя она все еще полагала, что у нее неприятный запах, она меньше беспокоилась об этом. Двоюродная сестра, которая поддерживала ее в первые годы болезни, теперь переехала в другой штат.

Ариэль сказала, что в течение многих лет она хотела навестить сестру, но не могла заставить себя сесть в самолет из-за

опасений, что будет источать дурной запах в замкнутом пространстве. Она добавила: «Я хотела бы снова увидеть маму, пока она жива». Большую часть сеанса она посвятила изучению своего беспокойства по поводу поездки, как она ее воображала. В стиле Колумбо я словно невзначай заметил, что ее, похоже, беспокоят некоторые вещи, связанные с поездкой, а не только неприятный запах. Я задавался вопросом, заменяет ли иногда ее беспокойство по поводу запаха другие беспокойства. Она сказала: «Так вы думаете, я могу использовать запах как прикрытие для других вещей, которые меня беспокоят?» Я согласился и «нормализовал» социальную тревожность: «Все, включая меня, в некоторых ситуациях испытывают социальную тревожность. Да, мне интересно, превращается ли то, как вы переживаете множество разных видов социальной тревожности, в одно и то же чувство неприятного запаха. Как говорится, “все покупки в одном месте”». Добившись успехов в работе КПТп, мы создали психодинамический плацдарм, задаваясь вопросом, может ли идея запаха иметь психологическую цель. Ариэль полетела к кухне.

Сеанс 8

Ариэль сочла свою поездку удачной, хотя большую часть времени испытывала волнение. Она сказала, что ее меньше беспокоит запах во время общения с людьми один на один, но она все же переживает, что запах будет замечен для других, когда она находится в окружении группы людей. Ее двоюродная сестра устроила званый обед, чтобы поприветствовать ее, но Ариэль не могла оставаться там все время из-за растущих опасений по поводу неприятного запаха. Она разговаривала с подружкой кухни на кухне, которая в какой-то момент отвернулась от Ариэль, чтобы пообщаться с кем-то другим. Ариэль предположила, что другой человек мог уловить запах, но смогла поставить под сомнение эту идею и подумать об альтернативных объяснениях. Я сказал ей, что любой человек может испытывать беспокойство при встрече с новыми людьми, и напомнил о наших предположениях о том, что любое социальное беспокойство, которое у нее есть, независимо от его содержания, может проявиться в форме беспокойства по поводу запаха. Идея запаха стала в ее сознании «проторенной дорожкой», по которой неизбежно следовало все тревожное движение.

Сеанс 9

Ариэль сообщила, что лучше справляется со своим беспокойством по поводу воображаемого запаха. Теперь на публике она все еще думала, что люди замечают ее запах, но научилась откладывать эту мысль в сторону и продолжить свои дела. Новая форма «разговора с собой» начала появляться, когда ей нужно было успокоить себя (Goffman, 1981). Теперь она могла сказать себе с успокаивающим эффектом: «Может, он простудился». Или: «Может, дело не во мне». С психоаналитической точки зрения, психотерапия способствовала появлению нового положительного внутреннего объекта, основанного на идентификации с психотерапевтом, интроекта, который ставил под сомнение бредовую идею изнутри разума пациентки. Ее вывернутый наизнанку разум начал возвращаться в свое прежнее положение.

В соответствии со стандартной техникой КПТп я сказал Ариэль, что было бы полезно оценить ценность различных доказательств, как это обычно делается в суде и других подобных ситуациях, когда взвешиваются доказательства. Я описал, как присяжные могут судить, подтверждается ли теория только косвенными доказательствами, самым низким стандартом доказательства; наличием перевеса доказательств — более высоким стандартом; или ясными и убедительными доказательствами — высочайшим стандартом. Я кратко объяснил ей эти доказательственные стандарты и спросил, смотрела ли она когда-нибудь какие-либо телешоу о судебном процессе, где были представлены доказательства. Она сказала «да». Она предположила: «Значит, ясные и убедительные доказательства как бы означали, что произошедшее — это факт, верно?» Я согласился и спросил ее, как будут выглядеть ясные и убедительные доказательства идеи запаха. Она задумалась на мгновение, затем ответила: «Незнакомец подходит ко мне, смотрит мне в лицо, говорит, что от меня плохо пахнет, и реакция на запах заметна на его лице, а затем он уходит». Я задал ей очевидный вопрос: «С вами такое когда-нибудь случалось?» Она сказала: «Нет». Она признала, что за 20 лет она никогда не сталкивалась с четкими и убедительными доказательствами подобного рода. Я спросил, был ли голос, который она слышала позади себя 20 лет назад, ясным и убедительным доказательством в соответствии с установленными ею стандартами. Она ответила «нет», потому что человек был позади нее. Она добавила то, о чем никогда раньше не упоминала. Теперь она

не была на 100% уверена в том, что именно этот человек сказал 20 лет назад. Первоначально слитые воедино «А» и «В», составлявшие ее бредовую идею, начали распадаться на нечеткое «А» и менее определенное «В».

Мы перечислили ее друзей, семью и врачей, которые неоднократно говорили Ариэль, что у нее нет неприятного запаха. Мы составили список, в который вошли 34 человека. Уверенный, что мы получили 34 из 34 голосов против бредовой идеи, я спросил Ариэль, как может выглядеть преобладание доказательств запаха. Мы сошлись во мнении, что если большинство ее друзей скажут, что они чувствуют запах, а некоторые скажут, что не чувствуют, преобладание доказательств укажет на то, что запах действительно настоящий. То, что она сказала потом, застало меня врасплох. «Разве это не моя ситуация? Разве большинство доказательств не свидетельствует о том, что у меня неприятный запах?» Сначала я не понял, что она имела в виду, но пока мы разговаривали, я осознал, что она рассуждает следующим образом. «Большинство доказательств показывает, что от меня исходит запах, потому что каждый раз, когда я выхожу на улицу, десять или более надежных свидетелей (незнакомцев) реагируют на мой запах». Она считала каждую идею отношения как убедительный голос в пользу запаха. Результат голосования был не 34 против 0, как я предполагал, — он составлял много сотен достоверных свидетелей в поддержку заблуждения против 34 свидетелей, склонных лгать, чтобы пощадить чувства Ариэль.

Работая в рамках доказательной цепочки Ариэль, я воспользовался возможностью, чтобы указать, что она рассматривала кашель и сопение незнакомцев, как если бы они были явными доказательствами того, что у нее дурной запах. Я сказал: «По-вашему, за запах проголосовали сотни беспристрастных незнакомцев, но на самом деле незнакомцы не сказали ни слова. Они вообще не голосовали. Вы просто догадываетесь, что означает их насморк. Ваши предположения о персонале клиники не оправдались. Ни один незнакомец никогда не говорил вам прямо, что у вас неприятный запах, тем не менее вы предположили именно это. Важно, чтобы мы попытались понять, почему вы считаете, что у вас есть запах, когда нет веских доказательств в пользу этой идеи». Вместо того чтобы бросать вызов заблуждению, я предложил ей подумать о ее сопротивлении отказу

от бредовой идеи, когда часть ее сознания начала понимать, что эта идея была ложной.

То, что Ариэль сказала потом, снова застало меня врасплох. Ее интерес к лосьонам привел ее на сайт косметики Dove, на котором было размещено интересное демонстрационное видео, где женщина сидит за экраном. Ариэль открыла этот сайт на моем компьютере, и мы вместе просмотрели его. Полицейский художник, сидящий по другую сторону экрана, рисует портрет женщины по ее описанию собственного лица. Он не может видеть женщину, и она не может видеть его. Несколько других женщин устно описывают женщину за ширмой. По этим описаниям художник тоже рисует портреты. Затем сравниваются несколько изображений женщины, сидящей за экраном. Ее автопортрет явно менее лестен, чем портреты, созданные по описаниям других женщин. Рассмотрев веб-сайт, пациентка сказала: «Я думаю, что со мной происходит нечто подобное». Это прозрение имело качество интуиции, ведущей к более глубокому пониманию. Ариэль начала восстанавливать место своей проблемы, удаляя ее из внешнего мира и находя внутри самой себя. Дело не в физических неприятных запахах, а в том, может ли это быть проблемой ошибочного самовосприятия? Я быстро согласился, что видео — отличный пример того, что с ней происходит.

Сеанс 10

Мы добились прогресса, порождая сомнения относительно основной бредовой идеи пациентки, многократно освещая одну и ту же тему под разными углами. Ариэль теперь упомянула, что во время поездки слышала слова «рыба, рыба» сквозь стены дома своей родственницы. Она так привыкла приписывать эти голоса наркоманам, что ей было трудно принять очевидное. Озадаченная, она сказала: «Они, должно быть, исходят от меня самой». Я сказал: «Думаю, вы правы. У вас был опыт “слышания голосов” в доме двоюродной сестры, в котором вы слышали то, что ожидали услышать». Чтобы закрепить ее понимание, я подчеркнул ее вывод:

«Я не думаю, что наркоманы из вашего дома купили билеты на самолет до города, где живет ваша двоюродная сестра. Мне трудно представить, что они накопили деньги на билеты на самолет, а не потратили их на наркотики.

Не думаю, что они пробрались в дом вашей кухни и прятались там семь дней, все время шепча “рыба, рыба” снова и снова, и ни вы, и никто другой никогда их не видели. Как они ели? Просто повторять «рыба, рыба» снова и снова? Я не думаю, что именно это говорили бы наркоманы, если бы пытались вас изводить. Чтобы повторять одно и то же снова и снова, потребуется большая дисциплина. Могли бы они быть настолько организованны?»

К этому моменту пациентка смеялась.

На этом этапе можно было приблизиться к опыту слышания голоса, который случился у Ариэль 20 лет назад и который сформировал основу доказательной цепи, поддерживающей бредовую идею. Я сказал:

«То, что вы слышали “рыба, рыба” в своей квартире на протяжении многих лет, — такой же опыт слышания голоса, какой вы испытали в доме двоюродной сестры. Вы “слышали” то, что ожидали услышать. Вы ожидали, что вас будут мучить, и вы слышали то, что ожидали, точно так же, как вы ожидали, что я открою окно, когда я в действительности закрыл его. Интересно, был ли голос человека позади вас, который вы слышали 20 лет назад, также опытом “слышания голоса”? Вы слышали то, что ожидали услышать, а именно — будто люди думали, что вы отвратительный человек».

Для Ариэль это имело смысл. Для нее было крайне трудным принять последствия этой идеи. Я напомнил ей мою историю о черной собаке и о том, что лучше, что я могу сделать, — это отказаться от воспоминаний о том, что видел собаку. Я сказал, что знаю, как должно быть тяжело для нее изменить мнение о вещах, в которые она верила много лет.

В конце сеанса Ариэль вернулась к идее неоспоримости доказательства показаний незнакомцев. Она стала активным исследователем своих убеждений. Она задавалась вопросом, есть ли способ проверить идею запаха с совершенно незнакомым человеком, как мы делали это, задавая вопросы сотрудникам стойки регистрации. Администраторы клиники знали ее, поэтому она подумала, что они могут быть предвзятыми и склонными щадить ее чувства. Мы сошлись во мнении, что для нее будет неразумно

и некорректно подойти к совершенно незнакомому человеку на улице в Бруклине и спросить, не источает ли она дурной запах. Мы разработали поведенческий эксперимент для следующего сеанса, в котором будет участвовать мой знакомый и коллега, который работал в офисе клиники, но никогда не контактировал с Ариэль и поэтому мог выступать в роли непредвзятого незнакомца.

Сеанс 11

Я сказал коллеге, что у меня есть пациентка, у которой несколько вопросов о Medicaid и Medicare (программы медицинского страхования в США) — что было правдой, — и я спросил, готов ли он подойти и встретиться с ней в моем офисе во время ее приема. Он согласился. Я не объяснил ему полный контекст консультации, потому что был уверен, что он не будет испытывать неудобства в связи со скрытой целью этой беседы. Когда Ариэль прибыла на сеанс, мы отрепетировали вопросы, которые она могла задать моему коллеге. Мы расставили стулья в офисе так, чтобы он сидел примерно в трех футах от нее, без сомнения, достаточно близко, чтобы уловить неприятный запах. Когда она была готова, я позвонил ему и попросил подойти в мой кабинет.

Ариэль около 10 минут обсуждала вопросы страхования с моим коллегой. Она поблагодарила его за помощь, и он вернулся в свой офис. Ариэль признала, что он сел рядом с ней без каких-либо колебаний и что она не заметила во время интервью никакого сопения или кашля. Тем не менее она не нашла его очевидное чувство комфорта при общении в ней полностью убедительным. Она попросила, чтобы я позвонил ему по телефону, чтобы спросить, не заметил ли он неприятный запах. Я позвонил ему по громкой связи. Я поблагодарил его за помощь и спросил, заметил ли он что-нибудь необычное в моем офисе. Он сказал «нет». Заметил ли он какой-нибудь необычный запах в моем офисе? Он снова сказал «нет». Заметил ли он что-нибудь особенное в пациентке? Он сказал, что она выглядела немного взволнованной, но в остальном — «нет». Он говорил расслабленным, обыденным голосом. Я поблагодарил его и сказал, что он очень помог моей пациентке. Позже я объяснил ему, что консультация помогла не только в вопросах страхования, но и в нашей работе с ее социальной тревожностью. Естественный тон и неторопливая ритмичность его

голоса создали у Ариэль впечатление, что он говорит правду. Она назвала его заявления «правдивым доказательством». Эта последовательность иллюстрирует важность вовлечения пациента в разработку поведенческого эксперимента.

Сеанс 12

На этом сеансе мы рассмотрели и обобщили доказательства буквальной ложности бредовой идеи, которые собрали до сих пор.

- Люди могут вытирать носы и кашлять по причинам, не связанным с Ариэль, например при простуде или аллергии.
- Тридцать четыре человека, которым она доверяла, сказали, что дурного запаха нет, в том числе восемь врачей, которые на независимых консультациях сказали то же самое, что и персонал стойки регистрации больницы.
- У нее не было четких и убедительных доказательств обратного.
- Я был бы ужасным человеком и ужасным врачом, если бы обнаружил запах и солгал ей об этом.
- Сама она никогда не чувствовала никакого странного запаха.
- Мы провели эксперимент с беспристрастным незнакомцем, который предложил «правдивые доказательства» того, что у Ариэль нет неприятного запаха.

Поведенческий эксперимент с моим коллегой ознаменовал собой значительный прогресс в лечении. Он ослабил основную доказательную цепочку, поддерживающую бредовую идею: идеи отношения, которые пациентка воспринимала как «беспристрастные свидетельства» сотен незнакомцев. Я знал, что Ариэль исцеляется изнутри, когда она упомянула об изменении, которое заметила. Если раньше люди в ее многоквартирном доме, казалось, кашляли или принюхивались в ответ на ее запах, то теперь люди улыбались и казались дружелюбными. Она рискнула поздороваться с женщиной в лифте и получила дружеское приветствие в ответ. Ее сознание возвращалось на свое место. Она поправлялась. Для меня этот прогресс был очень трогательным. Ее последователи начали отступать. Я сказал ей с иронической ноткой в голосе: «Ваш район изменился или вы изменились?» Она улыбнулась и сказала: «Я знаю, что изменилась я».

Старший сын Ариэль позвонил ей на мобильный телефон во время нашего сеанса. Закончив разговор с ним, она спросила, может ли он прийти на следующую нашу встречу. Я сказал: «Конечно».

Сеанс 13

Пациентка пришла со своим сыном, которого она отдала, когда он был младенцем. Ее любовь к нему и его любовь к ней была сразу же заметна в их нежном взаимодействии. Сын задал открытый вопрос: «Каково состояние моей матери?» С разрешения пациентки я предложил краткую формулировку уязвимости к стрессу, которая включала в себя травмирующее время, когда он был рожден. Я «нормализовал» переживания пациентки, используя диаграмму «окна в сознании». Ее сын внимательно следил за объяснением. Он смог связать опыт «слышания голоса» своей матери со своим собственным опытом внутреннего диалога и внутренней речи. Он откровенно рассказал о том, каково это было, когда он учился в старшей школе, как на него влияло «состояние» матери. «Моя мать не смогла прийти на мой выпускной ни в старшей школе, ни в колледже, и это причинило мне боль». Глаза Ариэль наполнились слезами. Он продолжил: «Иногда, когда мы сидели дома, играли или смотрели телевизор, смеялись и шутили, она думала, что мы шутим над ней, в то время как это было не так». Ее сын терпеливо и поддерживающе повторил (как он это делал много раз за все годы), что его мать не пахнет дурно. Он пошутил: «Ты самый чистый человек, которого я знаю! Ты принимаешь душ слишком много раз в день. У тебя никогда не было запаха». Он продолжил: «Я твой сын. Если бы я почувствовал запах, я бы сказал тебе!» Он заметил, что был очень впечатлен, что она смогла поехать навестить свою двоюродную сестру. Он сказал, что гордится тем, как хорошо у нее обстоят дела.

Ариэль хотела знать правду о том, что думает ее сын не только о запахе, но, и это более важно, что он думает о ней как о матери. Зная, что ее сын уже говорил о негативном влиянии ее психоза на него и семейную жизнь, я повернулся к Ариэль и сказал: «Несмотря на разочарование, которое ваше состояние вызвало у вашего сына, любовь, которую вы испытываете друг к другу, кажется мне очевидной и очень сильной». Пациентка нежно коснулась руки сына, и он с теплой улыбкой прямо посмотрел ей в глаза. Я спросил: «Вы когда-нибудь считали себя обузой для

вашего сына или думали, что вам нужно попросить у него прощения за то, что произошло?» Пациентка сказала «да», но сын сразу успокоил ее: «Я никогда не считал тебя обузой. Ты моя мама! Я тебя люблю. Когда я был подростком, я не все понимал, но теперь я стал старше и я понимаю. Ты вырастила троих замечательных детей. Все они окончили колледж. Я думаю, что ты молодец! Я горжусь тобой. Мне нечего прощать». Ариэль снова коснулась руки сына. Это был вопрос, который она действительно хотела задать, и получила ответ, который очень сильно хотела услышать.

Начальная фаза КПТп вызвала много сомнений в деталях доказательной цепочки Ариэль, и мы смогли обратить наше внимание на психодинамическое понимание психотических симптомов. Работа КПТп дала достаточное указание на то, что проблема не находится «где-то там» во внешнем мире, а, скорее, относится к собственной психологии и эмоциональной жизни пациентки.

Психодинамическая фаза

Сеанс 14

С некоторым волнением Ариэль принесла письмо, которое получила от программы трудовой реабилитации, куда подала заявку. К ее удивлению, они предложили ей записаться на прием, а не отказали. Шесть месяцев назад идея о том, чтобы сидеть в зале ожидания и разговаривать с консультантом по трудоустройству, была бы немыслимой и найти работу, которая позволила бы Ариэль регулярно контактировать с людьми, также казалось невозможным. Она очень хотела получить работу, которая была бы не связана с частыми контактами с большим количеством людей, где-нибудь «в подсобке или, возможно, в доме престарелых».

Я предложил Ариэль подвести итог тому, о чем мы говорили в психотерапии до этого момента. Я сказал, что пришлю ей по электронной почте резюме, основанное на нашем сегодняшнем обсуждении, которое она сможет просмотреть перед следующим сеансом. Я взял на себя инициативу в разработке формулировки и делал записи, пока мы говорили. Она была внимательна, время от времени кивала, соглашаясь, иногда

перефразируя точку зрения своими словами, иногда добавляя акценты к тому, что мы обсуждали. Она легко увидела связь между своей застенчивостью в детстве и уклонением от общения с людьми во взрослом возрасте. Вот резюме, которое я отправил ей по электронной почте после нашего сеанса: «Вы были застенчивым ребенком, боялись, что не сможете выучить правила игры с другими детьми. Вы думали, что они вас отвергнут. Это показывает, что в раннем возрасте вы беспокоились о том, что не вписываетесь, что другие люди будут смотреть на вас негативно. Когда вы были подростком, вас не беспокоил неприятный запах, как сейчас, но вы были достаточно тревожны в этом возрасте, чтобы вложиться в парфюмерную коллекцию только для того, чтобы убедиться, что любой неприятный запах тела будет скрыт. Хотя ваша застенчивость не помешала вам завести друзей, ваш страх, что вы не понравитесь другим людям, снова нанес удар по вашей психике после травмирующих событий, связанных с беременностью, когда ваша семья оставила вас. Отказ отца от вас имел более длительные последствия, чем вы думали. Как это иногда случается с людьми, находящимися в состоянии стресса, окно в вашем сознании между тем, о чем вы думали, и тем, что вы видели и слышали, открылось, потому что вы испытывали сильный стресс. То, как вы себя чувствуете, начало менять ваше восприятие мира вокруг. Вместо того чтобы думать о себе в негативном ключе, вы начали “видеть”, как люди реагируют на вас негативно, что также отражало то, как вы относились к себе в то время. Вы также начали слышать голос, который выражал ваше плохое отношение к себе. Впервые вы услышали голос, говорящий: “Эта женщина дурно пахнет”, 20 лет назад. Этот негативный голос и негативные голоса, которые вы слышите сейчас, “рыба, рыба”, говорят об одном и том же: что люди не хотят, чтобы вы были рядом, что вы плохой человек, что от вас дурно пахнет, что вы “дурной человек”. Обида, стыд и гнев, вызванные тем, что ваш отец выгнал вас из дома, и необходимость отослать своего первого ребенка прочь, привели к тому, что вы почувствовали себя в опасности, словно вы ничего не стоите — чувства эти были выражены голосами. Подобно женщине на веб-сайте Dove, вы пришли к выводу, что вы непривлекательны в глазах других людей, но на самом деле другие люди видели вас иначе. Это вы видели так саму себя, это было ваше негативное мнение о себе».

Сеанс 15

Мы обсудили формулировку, которую я отправил пациентке по электронной почте. Ариэль сказала, что она понимает, как ее застенчивость заставляет ее думать, что другие люди отвергают ее. Она признала, каким стрессом была ее первая беременность и что ее психоз, по всей видимости, был следствием этого стресса. Но она сказала, что до сих пор не понимает, как отказ отца от нее привел к идее неприятного запаха, которую она находила особенно озадачивающей, потому что всегда уделяла пристальное внимание своей личной гигиене. Я сказал, что понимаю, что трудно связать идею о неприятном запахе с негативными чувствами, которые она испытывала по отношению к себе в то время. Я набросал на листе бумаги две пустые колонки, в одной из которых указано душевное состояние Ариэль 20 лет назад, а в другой — ее нынешнее психическое состояние (таблица 14.1). Иногда пациенты могут использовать визуальное пространство такого наброска для установления связей, которые иначе ускользнули бы от их самоосмысления. Мы начали заполнять четыре блока в таблице: как она представляла себе, что другие люди думают о ней, и как она относилась к себе тогда и сейчас.

Пока мы работали над таблицей, Ариэль говорила о травме внебрачной беременности более подробно и эмоционально, чем раньше. Она сказала, что ее отец был очень разочарован в ней, как и ее мать. Она думала, что семья стыдилась ее и считала полной неудачницей. Ожидалось, что она воспользуется возможностями получения образования в Соединенных Штатах, чтобы добиться успеха в обучении, получить хорошую работу и оказывать в будущем финансовую поддержку матери и всей большой семье. Ее беременность разрушила все эти перспективы. Ее мать в конце концов смягчила свою критическую позицию, но во время беременности не была источником поддержки. Ариэль вспомнила, как думала, что вторая жена отца злорадствует из-за ее несчастья. Она думала, что мачеха приветствовала ее падение в немилость как оправдание для того, чтобы выселить ее из дома и заявить, что она и ее дочери превосходят Ариэль и ее мать. Ариэль описала мачеху как доминирующую личность, способную контролировать отца. Она вспомнила, как была глубоко ранена, зла и приведена в полное замешательство из-за того, что отец не смог защитить ее.

Таблица 14.1. Состояние сознания Ариэль 20 лет назад и сейчас

<p>Сеанс 15</p> <p>22 года — травма, вызванная внебрачной беременностью</p>	<p>Настоящее время...</p> <p>ЕСЛИ БЫ у меня был неприятный запах</p>
<p>Как другие люди относились ко мне</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мой отец разочаровался во мне • Моя семья считала меня неудачницей. Я упустила жизненные возможности • Моя семья отделилась от меня 	<p>Как бы другие люди относились ко мне</p> <ul style="list-style-type: none"> • У нее плохая личная гигиена • Она отвратительная женщина • Люди бы отдалялись от меня
<p>Как я относилась к себе</p> <ul style="list-style-type: none"> • Я разочаровалась в себе • Мне было стыдно, что я подвела мать • Я чувствовала себя одинокой. На моей стороне никого нет • В замешательстве • Низкая самооценка 	<p>Как бы я себя чувствовала</p> <ul style="list-style-type: none"> • Смушение. Стыд • Я была бы разочарована собой. По жизни я — проигравшая • Я в одиночестве. На моей стороне никого нет • Спутанность сознания. Беспокойство • Социальная изоляция • Низкая самооценка

Ариэль признала, что ощущала, будто ее недоброжелатели правы, что она испытывала то же чувство разочарования, стыда и неудачи, которое переживала по отношению к ней ее семья. Когда мы заполнили четыре блока в таблице по отдельности, я предложил посмотреть, сможем ли мы найти какие-либо сходства между четырьмя разделами тогда и сейчас. Излишне говорить, что мы нашли много схожих моментов. По мере того как Ариэль указывала на сходство между разными столбцами, я соединял их линиями на бумаге. Мы провели линии, соединяющие чувство стыда, социальной изоляции и низкой самооценки, которые она испытывала 20 лет назад, с ее нынешними чувствами. Я снова попытался составить связующую формулировку.

Психотерапевт:

— Я думаю, что чувство, которое у вас было 20 лет назад из-за вашей беременности и отказа от вас со стороны семьи, чувство социальной изоляции, реакция вашего отца, не желающего, чтобы вы жили в его доме, — все это воплотилось в идею о том, что люди не хотят быть с вами рядом, потому что у вас неприятный запах. Это чувство перенеслось из прошлого в то, что вы видели и слышали вокруг все эти годы. Когда вы выходили на улицу, казалось, что все лица людей вокруг выражали такое же неприятие, которое вы испытывали со стороны отца.

Пациентка:

— Хммммм. Я пытаюсь это понять.

Психотерапевт:

— Можете ли вы сказать, что есть сходство между тем, как вы себя чувствовали в 20 лет, и тем, как вы себя чувствовали, думая, что у вас неприятный запах?

Пациентка:

— Да, есть. Очень много общего. И я знаю, что в то время у меня была низкая самооценка, как и сейчас. Итак, все это сыграло роль в том, что произошло. Моя неуверенность в себе... Теперь я начинаю это понимать.

Психодинамическая работа начала закрепляться в сознании.

Сеанс 16

Тревоги, возникающие при бредовых идеях, иногда появляются в результате озабоченности, предшествующей психозу (Charman & Charman, 1988). Когда Ариэль в подростковом возрасте приобрела обширную коллекцию парфюмерии, она уже беспокоилась о неприятном запахе. Она пользовалась духами и принимала ванну дважды в день «на всякий случай», чтобы предотвратить какой-либо запах. В то время она начала воспринимать психическую проблему (стыд и низкую самооценку) как потенциальную физическую проблему (неприятный запах). Эта связь с ее бессознательным была ранним, но сдерживаемым в целях защиты частичным выражением конкретной метафоры, которая превратилась в полномасштабный параноидный бред, когда Ариэль было немного за 20.

Из-за глубокого вертикального раскола в сознании пациентки в результате психоза вызывающая стыд часть ее психики

перестала ощущаться как часть ее самой. Эта часть психики пропала из ее разума, когда была спроецирована в мысленное представление других людей об Ариэль. Насколько ей было известно, ее личная гигиена сейчас и на протяжении всей жизни была хорошей. Общественность «думала» иначе. Когда отрицаемые части «Я» исчезают из разума человека и обосновываются в искаженных представлениях о реальности, как, например, когда ненависть Ариэль к себе поселилась на лицах незнакомцев, страдающим психозом людям бывает трудно распознать эти восприятия как свои собственные мысли и чувства. Чтобы испытать это отрицаемое ментальное содержание как часть «Я», человек с психозом должен извлечь это содержание из ментального отдела, обычно предназначенного для восприятия, и перевести его пространство мыслей и чувств, которые переживаются в пределах «Я». Пришло время нам с Ариэль заняться конкретной метафорой неприятного запаха.

Я предложил поискать связь между ее болезненным прошлым и запахом другим способом. Я спросил Ариэль, слышала ли она когда-нибудь, чтобы кто-нибудь описывал разочарование в жизни, говоря: «Это дело дурно пахнет!» Она сказала, что слышала, как, к примеру, кто-то говорит: «Это ужасно! Дело пахнет керосином!» Я продолжил: «Я думаю, что то, что случилось с вами, произошло в тот период, когда у вас родился сын, и ваша семья отвергла вас, и вы думали, что вы плохая мать и что вы были плохим человеком, в тот период времени ваши негативные представления о себе проявились в мысли: “Я дурной человек”». Это началось как мысль, как метафора, выражающая то, как плохо вы себя чувствуете, но потом стало казаться, что у вас действительно неприятный запах». Она добавила: «Как будто так и было на самом деле».

Ариэль, похоже, поняла, как выражение «Это дело дурно пахнет!» могло быть метафорой, но она колебалась. «Но я слышала, что тот человек тогда, много лет назад, сказал, что у меня неприятный запах». У нее все еще были проблемы с принятием того, что эмоционально заряженное воспоминание о восприятии, которое произошло 20 лет назад, было воспоминанием об опыте слышания голоса. Ее воспоминания о том, как незнакомец сказал: «От этой женщины дурно пахнет», остались в основе цепочки доказательств, подтверждающих ее бредовую идею. Как и в психотерапии с пациентами с непсихотическими расстройствами, страдающий психозом пациент и психотерапевт должны многократно

возвращаться к знакомым темам, углубляя свое понимание с каждым новым рассмотрением в процессе проработки. К этому моменту Ариэль имела интеллектуальное представление о значении конкретной метафоры, но еще не выработала эмоционального понимания ее значимости.

Ариэль добавила на позитивной ноте, что накануне, входя в свой многоквартирный дом, она услышала голос соседа-наркомана, говорящий: «Эта женщина дурно пахнет». Затем она услышала новый голос другого наркомана, которого не узнала: «Нет! Неправда! У нее нет неприятного запаха». Оба этих события были опытом слышания голоса, но голос нового наркомана был самоутверждающим внутренним объектом, который она вызвала в целях защиты. Когда она впервые стала страдать психическим расстройством, в ее уме сформировались объекты преследования. Теперь она в обратном порядке повторяла шаги, которые привели к ее болезни, создавая положительные объекты, рожденные растущей самооценкой. Она призвала эти хорошие объекты, чтобы они сражались от ее имени на поле боевых действий, которое она создала в театре своего разума.

Сеанс 17

Подобно тому, как психоаналитики говорят о «работе сновидения» (dream work), которая вызывает сновидение, мы можем говорить о бессознательной работе галлюцинаций, которая предшествует возникновению галлюцинаций. Галлюцинации появляются в сознании как законченный продукт работы галлюцинаций, без маркера их внутреннего происхождения. Страдающий психозом человек не имеет непосредственного доступа к бессознательному психологическому процессу, который находит выражение в искаженном восприятии. В сознании человека есть брешь, где мысль переводится в восприятие. В клинической ситуации доверие пациента к психотерапевту позволяет пациенту представить себе существование такой бреши, которая неочевидна для пациента. Двадцатью годами ранее Ариэль «слышала», как кто-то сказал: «От этой женщины дурно пахнет». Эта галлюцинация появилась в ее сознании без признаков предшествующей «работы галлюцинации». От подобных переживаний трудно отказаться. На этом сеансе мы работали над пониманием опыта слышания голоса 20 лет назад, который лег в основу доказательной цепочки, поддерживающей бредовую идею.

Психотерапевт:

— Давайте вернемся к размышлениям о том, как ваша отрицательная самооценка превратилась в идею запаха. Я полагаю, вам время от времени снятся сны?

Пациентка:

— Да.

Психотерапевт:

— Иногда, когда нам снится сон, мы просыпаемся утром и думаем, что знаем, о чем был этот сон. С вами такое когда-нибудь случалось?

Пациентка:

— Да, такое бывает. Сложно вспомнить. Но иногда мне снится последнее, о чем я думала перед тем, как заснуть. Может быть, последний сериал, который я смотрела по телевизору.

Психотерапевт:

— Когда вам снится такой сериал, сон отличается от содержания настоящего сериала, верно? Может, во сне есть персонаж из сериала?

Пациентка:

— Да.

Психотерапевт:

— Итак, в сновидении сериал немного изменяется.

Пациентка:

— Да.

Психотерапевт:

— Мы все видим сны. Когда ваш разум работает над чем-то, когда вы спите, он может превратить то, о чем вы думаете, в образ или историю.

Пациентка:

— Это так.

Психотерапевт:

— Хорошо. Мы можем знать содержание наших сновидений, но не можем наблюдать, как мы сами создаем эти сны. Сновидение оказывается в нашей голове, когда мы заканчиваем создавать его.

Пациентка:

— Да.

Психотерапевт:

— Когда вы были так расстроены много лет назад, ваш разум был полон негативных чувств о себе. Это похоже на то,

как если бы ваш разум начал видеть сны, когда вы бодрствовали, даже не осознавая, что вы спите. Вам в голову пришла идея, которая выразила все ваши негативные чувства в одном изображении...

Пациентка:

— Да...

Психотерапевт:

— ...образ вас как дурного человека, который будет отвергнут всеми окружающими. Вы видели конечный результат образа, созданного вашим разумом, но не могли видеть, как ваш разум создает образ запаха. Вот почему вам нелегко увидеть, как идея запаха связана с вашей низкой самооценкой. Как будто без вашего ведома ваш разум говорил: «Какой образ я могу найти, который отражает то, как ужасно я думаю о себе?»

Пациентка:

— Может быть (в этот момент глаза Ариэль наполнились слезами). Я знаю, что это, должно быть, связано с моим умом, потому что везде, где я бываю, люди реагируют одинаково. Если бы это было физической проблемой, я думаю, это не происходило бы постоянно. Итак, я думаю, это связано с моим разумом.

Я вернулся к опыту слышания голоса, который лежал в основе ее доказательной цепочки.

Психотерапевт:

— Поскольку на самом деле у вас нет неприятного запаха, я думаю, мы можем быть вполне уверены, что голос, который вы слышали 20 лет назад, исходил изнутри вас самой. На нашем первом сеансе, когда вы думали, что я открыл окно в своем кабинете, хотя в действительности я закрыл его, вы запомнили то, что ожидали запомнить. Когда вы навещали свою двоюродную сестру в другом штате, вы «слышали» то, что ожидали услышать, сквозь стены. Думаю, то же самое произошло в тот день на улице. Вы услышали то, что ожидали услышать. «От этой женщины дурно пахнет». Этот голос выразил словами то, что вы уже сами думали о себе... Я пытаюсь помочь вам пробудиться от мучительного сна, который длился 20 лет.

Пациентка:

— Это было бы так хорошо! Я думаю, что начинаю просыпаться.

Психотерапевт:

— Я тоже так думаю.

Пациентка:

— Мне кажется, я начинаю просыпаться, потому что чувствую себя иначе. Я еще не очнулась окончательно, но уже чувствую перемену. Я очень рада выйти в мир. Я более уверена. Это очень хорошо!

Психотерапевт:

— Вы просыпаетесь от кошмара. Возможно, когда-нибудь у вас появятся внуки. Вам нужно будет ходить на дни рождения и выпускные.

Пациентка:

— А мои дети пожениятся!

Психотерапевт:

— Да, и вы пойдете на их свадьбы. Вам нужно жить в мире свободно.

Пациентка:

— Да. Это правда. Я счастлива.

После семнадцатого сеанса последующие сеансы психотерапии Ариэль начали становиться все более похожими на сеансы исследовательской психотерапии с человеком с непсихотическим расстройством. По мере того как у нее появлялось все больше надежд на будущее, она начала продвигаться дальше во внешнем мире, при этом испытала многие из тревог, присущих обычной взрослой жизни. На протяжении следующего года еженедельных, иногда двухнедельных встреч ее настроение оставалось светлым. Идея запаха не исчезла в одночасье, но постепенно ослабела, пока не превратилась в периодически возникающую навязчивую мысль, которая не мешала функционированию Ариэль. Когда она сталкивалась с проблемами повседневной жизни, новая провоцирующая тревогу ситуация могла вызвать навязчивую мысль о том, что у нее, возможно, неприятный запах, но она смогла отложить эту идею в сторону. Например, когда ее семье стало известно, что Ариэль чувствует себя лучше, ее мать решила совершить длительную поездку в Соединенные Штаты, чтобы навестить Ариэль и других родственников, проживавших в Америке. Визит матери вдохновил на званые обеды и семейные встречи, на которые Ариэль никогда бы не пошла во время болезни. Она была удивлена и рада тому, как родственники тепло приняли ее и как они приветствовали воссоединение.

На наших сеансах мы разработали стандартный сценарий, который использовали с юмором и с хорошим эффектом, когда пациентка рассказывала о событиях недели. Когда Ариэль описывала, что у нее возникла навязчивая мысль о запахе в определенной социальной ситуации, я говорил: «Итак, я вижу, что старая заезженная пластинка о запахе играет снова, чтобы вы могли не думать о том, что на самом деле заставляет вас беспокоиться». Как правило, ей не требовалось дополнительных подсказок, чтобы приступить к свободной ассоциативной работе по изучению своего текущего беспокойства. Например, она осознала, что на семейных собраниях идея запаха заменяла беспокойство о том, что она не сможет поддерживать разговор, который заинтересует другого человека. Или когда она пошла на приемное собеседование в центре профессионального консультирования и отметила, что один из консультантов был мужчиной, а другой — женщиной, но что с ней стал заниматься консультант другой этнической принадлежности. Интервью с ней проводила консультант-женщина. Это натолкнуло ее на мысль, что консультант-мужчина, возможно, отказался разговаривать с ней из-за неприятного запаха. Это побудило ее рассказать, что она всегда чувствовала, что люди ее культурного происхождения в районе, где она жила, более критически относятся к ней, чем люди из более богатых районов.

Спустя полтора года после начала еженедельной амбулаторной психотерапии Ариэль свободно пользовалась общественным транспортом, не опасаясь неприятного запаха. Она больше не уклонялась от общественных мероприятий. Она вернулась в школу и получила постоянную работу в качестве домашней сиделки, работу, которая ей нравилась и с которой она хорошо справлялась. Она поехала в страну своего происхождения и воссоединилась со своей большой семьей в районе, где выросла. Перед поездкой она позволила мужчине, которого знала в детстве, ухаживать за собой через Интернет. Перед встречей с ним она сказала на нашем сеансе: «Я стала так подозрительно относиться к людям, я не уверена, что смогу быть достаточно любящим партнером, если встречу кого-то подходящего». Стремление быть достаточно любящим партнером — квинтэссенция непсихотической проблемы взрослой жизни. Ариэль была расстроена, когда отношения не сложились, но она не была раздавлена. Она сказала с очевидной силой в голосе: «Я не позволю ни одному мужчине сломить меня».

Постскрипtum

На момент написания этой книги за три года у Ариэль случился только один значительный рецидив, и эту ситуацию мы рассматривали на еженедельных сеансах психотерапии в течение двух месяцев. Ее старший сын ненадолго переехал домой. Это было для нее большим утешением. Она чувствовала себя «защищенной» так, как никогда не чувствовала себя в безопасности со своей матерью. Когда сын сказал ей, что планирует найти свою собственную квартиру, что она признала подходящим по возрасту планом, Ариэль стала обращать особое внимание на шумы, издаваемые людьми, проживавшими в квартире над ней. В то время она не связала свое гипернасыщенное переживание шума с уходом сына. Она думала, что соседи наверху намеренно шумели (громкие шаги, лязг труб), чтобы показать ей, что они отслеживают ее местонахождение в квартире, и это она находила крайне неприятным и тревожащим.

Мы провели четыре сеанса, используя методы КПТп, чтобы вызвать сомнения относительно соседей сверху. Почему эта семья посвятила всю свою жизнь тому, чтобы изводить ее, а не своим собственным заботам? Как она могла отличить обычный лязг трубы от звука, являющегося сообщением? Поскольку план квартиры этажом выше был таким же, как у нее, как она могла отличить звук шагов соседей, переходящих из одной комнаты своей квартиры в другую прямо над ней, от их следования за нею из комнаты в комнату? Вскоре она убедилась, что ее мнение о соседях было ложным, но чувство, что они мучили ее, сохранялось. В следующих трех сеансах мы исследовали это чувство, используя психодинамический подход. Она увидела, что, хотя она чувствовала себя в безопасности, когда ее сын жил с ней вместе, перспектива его ухода заставила ее чувствовать себя небезопасно, и этот страх выражался в ее ощущении, что над ней «издеваются» соседи сверху. Когда ее дети начали переезжать в собственные квартиры, она испытала свою личную преследовательскую версию «синдрома пустого гнезда». Оставшись одна в своей квартире, имея мало внешних раздражителей, кроме шума сверху, она снова ощутила вторжение чувства ужасной изоляции своего детства.

Ариэль вспомнила, как неуверенно она чувствовала себя в детстве. «У моей матери не было сил на меня. Мать должна утешать ребенка, когда он боится чего-то». Мы обсуждали, как каждый

ребенок боится монстров под кроватью. Она сказала: «Мать должна показать своему ребенку, что там нет никакого монстра. Моя мать никогда этого не делала. Она никогда не могла защитить меня». Затем я сказал: «Думаю, мы знаем, куда делся монстр из-под вашей кровати?» Она утвердительно кивнула головой: «Думаю, мой монстр живет наверху вместе с соседями». На другом сеансе мы посмотрели Ted-лекцию Анилы Сета (глава 11), которая помогла Ариэль понять, как она слышала значение, которое ожидала услышать, в «бессмысленных» звуках обычной жизни в квартире над ней. Когда ее беспокойство по поводу соседей стало уменьшаться, она сказала: «Спасибо, что помогаете мне. Я начинаю понимать, что со мной происходит, когда прихожу сюда. Это мне помогает. Это приносит мне облегчение». Людям, восстанавливающимся от психоза, нужны постоянные доверительные отношения, в которых они могут стабилизироваться и проводить испытание реальности, а не перебрасывание от одного врача к другому, которые будут видеть их только на 15-минутных «медицинских осмотрах».

За время психотерапии Ариэль перешла из состояния хронического суицидального отчаяния к чувству полного надежды энтузиазма по поводу своего будущего. Я продолжаю видеться с ней каждые две недели, чтобы помогать справляться с проблемами ее новой взрослой жизни, включая периодические обострения идей преследования, вызванных жизненными стрессорами. Восстановление от психоза не то же самое, что исправление ошибочной идеи. Ранняя уязвимость привязанности и примитивные внутренние объектные фантазии остаются скрытыми проторенными путями в бессознательном разуме, которые снова вторгаются в сознание в ответ на неизбежные постоянно возникающие жизненные испытания. Я надеюсь, что смогу помочь Ариэль продолжить восстановление по мере того, как она укрепляет уверенность в себе и достигает более удовлетворительного качества жизни.

В следующей главе я описываю психотерапию Аши и Каспера, двух пациентов, одна из которых больше никогда не была госпитализирована, а другой был выписан после 15-летней госпитализации.

Глава 15

ИСТОРИИ АШИ И КАСПЕРА

Аша: женщина, которую больше никогда не госпитализировали

Пятнадцать лет назад, когда я вернулся к обучению, чтобы добавить техники когнитивно-поведенческой терапии психозов к моему психодинамическому подходу, Аша стала одной из первых пациенток, с которыми я тестировал новые методы, коим научился. Она укрепила мое убеждение в том, что амбициозную психотерапию можно проводить даже с пациентами, которые были тяжело больны на протяжении многих лет. Я познакомился с Ашей, когда ей было 28 лет и она находилась в стационаре. За предыдущие 8 лет, в течение которых она получала обычное фармакологическое лечение, она страдала хроническим параноидным психозом с периодами бездомности и множественных госпитализаций, что привело к ее принудительной госпитализации в Программу обязательного амбулаторного лечения при содействии штата Нью-Йорк (New York State Assisted Outpatient Treatment Program AOT — государственная инициатива, предоставляющая судебный мандат на лечение пациентов, которые были многократно госпитализированы). В ходе успешного четырехмесячного курса индивидуальной психотерапии мы преодолели основные бредовые идеи Аши, и за 15 лет последующей поддерживающей психотерапии она больше ни разу не попала в больницу.

Аша и ее старшая сестра выросли в Квинсе, в одной из немногих испаноамериканских семей, живущих в районе, где

преобладают иммигранты из Кореи. Она отличилась в старшей школе, сыграв главную роль в постановке драматического кружка бродвейского мюзикла «Оклахома». Ее родители часто ссорились, и она становилась свидетелем домашнего насилия. Стремясь дистанцироваться от своей семьи, Аша выбрала колледж на Западном побережье, где, как она думала, смогла бы продолжить карьеру в театре, надеясь в конечном итоге попасть в Голливуд. Первый психотический приступ случился у нее на втором курсе колледжа. Она считала, что администрация колледжа следила за ней с помощью аудио- и видеозаписи: с особым интересом к ее сексуальной активности. Когда она обратилась к администрации и потребовала прекратить преследование, ее исключили из колледжа. В последующие годы ей так и не удалось восстановить прежний уровень функционирования, но она могла трудиться на минимально ответственных работах в течение коротких периодов времени, до смерти ее матери. Тогда Аше было 25 лет. В этот момент у нее развилось стойкое полностью бессознательное психотическое состояние, что положило начало многолетней цепочке госпитализаций. В то время, когда я встретил ее, у нее был целый ряд бредовых идей преследования. Она слышала мучительные обвинительные голоса, с которыми спорила долгими часами. Я воспользовался случайным событием, чтобы начать ее психотерапию. Стационарное испытание клозапина значительно уменьшило количество голосов, но прием препарата пришлось прекратить, поскольку он подавлял количество лейкоцитов в крови. В то время Аша отметила, что, когда она принимала клозапин, интенсивность голосов уменьшилась, и это наводило на мысль о том, что, в отличие от ее множественных бредовых идей преследования, возможно, голоса были частью медицинского состояния. Это открыло путь для психотерапии. Она не думала, что ее многочисленные бредовые идеи преследования каким-либо образом связаны с каким-либо заболеванием. После того как шесть других нейролептиков и клозапин оказались неэффективными, последовало постепенное увеличение дозировки арипипразола. У Аши не наблюдалось снижения частоты или силы галлюцинаций до тех пор, пока она не стала получать высокую дозу — 60 мг в день.

После того как Аша выписалась из стационара, я продолжал 45-минутные сессии психотерапии с ней еженедельно, сначала с фокусом на КПТп, а затем с более психодинамической

направленностью. За первые четыре месяца мы многого достигли. Хотя Аша была травмирована психозом, она обладала силой духа и была готова к восстановлению с помощью психотерапии. Я начал с того, что спросил, что она находит наиболее травмирующим в своей жизни («С» в последовательности «А–В–С»). Она ответила: «Я чуть не стала причиной смерти моей матери». Она считала, что изгнавшая ее администрация колледжа послала в ее дом головорезов, чтобы убить ее, но, не найдя ее дома, они напали на ее мать и пытались повесить ее на дереве во дворе перед домом. Это воспоминание было болезненным «А» в тревожной последовательности «А–В–С», которая не давала покоя. Я занялся «детализацией “А”» («Где именно произошла попытка повешения?» — «Перед домом, где она жила». — «Насколько большим было дерево?» — «Оно простиралось чуть выше второго этажа ее дома». — «Это было молодое дерево или старое дерево?» — «Молодое дерево». — «Какую веревку использовали головорезы?» — «Толстую веревку, вроде той, которую используют, чтобы привязывать корабли у причала». — «Сколько весила ваша мать?» — «Она была среднего веса». — «Вы помните, как увидели эту сцену, когда пришли домой?» — «Да». — «Значит, любой, кто проходил по улице, тоже мог это увидеть?» — «Да, думаю, да».)

Я использовал слово «воспоминание» как можно чаще, подчеркивая, что она вспоминает именно ужасное воспоминание, а не сообщает установленный факт. В стиле Коломбо я нормализовал свои собственные яркие ошибочные воспоминания (воспоминания с параноидным уклоном), описывая свое недавнее ложное воспоминание о том, что припарковал свою машину на определенной улице. Я рассказал ей, как был уверен, что моя машина была эвакуирована полицией или украдена, пока не понял, что припарковал ее в другом квартале. Поделившись своими ложными воспоминаниями и собрав перцептивные детали тревожного воспоминания Аши, я затем рискнул сказать: «Меня удивляет, что дерево такого размера могло выдержать и вес вашей матери, и тяжелую веревку. Самые большие ветви этого дерева не могли быть больше нескольких дюймов в диаметре (я сделал круг большим и указательным пальцами). Еще меня удивляет, что головорезы попытались совершить преступление в открытую, среди бела дня, на оживленной улице». С некоторым раздражением она спросила, не сомневаюсь ли я в ее рассказе. Она снова подтвердила, что события произошли так, как она их запомнила.

Однако, к моему удивлению, Аша начала следующий сеанс со слов: «Вы знаете, я думала о том, что мы обсуждали на прошлой неделе. То, что я вспоминаю, не имеет смысла. Я не думаю, что это могло происходить таким образом». Предоставленная собственным размышлениям, она почувствовала, как бредовое воспоминание рассеивается под тяжестью внутренних противоречий. Я использовал ее понимание, чтобы начать более широкое расследование: «Вы ошиблись в этом одном случае и пострадали без всякой причины из-за ошибочного воспоминания. Интересно, можете ли вы ошибаться и в других воспоминаниях и ситуациях». Мы начали активную работу. Мы изучили ее мнение о том, что администрация университетского городка просматривала видеозаписи ее сексуальной активности, и не нашли убедительных доказательств этого. Мы исследовали два других ложных воспоминания: одно, в котором ее отчим изнасиловал ее отца и выбросил его из окна второго этажа, и воспоминание, которое она находила особенно тревожным, когда ее мать участвовала в акте орального секса с другой женщиной. В некоторых версиях этого воспоминания ее мать была добровольной участницей; в других версиях она была изнасилована другой женщиной. Аша также впервые рассказала, что считала, будто компьютерный чип был помещен в ее влагалище с целью отслеживать ее мысли и действия. После 12 сеансов с фокусом на КППт бредовая идея об электронном чипе и вера в ложные воспоминания об отчине/отце полностью разрешились, идея наблюдения в колледже перешла от 100% уровня убежденности к 20%, и теперь Аша ясно поняла, что начала страдать психическим заболеванием во время обучения в колледже. Однако воспоминания о лесбийской сцене с участием матери продолжали беспокоить ее. У нее было слишком много конфликтных первичных эмоциональных вложений в это воспоминание, чтобы оно легко исчезло под воздействием логики. На самом деле Аша стала свидетельницей того, как ее мать изнасиловал отец, и сама она подвергалась сексуальному насилию.

Значительно уменьшив интенсивность ее центральных бредовых идей, мы с пациенткой обратились к ее голосам. Аша слышала два разных типа голосов. Один из них, казалось, отражал то, что она думала и делала (гиперрефлексивное самосознание), предлагая противоположный взгляд. Если бы она сказала сама себе: «Думаю, я поеду на автобусе», голос мог бы сказать: «Поезжай на метро». Она тратила часы на споры с голосами, сопротивляясь их

указаниям. Я спросил ее, почему она считает, что ей нужно уделять такое пристальное внимание тому, что говорит голос. Этот вопрос никогда не приходил ей в голову. Она признала, что часто не делала того, о чем говорили голоса, без каких-либо неблагоприятных последствий. Я сказал: «Я полагаю, что есть люди, которым вы доверяете, чье мнение вы цените, и есть другие люди, включая людей, которых вы не знаете, чье мнение для вас безразлично». Она сказала «да». «Эти голоса кажутся, скорее, похожими на любопытного соседа, у которого обо всем есть свое мнение, нежели на кого-то, чье мнение вы действительно цените». Она согласилась.

Раздражающая певучая манера проявилась, когда Аша имитировала голоса. Я размышлял: «Когда вы думаете о чем-то и голос обращается к вам с противоположным взглядом, для меня это звучит так, словно маленький ребенок на школьном дворе, издевающийся над другим ребенком, как это делают дети, когда говорят: “Я знаю, ты придурок, ты придурок, а я кто такой?”» — сказал я гнусавым певучим голосом. Это вызвало у пациентки улыбку. Приравнение голоса к раздражающему ребенку на игровой площадке еще больше уменьшило способность голоса завладеть ее вниманием.

Аша слышала и другой тип голосов: обвинявший ее в растлении малолетних, а ее мать в гомосексуализме. Она спорила с голосами, которые утверждали, что ее мать — лесбиянка, но она думала, что, возможно, голоса говорили правду, что она (пациентка) была растлительницей малолетних. Она вспомнила недавнюю статью в газете о случае изнасилования ребенка в городе Минеола. Голоса говорили, что это сделала Аша, и она думала, что это должно быть правдой. Я спросил ее, были ли у нее какие-либо воспоминания о том, что она когда-либо испытывала желание надругаться над ребенком, или о том, как она подвергала ребенка насилию. Она сказала «нет». Мы углубились в «А» дела в Минеоле. Я спросил ее: «Так вы думаете, что можете быть преступником, совершившим насилие над ребенком в Минеоле, но не помните об этом?» — «Нет, но, может быть, я забыла». — «Вы знаете, где находится Минеола?» — «Не совсем. Я думаю, где-то на Лонг-Айленде». — «Так и есть. И с этим городом нет автобусного сообщения из Бруклина, и метро туда тоже не ходит. Придется добираться на машине или сесть на поезд LIR, а от вокзала взять такси. Это было бы дорого. Билет на поезд туда и обратно и такси стоили бы более 100 долларов. Вам пришлось бы копить деньги

неделями». — «Это дорого. Не думаю, что я накопила столько денег». — «Если бы вы поймали такси от поезда, как бы вы узнали, какой адрес сообщить водителю? Как бы вы вызвали такси, чтобы вернуться на вокзал?»

К настоящему времени для Аши стало очевидно, что у нее не было необходимых практических средств, чтобы изнасиловать ребенка на Лонг-Айленде. Эта работа КПТп показала, что голоса склонны делать оскорбительные обвинения, которые не соответствуют действительности. Голос, обвиняющий ее мать в том, что она лесбиянка, ослабел вместе с другими голосами, хотя и в меньшей степени. Этот голос и воспоминания о гомосексуальном контакте матери получили психодинамическое понимание лишь несколько лет спустя.

За четыре месяца еженедельных 45-минутных сеансов интенсивность основных психотических переживаний Аши значительно снизилась. Она много лет проживала вдали от своей семьи, потому что не могла посещать семейные праздники, не проявляя бредового беспокойства. После 9 месяцев еженедельных сеансов психотерапии она почувствовала себя достаточно уверенной, чтобы подумать о семейном собрании. Ее новообретенное понимание того, что она была больна, убедило ее семью дать ей еще один шанс, что привело к нескольким годам восстановления отношений, пока не умерла ее бабушка, после чего ее отношения с отцом снова ухудшились. Он ясно дал ей понять, что стыдится ее, и предупредил, чтобы она не ожидала от него какой-либо финансовой поддержки. Она была сама по себе.

В течение многих лет Аша испытывала стойкий страх, что жилищное агентство, которое было ответственно за ее квартиру, пыталось собрать информацию, преследуя цель выселить ее. Она признала, что на самом деле попыток выселения не предпринималось, но тревога все же сохранялась. Этот страх не начал утихать до тех пор, пока мы не достигли психодинамического понимания его происхождения, которое пришло на четвертом году нашей продолжающейся работы, и только тогда, когда Аша почувствовала себя достаточно сильной, чтобы прямо говорить о некоторых травмирующих переживаниях ее детства. Четыре года — это намного больше, чем курс из 10–15 сеансов из методического протокола психотерапии. Я поощрял свободные ассоциации Аши к преувеличенному страху выселения. Затем она вспомнила об особо жестокой конфронтации между матерью и отцом. Она

и ее родители спорили, когда ехали в машине. Отец внезапно остановил машину и вытолкнул ее мать из машины на улицу, а затем потребовал, чтобы Аша последовала за ней. После чего он умчался. Когда, стоя на обочине дороги, пациентка выразила свою ярость на отца, мать заставила ее замолчать, закричав: «Ты хочешь быть бездомной? Не говори отцу ни слова! Если ты это сделаешь, окажешься одна на улице». Угроза была очевидна. Мать была готова скорее прогнать дочь из дома, чем бросить вызов мужу. Теперь мы поняли, что страх Аши перед жилищным агентством был реакцией замещения по отношению к ее постоянному страху быть выгнанной из дома и что этот страх был буквальным проявлением ее убежденности в том, что ни один из ее родителей не любит ее.

Шлюзы, удерживавшие вытесненные травматические воспоминания, теперь открылись. Аша рассказала мне, что мать и отец в разных случаях говорили ей, что они предпочли бы, если бы она не родилась. Она была изнасилована управляющим в ее многоквартирном доме без каких-либо последствий для виновного. Она была свидетелем того, как отец неоднократно избивал ее мать и принуждал ее к сексу, но ей приходилось терпеть это без какого-либо протеста. Когда она навестила мать на смертном одре, мать сказала ей уйти и никогда больше не возвращаться. В этом рассказе о глубоко травмирующем прошлом было много горя. В течение этого периода психодинамической работы мы добились прогресса в понимании воспоминания о том, как мать приглашала другую женщину к оральному сексу. Теперь Аша не знала, было это воспоминание правдивым или ложным. В воспоминании любовница матери указала на пациентку и сказала: «Что она здесь делает?», на что мать ответила: «Не обращай на нее внимания». Это лесбийское воспоминание было воплощением отстраненного отношения матери к Аше, в то время как она приветствовала внимание со стороны другой женщины. Мощное внутреннее чувство отвращения, которое испытывала Аша, когда представляла гомосексуальный контакт с участием матери, защищало ее от опасности вообразить какую-либо эмоциональную потребность в матери. Сцена заменила образ матери, от которой она ждет заботы и нежности, на мать, от мысли о которой ее тошнит.

За последние 15 лет я наблюдал Ашу с переменной частотой сеансов, от одного до четырех раз в месяц. До начала психотерапии ее госпитализировали по три-четыре раза в год в течение 5 лет. После начала психотерапии она больше ни разу не была

госпитализирована. Однако мои попытки снизить дозу арипипразола не увенчались успехом. За 15 лет у Аши случились два серьезных обострения параноидных идей, которые, я уверен, привели бы к госпитализации, если бы ее тревоги не контролировались психотерапией. Обе вспышки были связаны с возродившимся страхом перед преследованием администрацией колледжа. Вместо того чтобы действовать в соответствии со своей паранойей, Аша приходила со своими страхами на наши сеансы, чтобы спросить: «Я снова начинаю болеть или это действительно происходит?» С такими «бустерными» сеансами КПТп не было необходимости увеличивать, добавлять или менять лекарства, чтобы справиться с этими параноидными регрессами. Фактически психотерапия оказалась противоядием от полипрагмазии. За последние 15 лет Аша дважды состояла в отношениях. Одни отношения длились четыре года, и за это время она смогла почувствовать себя любящим и заботливым человеком. Во вторых отношениях она была слишком голодна для привязанности, чтобы не стать жертвой насилия со стороны своего молодого человека, но она прервала эти отношения, когда осознала их абьюзивный характер.

Хотя основная работа КПТп с центральными бредовыми идеями и голосами Аши была проведена примерно за 20 сеансов, наш терапевтический альянс просуществовал 15 лет. Ее состояние остается стабильным вне больницы, но при этом, за исключением 6-месячного периода работы в закрытой мастерской, она не может трудиться из-за того, что ей трудно договариваться о межличностных отношениях на рабочем месте. Для большинства людей, страдающих психозом, цель психотерапии не сводится к осознанию того, что их убеждение было ошибочным, и тогда они готовы к дальнейшей жизни. Требуется намного больше. Людям, страдающим психозом, обычно нужны длительные отношения, в которых они могут по мере необходимости заимствовать силу эго у психотерапевта, продолжая путь к восстановлению. Пациентам сложно смотреть в лицо реальности своей жизни. На это нужно время.

Кроме того, перегруженные клиники и третьи стороны, финансирующие медицинские услуги, испытывают проблемы с осознанием реальных потребностей наших пациентов. Идея о том, что людям с хроническим психозом, перенесшим ужасные травмы, нужно только исправить «химический дисбаланс» с помощью нейрорептиков, и они поправятся (как можно исправить химический

дисбаланс при диабете с помощью инсулина), — заблуждение. Общество, которое неэффективно в решении социальных условий, порождающих психоз (бедность, расизм, жестокое обращение), не должно утешать себя тем, что оказание больничного ухода и предоставление лекарств является достаточным милосердием.

Аша остается подозрительным человеком, который полон решимости не чувствовать себя одиноким и яростно охраняет свое достоинство и независимость. Пережив жестокое обращение в детстве, она не собирается снова позволять «неуважение» к себе. Соответственно, когда она чувствует, что кто-то причинил ей боль, ей очень трудно говорить о травме и восстановить отношения. Вместо этого она держит дистанцию со стальной сдержанностью и в результате не имеет близких друзей. Она позволила мне быть ее другом, но у меня нет карт-бланша в отношениях с ней. Я редко опаздываю на наши встречи, но в тех немногих случаях, когда я все же опаздывал, она отмечала мое опоздание и убеждалась, что она получила «полное время» на часах, прежде чем мы закончим. Ей очень нравится делать покупки на блошиных рынках на свои ограниченные средства в поисках недорогих тканей и бижутерии, которые она носит с латиноамериканским талантом. Психотерапия помогла ей жить свободной и независимой жизнью (хотя и ограниченной), в отличие от кошмара череды многочисленных повторных госпитализаций.

Каспер: человек, убивший своего отца и свою сестру

Когда Касперу было 25 лет, во время острого психотического приступа он забил до смерти отца и сестру. На суде он последовал совету адвоката и заявил о своей невиновности по причине невменяемости. Он был осужден и направлен в медицинский стационар строгого режима. В штате Нью-Йорк лица, совершившие нападение или убийство и признанные невиновными по причине невменяемости, рассматриваются как пациенты в соответствии со статьей 3.30.20 Кодекса штата Нью-Йорк. Пациенты, которые делают хорошие успехи, могут пройти через длительную серию пошаговых «привилегий» и заключений судебно-медицинской комиссии до окончательной выписки. Однако во многих случаях пациенты, приговоренные по статье 3.30.20, остаются в больнице

намного дольше, чем если бы они были осуждены за тяжкое преступление и отбыли тюремное заключение без заявления о невменяемости. Таким был и случай Каспера. Он никогда не отрицал убийства отца и сестры. Однако он утверждал, что убил их, находясь под воздействием гипнотического внушения, внедренного членами церкви, расположенной в здании неподалеку. На тот момент, когда я начал работать с ним, он придерживался этого убеждения 15 лет. Судебно-медицинский комитет был не склонен рассматривать его выписку, потому что у него «отсутствовали признаки осознания» своего состояния. Время от времени он выражал желание, чтобы его выписали, и тогда бы он мог стать полицейским, который будет привлекать к ответственности религиозных негодяев. Это справедливо вызывало у членов комитета беспокойство, что в случае освобождения Каспер может вступить на путь мщения в отношении церкви. В соответствии с моим обычным подходом, психотерапия Каспера началась с преимущественно когнитивно-поведенческой терапии психоза, за которой последовала психодинамическая фаза. Существенный прогресс был достигнут за 9 месяцев еженедельных 45-минутных занятий.

История Каспера

На первом сеансе я собрал анамнез. Каспер был младшим из двух детей. Его родители держали в своем районе семейный мини-маркет, где Каспер и его сестра помогали по выходным. Он жил с родителями, когда учился на музыкальном отделении в местном колледже. На последнем курсе он присоединился к церкви возле своего дома. Он жертвовал деньги, проводил долгие часы в церкви и был занят церковной деятельностью. Его сестра вернулась домой, чтобы помочь родителям, когда у матери был диагностирован особо агрессивный вид рака, от которого она умерла после того, как была прикована к постели в течение нескольких месяцев. Вскоре после этого у Каспера случился первый психотический приступ. Его ненадолго поместили в больницу, лечили нейролептиками, выписали и наблюдали в общественной клинике. Он томился дома, оставаясь социально изолированным, до тех пор, пока четыре года спустя снова не погрузился в дела церкви. У него закончились лекарства, и он не продлевал рецепт. Однажды вечером он вступил в ссору с отцом в их квартире. Его воспоминания об этом вечере затуманены смятением. Он вспоминает, как отец звонил в полицию, чтобы отвезти Каспера

в больницу. Он вспоминает некий циклон, кружившийся в его голове, «как торнадо в “Волшебнике из страны Оз”». Затем он забил до смерти сестру и отца. По всей видимости, он не осознал, что сделал, до следующего дня. Он вспомнил, как до убийства один из членов церкви смотрел на него пронзительным взглядом. Он считал, что этот завораживающий взгляд вызвал гипнотический транс, который заставил его убить сестру и отца.

На момент начала психотерапии Каспер более 15 лет находился в больнице. У него не было склонности к насилию до убийств, и, за исключением редких словесных выпадов, он не проявлял агрессивного поведения с момента первоначального заключения. Он получал 600 мг клозапина ежедневно в течение 10 лет, без изменений со стороны центральной бредовой идеи. Его хорошее поведение принесло Касперу «привилегии прохода без сопровождения по территории больницы», которыми он никогда не пользовался. Он не возражал против поставленного ему диагноза «шизофрения», который, по его словам, был «химическим дисбалансом». Но он не видел связи между психическим заболеванием и убийствами. Рабочая формулировка КППт была достаточно ясной. Активирующими событиями («А») в последовательности «А–В–С», которые, вероятно, будут в центре внимания работы КППт, стали пронзительный взгляд члена церкви и ощущение «торнадо», кружившегося в голове. Рабочая психодинамическая формулировка основного заблуждения также оказалась довольно очевидной: вера пациента в то, что к убийствам подталкивала церковь, освободила его от личной ответственности за свои действия. Вопрос о клинической тактике в случае Каспера заключался не столько в том, как действовать дальше, сколько в том, следует ли продолжать вообще. Как получить информированное согласие пациента на путь, который может усилить его чувство вины за смерть сестры и отца? Но без психотерапии ему, без сомнения, было суждено умереть в больнице. Если 15 лет лечения не привели к его восстановлению, то еще 15 лет вряд ли помогут.

Решение, стоит ли продолжать

Я рассмотрел несколько вещей, решая, как действовать дальше. Я объяснил, что в психотерапии мы обсудим, что с ним случилось, из-за чего он был госпитализирован 15 лет назад и что мы будем исследовать возможности его будущего. Каспер жаждал

значимой беседы. Тот факт, что он никогда не отрицал убийства сестры и отца, и его раскаяние по поводу этого, показали, что ему не нужно было отрицать какую-либо связь с убийствами. Он не был психопатом. Ему было 45 лет. Он провел большую часть своей взрослой жизни в больнице и, скорее всего, умрет там, если ничего не изменится. Если он добьется достаточного прогресса в психотерапии, чтобы его выписали, он сможет вернуть себе значительное количество лет в обществе. Он очень хотел начать.

Первая задача, которую мы решили, заключалась в установлении общих целей. Недавно Каспер подвергся нападению со стороны пациента в своем отделении. Он жаловался, что в больнице царит насилие. Он спросил, могу ли я организовать его перевод обратно в стационар Valley Central, судебно-медицинский центр строгого режима, куда он был первоначально заключен много лет назад: он считал, что там безопаснее. Он хотел вернуться к более структурированному заключению, а не к менее структурированной выписке. Я предложил, что в случае выписки он смог бы выбрать, где и с кем жить. Он возразил, что за пределами больницы его ничего не ждет. Его близкие мертвы, он потерял связь с родственниками, большинство икон музыки его юности скончались. «Я так долго лежал в больнице, что не знаю, что там происходит. Это как Рип Ван Винкль. Компьютеры. Это как научная фантастика. Больница — это место, куда проникает очень немного из того, что происходит во внешнем мире. Уехать отсюда было бы похоже на путешествие во времени». Когда я спросил его, какую цель он мог бы преследовать, он сказал: «А как насчет причины жить дальше? Как насчет причины вставать и видеть восход солнца?» Хотя это была не поддающаяся измерению цель, она хорошо соответствовала плану лечения, который удовлетворил бы страховую компанию, я принял ее как отправную точку.

Каспер по-прежнему был обеспокоен тем, что он снова подвергнется нападению со стороны пациента из отделения, который уже однажды напал на него. Я сказал ему, что не могу организовать его перевод обратно в судебно-медицинский центр строгого режима, но мог бы посодействовать его переводу в другое отделение. По счастливому стечению обстоятельств я смог порекомендовать его перевод администрации больницы. Трудно сосредоточиться на психотерапии, когда пациента беспокоит всепоглощающая реальность. Почувствовав себя в большей безопасности в новом отделении, Каспер продолжил наш разговор. Мы переосмыслили

идею выписки как способную предложить ему выбор, который мог бы лучше обеспечить его безопасность. Пациент имел очень смутное представление о поведенческих критериях, необходимых для выписки. «Они хотят, чтобы я ладил с людьми, но здесь все как кошки с собаками, а я — одна из этих кошек». Я сказал, что так и есть, и добавил: «Комитет рассматривает, как человек понимает преступление, в результате которого он попал в больницу. Хотите подробнее поговорить об обстоятельствах, которые привели вас сюда?» Он сказал «да» не задумываясь. У меня появилась уверенность в том, что его защита была достаточно адекватной, чтобы сигнализировать, если предстоящий разговор станет причиной слишком сильного беспокойства, но я планировал внимательно следить за его реакцией на лечение.

Вопросы добра, зла и вины

Каспер вспоминал, что после первой госпитализации за несколько лет до убийств его заинтересовали вопросы добра и зла. Я сделал мысленную заметку, что эти моральные опасения и его приверженность церкви предполагали, что он уже боролся с чувством вины до совершения убийств.

«Когда я впервые попал в церковь, я думал только о том, попаду ли я в ад или нет. Я читал Библию самостоятельно, но хотел присоединиться к группе, которая знала Библию лучше меня. Следующим шагом было присоединиться к церкви для изучения Библии. Потребовались годы пребывания в церкви, прежде чем я сломался, но потом это было похоже на падение груды кирпичей со скалы... Церковь сделала меня более самокритичным, чем раньше. Я надеялся, что Бог спасет меня от отчаяния. Я говорил со священником. Он рассказал, что у него не было денег на оплату счетов. Я начал давать ему деньги. Любой, кто отворачивается от духовенства, отворачивается от Бога и попадет в ад. Я волновался, что если уйду из церкви, то сойду с ума. Я чувствовал себя в ловушке».

Оглядываясь назад, Каспер чувствовал, что был легковверным и наивным, и это привело к тому, что церковь воспользовалась им. Мне казалось, что, если мы на каком-либо этапе планируем говорить об убийстве его сестры и отца, Касперу снова придется столкнуться с этими моральными проблемами. Прощупывая

почву, насколько глубоко он может думать о себе, я заметил, как святой Августин в «Исповеди» мучился вопросом о том, как злые мысли могут возникать в умах хороших людей. Каспер подумал, что это интересный вопрос. Он добавил: «Тогда я был настоящим искателем добродетели».

Два сеанса спустя, когда мы перешли к обстоятельствам его поступления, Каспер заявил: «Я не мог быть в здравом уме, когда сделал это!» Под этим он имел в виду, что находился в гипнотическом трансе. Полностью уверенный в том, что Каспер не был психопатом, я сразу же согласился с ним. Я надеялся, что в конечном итоге у меня получится обозначить две колонки на странице, одна из которых будет «не в здравом уме из-за гипноза», а другая — «не в здравом уме из-за психоза», что и будет целью альтернативного объяснения при КПТп. Затем я предложил приблизительную интерпретацию: «Я думаю, вы правы, что были не в своем уме, когда убили сестру и отца. Вы сказали, что не поняли, что произошло, до следующего дня. Думаю, возможно, что в то время, когда это произошло, вы не осознавали, что люди, на которых вы нападали, были вашими сестрой и отцом». Он согласился с этой возможностью, сказав, что в тот день находился в сильном смятении. Я предположил в свободной манере Коломбо: «Вы знаете, есть определенные психические состояния, при которых человек, страдающий психическим заболеванием, не узнает свою семью». Я описал синдром Капгра, при котором человек считает, что его семью заменили самозванцы, и сказал ему, что я пришлю ему что-нибудь, чтобы он прочитал об этом в качестве домашнего задания до следующего сеанса. Я не считал, что у него синдром Капгра, но подумал, что это обсуждение могло быть способом связать обстоятельства его госпитализации с психологическим состоянием.

Каспер начал следующий сеанс с объяснения своего психического состояния в тот день, когда он убил отца и сестру:

«Эта штука, этот эффект Капгра напоминает мне “Вторжение похитителей тел”. Вы знаете этот фильм? Там самозванцы захватывают мир. В тот день что-то контролировало меня (намек на церковь). При Капгре вы не узнаете, что это ваши сестра и отец. Не думаю, что я знал, что это были они, когда все случилось. На следующий день я был в *безумном состоянии ума* (выделено автором). За день до того, как это случилось, я становился

все безумнее и безумнее, пока не перестал что-либо осознавать. Это была настоящая драма, не похожая ни на что, что я когда-либо видел по телевизору. Может быть, есть что-то, что мы можем сделать, чтобы остановить это (то есть спасти других от участи, постигшей его от рук церкви). На следующий день в доме никого не было, кроме меня. Мои сестра и отец были мертвы. Я уже нечетко это помню. Это было какое-то безумное религиозное явление».

Каспер использовал слова «сумасшедший» и «безумие» не как прямые указания на психическое заболевание, но как любой мог использовать эти слова для обозначения какого-либо состояния сильного расстройства. Тем не менее я воспринял его акцент на этих словах как указание на бессознательную связь в его разуме между тем роковым днем и психическим заболеванием. Это укрепило мое намерение продолжать, потому что я считал, что инфраструктура альтернативного представления уже формируется в уме Каспера.

Сеанс 7

На следующем сеансе я представил идею о том, что, вероятно, существуют две возможные теории, объясняющие действия Каспера. Я положил лист бумаги на стол и начал набрасывать два варианта: «Теория первая: вы были не в своем уме, потому что церковь загипнотизировала вас. Теория вторая: вы были не в своем уме, потому что были в замешательстве из-за психологического состояния». Каспер ответил: «“Замешательство” — неверное слово для обозначения того, через что я прошел. “Замешательство” — правильное слово для состояния ума, при котором вы не уверены в своем выборе. “Замешательство” — неподходящее слово. “Полное безумие из-за шизофрении”, возможно, больше подходит в моем случае. Но без гипноза то, что случилось с моими сестрой и отцом, не могло произойти. Это было бы похоже на рецепт, в котором чего-то не хватает». Он мог понять свое замешательство как психическое заболевание, но не убийства. Церковь оставалась необходимым ингредиентом.

Мы набросали его доказательственную цепочку. Во-первых, Каспер наблюдал то, что Ариети (Arieti, 1974) называл случайностью времени и места. Он рассудил, что, поскольку оба раза, когда он связывался церковью, привели его к катастрофе (первый

раз привел к его первой госпитализации, второй раз — к убийствам), церковь должна была играть причинную роль в этих событиях. Я понимал причинно-следственную цепочку в обратном направлении. Каспер поворачивался к церкви каждый раз, когда начинал чувствовать беспокойство. В действительности, священник посоветовал ему обратиться к психиатру. Каспер считал себя дураком из-за того, что вернулся в церковь во второй раз, и эту связь он назвал «христианским рабством». Во-вторых, он воспринял воспоминания о пугающем взгляде и ощущении циклона в голове как свидетельство гипноза. В-третьих, он не мог найти в себе ничего, что могло бы объяснить его смертоносное нападение на сестру и отца. Мы поместили эти три доказательства в левую колонку, а правую колонку, озаглавленную «Психологические объяснения», на время оставили пустой.

Изучение предполагаемых причинно-следственных связей

Затем мы приступили к обсуждению психологии предполагаемых причинно-следственных связей. Некоторые читатели могут найти способность Каспера обсуждать такие вопросы исключительной, чем-то, чего нельзя было ожидать от «хронического шизофреника», который в течение 15 лет был слишком болен и не отвечал на лечение. Большинство отделений долгосрочного стационарного лечения, а также многие отделения неотложной помощи кажутся бесплодными землями. Пациенты с пустым выражением лица сидят молча, глядя на экран телевизора или вдаль. Здесь не увидишь веселья, но деятельность разума может выжить в скрытых местах. Мы с Каспером говорили о том, как нервная система человека устроена таким образом, чтобы распознавать, что «А» вызывает «В», если они скоро следуют друг за другом во времени и пространстве. Мы обсудили эксперименты с компьютерным экраном, в которых, когда две точки появляются в непосредственной близости во времени или пространстве, одна точка, кажется, вызывает движение другой.

Пока мы разговаривали, мне пришло в голову рассказать ему историю о прогулках с моими собаками — идея, которую нельзя было бы ожидать в заранее подготовленном программном методе лечения: «У меня есть две собаки, Сид и Роско. Когда я выгуливаю их по утрам, мы спускаемся на лифте и подходим к входной двери моего дома. Роско спешит вперед и кладет лапу на закрытую входную дверь, в то время как я протягиваю руку и толкаю

дверь. Я всегда полагаю, что он думает, будто это он сам открывает дверь, что это он заставляет дверь открываться». Каспер внимательно слушал и усмехнулся. Я продолжил: «Я могу понять, как вы установили причинно-следственную связь между церковью и смертями, потому что они так близко следовали друг за другом во времени и пространстве». Он присоединился к этой идее, сказав: «Думаю, церковь была бы хорошим козлом отпущения. Но с вашей собакой мы же не хотим лопнуть ее “мыльный пузырь”, не так ли? Нет ничего плохого в том, чтобы позволять псу верить, что это он сам открывает дверь». Я чувствовал, что мы наткнулись на способ говорить о защитных целях бредовой идеи. Упоминание Каспера о церкви как о возможном козле отпущения еще раз подтвердило мою убежденность в его способности исследовать свою роль в убийствах.

Детальный разбор «А»

Установив, что временная связь убийств с церковью не доказывает причинно-следственного взаимоотношения, мы перешли к «детальному рассмотрению “А”» взгляда и ощущения торнадо. Что касается взгляда, Каспер не мог вспомнить, кем был тот член церкви, и не мог описать взгляд с большей точностью, чем сказать, что он был пугающим. Я напомнил ему, что он описал этот период своей жизни как пугающий, что указывало на то, что он, должно быть, испытывал страх большую часть времени, а не только из-за взгляда. Я стал рассуждать в стиле Колумбо, возможно ли, что его чувство страха в этот период заставило его находиться в настороженном состоянии и интерпретировать этот взгляд и, вероятно, другие события как пугающие? Каспер сказал, что это возможно, но ему особенно запомнился тот взгляд. Я спросил, помнит ли он, как циклон в действительности входил в его голову, или он имел в виду, что помнил состояние, которое было похоже на то, как если бы циклон вошел в его голову (то есть идея циклона была метафорой вращающегося, беспокойного состояния ума). Он сказал «второе». Я дал ему распечатку стандартной гипнотической техники, которая объясняла, что, как правило, субъекта просят пристально смотреть на нейтральный объект, отличный от гипнотизера, в то время как субъект слушает успокаивающие слова гипнотизера, вводящие его в транс. Я сказал: «Обычно пристальным взглядом смотрит человек, которого гипнотизируют, а не гипнотизер. Для гипнотизера

было бы неслыханным вызывать гипноз устрашающим взглядом». Я подтвердил, что у меня был такой опыт в одном случае, когда меня загипнотизировали на уроке гипноза. Я добавил: «Гипнотические внушения могут побудить людей делать вещи, которые в то время кажутся глупыми, например внезапно встать и садиться, но, как известно, гипноз не побуждает людей совершать действия, противоречащие их глубочайшим моральным ценностям». Во всем этом я, скорее, пытался посеять семена сомнения, чем напрямую бросить вызов бредовой идее.

Мы вернулись к утверждению Каспера, сделанному на раннем этапе лечения: он не мог быть в здравом уме, когда напал на сестру и отца. Я снова согласился с ним в том, что это должно быть так, и снова начертил на листе бумаги две колонки с двумя разными теориями того, почему он был не в своем уме. Левая колонка называлась «Меня загипнотизировала церковь», а правая — «Психологическое состояние». Мы обсудили, что каждая теория подразумевает по поводу его безопасности и безопасности других. Каспер согласился с тем, что с церковным объяснением, если он будет держаться подальше от церкви, он никогда больше не потеряет рассудок. Это был бы план фобического поведения, направленного на поиск безопасности. Он понимал, что если психологическая теория верна, то проблема возникла изнутри и избегание церкви не гарантирует безопасности. Я сказал, что, если Комитет судебной экспертизы верит в психологическую теорию, они не будут склонны выписать его только на том основании, что он заверит, что больше не будет искать церкви.

Сеанс 12

Я спросил Каспера, как он может резюмировать нашу работу на данный момент. «Мне был нужен кто-то, с кем можно было бы поговорить, чтобы встретиться с моими демонами лицом к лицу. Читать Библию больше не больно. Церковь была виновна во всем. Я больше не буду иметь ничего общего с церковью. Они идиоты. Тогда раньше я не почувствовал опасности в церкви». Я спросил его: «Если бы вы сравнили наши две теории, церковь и психологическое состояние, как бы вы оценили свою убежденность на данный момент?» Он удивил меня: «Оба варианта на 100%! Мое психическое состояние сделало меня более уязвимым, глупым и наивным. Я должен был быть совсем болен, чтобы стать восприимчивым к ним. В наши дни мир разваливается, поэтому многие

восприимчивы к уловкам беспринципных людей. Сейчас я чувствую себя сильнее и могу противостоять любому контакту с церковью. Без сомнения, они воспользовались мной». Церковь оставалась объектом преследования, изгнание которого сулило спасение, но бредовые убеждения Каспера постепенно начали меняться.

Изменения начались с того, что Каспер смешал воедино бредовую идею с психологическим объяснением. Продолжая следить за его реакцией на исследование заблуждения, я спросил: «По мере того, как мы больше узнаем о том, что произошло, как вам кажется, какое объяснение легче принять?» Он сказал: «Я хочу смотреть правде в глаза, несмотря ни на что. Неправильно сжигать все, чтобы добраться до одного человека. Нападение на церковь принесет вред невинным людям. Наказание находится во власти Бога. Он накажет тех, кто согрешил против него». Впервые за 15 лет он заверил, что ему не нужно искать членов церкви, чтобы отомстить. В прошлом Каспер утверждал, что, если его когда-нибудь выпишут, он найдет церковь, чтобы не дать «им» причинить вред другим. Это ожидание было центральным элементом его самооценки и целеустремленности в течение десятилетий. Я прямо спросил его, считает ли он, что его психическое состояние могло быть причиной того, что случилось с его сестрой и отцом.

Сначала Каспер, казалось, не услышал того, что я сказал, но затем продолжил:

«Я не думаю, что это могло произойти без церкви. Я плакал об этом на протяжении многих лет. Я попросил священников проверить, можно ли воскресить мою семью из мертвых. Может, они летают где-нибудь, как духи. Надеюсь, однажды я увижу их снова. Я раздумывал о самоубийстве, чтобы присоединиться к ним. Однажды я плакал из-за того, что убил свою семью. Медсестра спросила меня: “О чем вы плачете?” Я сказал, что плачу из-за сестры и отца, идиотка! Я не могу здесь разговаривать с этими людьми. Они дураки».

Он привык к опекающим, а не к психотерапевтическим отношениям с персоналом.

Я сказал: «Вы не можете вернуть свою семью, но мы могли бы сказать, что посвящаете это лечение им, чтобы лучше понять, что произошло».

Каспер упомянул человека, которого он знал из больницы Valley Central и который обвинял его в смерти его семьи. Обращаясь к нашим отношениям и явлению переноса, я спросил его: «Вы когда-нибудь задумывались, виню ли я вас?» Он сказал: «Да. Я был бы опустошен, если бы вы подумали, что я лицемерный убийца, который возлагает вину на кого-то другого». В контексте реакции переноса он был обеспокоен тем, что, если бы он видел бредовую идею о церкви как спасительный способ отрицать свою ответственность, я бы отнесся к нему с презрением. Я ответил ему как можно более сочувственно: «Вы никогда не отрицали, что убили своих сестру и отца. Я вижу по тому, как сильно вы скучаете по ним и как сильно сожалеете об их смерти, что вы любили их. Я думаю, вы были бы раздавлены своей виной, если бы не с кем было разделить ее». Говоря о «разделении» его вины, я попытался донести до него, что я знал, что он принимал на себя некоторую ответственность за убийства и что он не просто обвинял в своих действиях других. Это была моя первая попытка истолковать защитное значение бредовой идеи о церкви. По тому, что я мог видеть в его истории, за 15 лет госпитализации (включая получение так называемой поддерживающей и групповой психотерапии) никто никогда не пытался помочь ему напрямую справиться с чувством вины за убийство сестры и отца. За этим сеансом последовал настоящий водоворот следующего.

Параноидная реакция

На следующей неделе, едва заняв свое место на стуле в моем кабинете, Каспер воскликнул:

«Вытащите меня из этой больницы прямо сейчас! Пациент саботирует туалет. Туалетом возможно пользоваться только в определенное время. Я хочу вернуться в Valley Central! Если бы у меня был пистолет, я бы застрелился прямо сейчас! (Он указал пальцем на свою голову, как если бы это был пистолет, и пустил воображаемую пулю себе в мозг.) Чем ближе я подхожу к выписке, тем хуже становится. Эти пациенты здесь агрессивны. Как будто они читают мои мысли. Мое желание выйти на свободу оказывается для них спусковым крючком к насилию. Это место контролируют идиоты или все же персонал? Одна из туалетных комнат сломана.

Персонал говорит, что они не будут открывать этот туалет, даже если ты наделаешь себе в штаны. То, как здесь обращаются с пациентами, губит людей. Чтобы здесь выжить, нужно держать язык за зубами!»

Я воспринял эту вспышку паранойи как реакцию не только на спартанские условия и бесчисленное множество других необходимых унижений в больнице, которые он претерпевал за эти годы, но и как реакцию на наш последний сеанс, на котором он приближался к рассмотрению своей роли в смерти сестры и отца. В более отдаленной перспективе Каспер также начинал размышлять о том, как однажды он выйдет из больницы, — надежда, которую он не питал десятилетиями. Его крик: «В этом месте мне хочется убить себя!» я интерпретировал как: «Я чувствую себя настолько обезумевшим, когда думаю о том, что я сделал со своей семьей, что не могу этого вынести, и я думаю, что мне лучше покончить с собой». Говоря объектно-ориентированным языком, он превратил персонал и других пациентов в специальные объекты преследования, которые играли ту же роль, что и церковь, на службе психологической защиты. Когда он видел себя спровоцированным на насилие другими, он сохранял фантазию о том, что естественное, ничем не спровоцированное состояние его существа не было склонным к насилию. Он проецировал свое нежелание покинуть больницу в мысленном представлении о персонале, в представителях которого видел попытки вызвать его гнев, чтобы оправдать его удержание в больнице. Он подавил свои опасения по поводу выписки из больницы с помощью объектного повествования: «Я хочу уйти, но меня не отпустят». Его гневное обвинение «Нужно держать язык за зубами», я понял как идею того, что, чтобы выжить в больнице, вы должны «не высываться» и терпеть унижения без жалоб. За послушной внешностью «хорошего пациента», который не был «проблемой для управления», скрывались 15 лет подавляемой ярости человека, который чувствовал, что церковь и система психического здоровья отняли у него взрослую жизнь.

Я был обеспокоен тем, что разворошил осиное гнездо паранойи, разговаривая о сестре и отце Каспера, но я доверял нашему психотерапевтическому альянсу и был уверен, что защита Каспера оградит его от большего, чем он может вынести. Я продолжил. Я решил временно отвлечься от заряженной темы убийств

и обратился к цели выписки Каспера из больницы. Я сказал: «Я не могу контролировать условия здесь, в отделении, но я могу продолжать работать с вами в направлении выписки, если вы этого хотите, и после этого у вас будет больше контроля над своей жизнью». Он ответил:

«Я далек от выписки! Я даже не могу гулять по территории больницы. Там, в мире, для меня ничего нет. Дженис Джоплин умерла. Моей семье больше нет. Для меня ничего нет. Вы даете мне некоторую надежду, но, если вы не сможете починить унитаз, я потеряю веру. (Он поставил условия для того, чтобы я продолжал быть хорошим объектом.) Я должен постоянно контролировать себя. Я должен быть бдительным. Вы можете ходить по улице, не думая о том, кто вас ударит. Я не могу этого делать».

В этих комментариях я услышал как его ужас перед возвращением в мир, от которого он был далек в течение 15 лет и которого он не знал, так и его зависть к моей легкой жизни. Он представлял мир как противника, скрывающегося и готового напасть.

Эксперимент «Выход из отделения»

Я спросил Каспера, как часто он покидает стационар. Он сказал, что никогда: из опасения, что на него кто-то нападет. В своем отделении он знал, какие пациенты склонны к жестокости и как их избежать. «Что если я буду идти по тротуару, и меня кто-то ударит — бац!» Я проконсультировался с медперсоналом и узнал, что у Каспера были привилегии к неограниченному передвижению по территории больницы, которые он никогда не использовал. Я предложил провести эксперимент, чтобы проверить его безопасность за пределами отделения. Он признал, что никогда не подвергался нападению в тех немногих случаях, когда покидал стационар. Мы договорились, что следующий сеанс проведем в неспешной прогулке по территории больницы. Он согласился, что вряд ли кто-нибудь нападет на него, если я буду рядом.

На следующей неделе мы спланировали наш маршрут и отправились в путь. Я оформил нашу научную прогулку несколько мелодраматично. Я сказал Касперу, что буду носить с собой блокнот. Если он почувствует угрозу со стороны кого-то, с кем мы встречались, я предлагал ему рассказать мне, что именно он видел, что указывало на опасность, когда мы проходили мимо, и я запишу

это, пока все свежо в его памяти. Как я и ожидал, прогулка прошла без происшествий. Я спросил его, сколько раз нам нужно будет повторить наш маршрут, прежде чем он сможет почувствовать себя в безопасности. Он сделал паузу и сказал: «Наверное, 25 раз». Я глубоко вздохнул и приготовился к долгому пути. К счастью, когда он вернулся на наш сеанс на следующей неделе, он уже дважды свободно воспользовался своими привилегиями и совершил прогулку за пределами отделения — впервые с момента его госпитализации.

Параноидная вспышка утихла, и он стал с воодушевлением стремиться получать допуски для прогулок и двигаться к выписке. Я решил вернуться к бредовой идее о церкви не напрямую, а через обсуждение психических заболеваний в целом. Каспер знал, что ему поставили диагноз «шизофрения», но после 15 лет пребывания в больнице все, что он мог сказать об этом, было: «Это расщепление личности. Химический дисбаланс». Я рассмотрел с ним типичные признаки и симптомы шизофрении. В конце сеанса я сказал, что принесу ему несколько страниц из книги Малкольма Бауэrsa «Отступление от здравомыслия» (Bowers, 1974), в которой описаны состояния замешательства, которые люди иногда испытывают при психозе. Мы вместе прочитали отрывок на следующей встрече. Он постучал пальцем по странице перед собой и сказал: «Это я!» Мы установили связь между его состоянием «я был не в своем уме», глубоким замешательством и психическим заболеванием.

Я вернулся к странице с двумя колонками с альтернативными объяснениями убийств: одна — с церковью, а другая — с психическим заболеванием как состоянием глубокого замешательства. Затем использовал технику цепочки логических выводов КПТп и спросил его: «Вы бы предпочли, чтобы какое объяснение было правдой? Как вы надеетесь, что является правдой?» Он ответил: «Какое объяснение делает меня менее виновным?» Я думал, что мы движемся к тому, чтобы он согласился с объяснением психического заболевания, но он удивил меня, приняв противоположный курс. «Если я убил сестру и отца из-за церкви, я был легковерным дураком, как Патти Херст (Патрисия Кэмпбелл Херст — внучка американского миллиардера, жертва похищения, террористка, судимая за ограбление банка, считается классическим примером так называемого стокгольмского синдрома. — *Науч. ред.*). Если я убил их из-за психического заболевания, я — отброс общества

и должен гореть в аду». Еще один непредвиденный поворот в психотерапевтическом путешествии. Психически больным не должно быть прощения! Но когда дела идут тяжело, психотерапевтам нужно поддерживать друг друга, чтобы найти силы продолжать.

Сеанс 20

Следующую встречу я начал с общего и открытого вопроса: «Несут ли психически больные люди ответственность за свои действия, когда они совершают преступления?» Он ответил: «Мой адвокат сказал мне признать себя виновным по причине невменяемости. Я сделал то, что он сказал, но я никогда толком не понимал, почему он сказал мне это сделать. Они сказали мне, что у меня шизофрения, но я убил сестру и отца из-за церкви». Мне пришло в голову предложить ролевую игру. Я недавно видел по телевизору репортаж о женщине, которая утверждала, что является женой известного комика Дэвида Леттермана, и была не в первый раз насильственно выведена из его дома представителями власти. Я спросил его, знает ли он об этом деле, и он ответил, что знает. Я предложил ему: «Давайте разыграем сцену в зале суда. Вы судья. Я буду адвокатом этой женщины». Я встал со своего обычного стула за столом и предложил ему поменяться местами. Он сделал это с некоторым удовольствием. Я продолжил: «Хорошо, судья Каспер. Я собираюсь представить вам три разные версии дела этой женщины, чтобы увидеть, каково будет ваше суждение». В первом случае женщину забрала полиция и в процессе никто не пострадал. Я спросил судью Каспера: «Следует ли наказать ее или ей нужно лечение?» Он улыбнулся, наслаждаясь своим новым положением, и сразу сказал: «Ей нужна помощь. Она должна пройти курс лечения». Версия вторая: «Один из полицейских получил легкую травму, пытаясь арестовать ее». И снова судья Каспер вынес решение о лечении. В финальной версии, которую читатель, вероятно, предвидит, психически больная женщина убивает одного из полицейских кочергой в гостиной. «Следует ли назначить ей лечение или приговорить к наказанию?» Взгляд Каспера потемнел, когда он торжественно принял свое суждение. Он замолчал на мгновение, а затем продолжил: «Мне нужно узнать больше, прежде чем я смогу решить». Я спросил, что ему нужно знать. Он сказал: «Она преднамеренно убила полицейского?» Я сказал, что нет. Он сказал: «Тогда ей нужно лечение». Читатель может предвидеть и мой следующий вопрос. Я спросил: «Вы заранее продумали

смерть своих сестры и отца?» Он сказал «нет», его глаза были опущены. Этот сеанс оказался поворотным моментом в его лечении.

На следующей неделе я прибыл в больницу, с каменными готическими шпилями над головой, с большим, размером с палец скелета, средневековым ключом от двери отделения в руке, в надежде, что Каспер сможет направить ролевою игрою в сторону личного прощения. Он с энтузиазмом встретил меня у дверей. Он был одет иначе, чем обычно, в темную водолазку и синий пиджак. Государство разрешало пациентам копить деньги от небольших субсидий и заказывать вещи онлайн. Так сказать, он был одет в свое лучшее облачение. Как только я вошел в отделение, он сказал тоном, полным заметной срочности: «На этой неделе я начал говорить с Богом!» Страх пронзил меня. Неужели в нашей работе я слишком сильно давил на него и это вызвало галлюцинации? Когда он продолжил, мой страх превратился в тихую радость за него. «После того как я убил своих сестру и отца, я не мог молиться. Бог перестал слышать мои молитвы. И читать Библию я тоже больше не мог. На этой неделе Бог снова стал меня слышать! Я смог молиться и знаю, что Бог слышит меня». Я спросил: «Бог говорил с вами напрямую? Вы слышали голос Бога?» Он сказал: «Нет. Это было не так. На этой неделе ко мне вернулась способность молиться, это ощущение, как это было много лет назад. Теперь я знаю, что, когда я умру, я снова увижу мою семью!» Он заплакал. Я тоже прослезился. С точки зрения объектных отношений на предыдущем сеансе он отождествлял себя со снисходительным судьей, который предписывал лечение, а не наказание за психическое заболевание, вызывавшее склонность к насилию. Затем он отождествил себя с психически больной женщиной, которая убила кого-то без умысла, и в этом зале суда мысленно назначил Бога своим судьей. Бог простил его и вынес решение в пользу лечения, а не наказания. Продолжительная работа в психотерапии позволила Касперу создать «хороший объект», который любил его, несмотря на его преступления.

Я принял сознательное решение не исследовать какие-либо негативные чувства, которые Каспер мог испытывать к своей сестре и отцу, поскольку ни одно из них не всплывало на поверхность за месяцы нашей работы. Я продолжал видеться с ним еженедельно в течение следующих двух месяцев, затем реже. Его достижения сохранялись. Он начал принимать участие в мероприятиях вне отделения, в том числе в больничном почтовом отделении

и в огороде, где получал положительные отзывы от руководителей. Он вошел в многослойный уровень постепенного получения все более независимых пропусков из больницы, которые в конечном итоге привели к выписке. Он покинул территорию больницы впервые за 15 лет, чтобы посетить кинотеатр с группой пациентов. Через два года после того, как он начал свою психотерапию, он приобрел достаточное доверие Комитета судебной медицины для принятия положительного решения о его выписке. Я пообещал ему, что, когда дата его выписки будет определена, я встречу с ним в местном кафе Dunkin Donuts недалеко от территории больницы. Мне было очень приятно видеть, как он идет к прилавку и делает заказ, свободный человек, достаточно здравомыслящий, чтобы жить в этом мире. Он повернулся ко мне и спросил: «Можно мне заказать дюжину?» Я сказал: «Конечно! А для меня закажите пончик с джемом». Я знал, что он не собирался делиться своей дюжиной пончиков с другими пациентами, но это тоже было полностью прощено. Его выписали в реабилитационный центр, а затем в интернат.

В части III этой книги я описываю текущее состояние государственной системы охраны психического здоровья и предлагаю образец для реализации программы амбициозной психотерапии психоза.

ЧАСТЬ III
ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОЗА
В ГОСУДАРСТВЕННОМ СЕКТОРЕ

Глава 16

ТЕКУЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Большинство страдающих психозом людей получают психиатрическую помощь в городских, штатных или федеральных больницах, дневных стационарах, клиниках и тюрьмах. Медицинская помощь таким пациентами сосредоточена в государственном секторе как по экономическим, так и по клиническим причинам. Во-первых, пожизненные затраты на одного пациента с диагнозом «шизофрения» оцениваются на человека в 302 812 долларов прямых расходов на здравоохранение (Langley-Nawthorne, 1997), что превышает пожизненные сбережения большинства людей; это сумма, которую могут позволить себе только очень состоятельные люди и которую не сможет обеспечить ни одна частная страховая компания. Эти расходы может нести только правительство. Во-вторых, лечение острого и хронического психоза требует интеграции многих уровней междисциплинарной помощи, начиная от стационарных программ и заканчивая программами реабилитационного ухода за больными и амбулаторными клиниками, включая целый ряд организаций, профессиональных дисциплин и вспомогательных служб, к которым сложно получить доступ и которые тяжело финансировать частнопрактикующему специалисту. Таким образом, медицинская помощь при психозе оказывается в государственном секторе, и это останется так в обозримом будущем.

Если психотерапия должна оказать значительное влияние на лечение страдающих психозом пациентов, она должна

проводиться в государственном секторе. Если кто-то серьезно относится к реализации программы психотерапии психоза в государственном секторе, ему необходимо понимать возможности для достижения этой цели и препятствия, которые встают на пути. Моя критика нынешних условий не должна восприниматься как пренебрежительное отношение к усилиям бесчисленных преданных своему делу профессионалов, работающих в государственном секторе охраны психического здоровья. Пациентам и их семьям было бы намного хуже, если бы не лечение, которое проводится в настоящее время. Хотя пациенты и их семьи получают значительную ценную помощь, она могла бы быть лучше, особенно в плане амбициозной психотерапии. Мое описание государственной психиатрии сосредоточено на этом аспекте лечения.

Текущее состояние дел

Даунинг (Downing, 2017) обобщил историю государственной психиатрии и охраны психического здоровья населения со времен Второй мировой войны. Солдаты, которые страдали психическими расстройствами в результате сильного стресса войны и не могли жить в обществе самостоятельно, оказались в стационарах длительного пребывания. В Соединенных Штатах развивалась система психического здоровья, в которой неотложная помощь в большинстве случаев находилась в ведении местных или муниципальных организаций, в то время как лечение хронических заболеваний осуществлялось государственной системой крупных медицинских учреждений; эти небольшие деревушки душевнобольных часто располагались в сельской местности, где земля была дешевле, а пациенты менее заметны. Появление хлорпромазина в 1950-е годы позволило штатам с небольшим бюджетом начать снижение затрат на стационарное лечение за счет деинституционализации: они начали выписывать пациентов в районные центры психического здоровья, которые, как ожидалось, будут заботиться о них в пределах своей обозначенной «зоны обслуживания». Эта политика была приведена в действие с малым вниманием к координации социальных, экономических, политических и клинических элементов, отвечавших за ее реализацию (Shadish, 1984). В духе движения за гражданские права, которое было ведущим в общественном сознании в то время, некоторые

специалисты по разработке политики связывали госпитализацию с потерей свободы, в то время как другие считали, что опустошение учреждений вернет личную автономию хронически психически больным. Однако вместо того чтобы восстанавливаться в сообществе, многие хронические пациенты оказались в тюрьмах, в приютах для душевнобольных или в домах престарелых, где пациенты содержались, но не получали достаточного лечения, кроме лекарств.

Деинституционализация сэкономила деньги Штатам, но принесла мало хорошего в качество жизни больных психозом. По мере роста количества самоубийств в Соединенных Штатах количество больничных коек уменьшилось (Bastianpillai, Sharfstein & Allison, 2016). Когда либеральный дух 1960-х и 1970-х уступил место более консервативным временам 1980-х и 1990-х годов, финансирование общественных центров психического здоровья с полным спектром услуг сократилось. Чтобы оставаться платежеспособными, независимые амбулаторные клиники должны были настроить свои клинические услуги так, чтобы получать достаточный доход от программ Medicaid и Medicare. Психиатры — самые дорогие поставщики услуг по охране психического здоровья. В обычной модели 200 или более амбулаторных пациентов назначались одному психиатру, который проводил редкие «медицинские осмотры» и выписывал рецепты, в то время как менее дорогие специалисты, такие как психологи, социальные работники, психиатрические медсестры и другие специалисты в области психического здоровья, предоставляли различные другие виды терапии и прочие услуги. Эта модель широко распространена сегодня: психиатр несет общую медицинскую/юридическую ответственность за пациентов, берет на себя инициативу в экстренных ситуациях, проводит «медицинские осмотры», выписывает рецепты и подписывает заявки на получение льготных услуг, но от него не ожидается проведение какой-либо амбициозной психотерапии и у него нет на это времени. Помимо ограниченной доступности людских ресурсов, многие пациенты в государственном секторе сталкиваются с неравенством в доступности эффективной психиатрической помощи из-за недостаточного финансирования, множественных пунктов доступа, которые фрагментируют оказываемую помощь, а также из-за несоответствия первичных потребностей пациентов и предлагаемых услуг и неверных представлений в обществе

о том, чего можно ожидать от персонала клиники (Legria, Alvarez, Pecosolido & Canino, 2017).

Моя оценка текущих условий в сфере государственной психиатрической помощи основана на 35-летнем опыте работы клиницистом и психиатрическим администратором в государственных больницах Нью-Йорка. Государственные больницы и клиники несут ответственность за лечение всех желающих, независимо от тяжести заболевания или платежеспособности. В отличие от частной практики, где врачи могут оценивать пациентов и ограничивать количество обращений, двери государственных отделений неотложной помощи открыты для всех, кто обращается за помощью. Как только пациенты приняты, государственные учреждения несут за них ответственность. По сути, специалисты в области психического здоровья подписали негласный социальный контракт с обществом, чтобы медиализовать широкий спектр человеческих страданий, вызванных социальными недугами, такими как бедность, расизм, неравные возможности для получения образования и работы, а также физическое и сексуальное насилие. Все такие состояния предрасполагают к психозу. Биологические модели, излишне сосредоточенные на человеке без ссылки на неблагоприятный жизненный опыт и социальные условия, например концепция шизофрении как по существу генетически детерминированного заболевания мозга, локализуют проблему в человеке, а не в расширенной семье и социальной системе, членом которой является этот гражданин. Когда проблема находится в биологии пациента, возникает вопрос: «Что с тобой не так?», который ведет к лекарственной терапии, а не вопрос: «Что с тобой случилось?», который ведет к психотерапии.

В связи с этим я вспоминаю 15-летнюю девушку, которая в три года получила сильные ожоги ног; ее зависимая от кокаина мать воспитывала пациентку и ее брата без поддержки их отца, который находился в тюрьме. По нисходящей спирали травм, передаваемых из поколения в поколение, мать, находясь в кокаиновом тумане, оставила дочь без присмотра в ванне с открытым краном с горячей водой, результатом чего стали деформирующие шрамы, которые нанесли девочке физический и эмоциональный вред. При поступлении в больницу 15-летняя девушка сообщила о галлюцинациях, которые приказывали ей покончить с собой, об идеях суицида и бреде о том, что ее мать не была ее настоящей матерью. Эти симптомы соответствуют диагностическим критериям

шизофрении, но диагноз «серьезный физический и психический вред, нанесенный в раннем возрасте из-за глубочайшей недостаточности родительского ухода» может рассматриваться как информативная возможность. Логично задаться вопросом, страдает ли пациентка заболеванием головного мозга или с ней случились очень плохие вещи, повредившие ее ноги, разум и мозг. В значительной степени государственная психиатрия оказывает помощь людям, которые серьезно пострадали, чьи эмоциональные шрамы принимают форму психических заболеваний. Этим людей выносит на берега отделений неотложной помощи нашей больницы, где врачи рассматривают накопленные ими страдания как болезни.

Пациенты, представляющие значительный риск для себя или других, часто попадают в государственный сектор. Частные врачи, конечно, будут беспокоиться о любом пациенте, входящем в группу риска, но у них есть возможность направить пациентов из группы высокого риска в стационар для прохождения длительного лечения, когда порог риска превышен. В государственной психиатрии такой возможности нет: это последний рубеж. Поступив в государственный сектор, пациенты с психотическими расстройствами, как правило, там и остаются. Сюда можно отнести и значительное число психически больных людей, которые в настоящее время содержатся в нашей пенитенциарной системе.

Дни, проведенные в стационаре, — самая затратная статья в государственной медицинской помощи. Соответственно, сторонние плательщики стремятся сократить расходы, оказывая давление на больницы, чтобы те уменьшили продолжительность пребывания больного в стационаре (*length of stay* — LOS). Например, в 2014 году в сотрудничестве с федеральным правительством штат Нью-Йорк реализовал программу поощрительных выплат в связи с реформой системы здравоохранения (*Delivery System Reform Incentive Payment* — DSRIP), направленную на сокращение использования больничного лечения на 25% за 5 лет. Чтобы избежать финансовых штрафов, государственные больницы должны сократить продолжительность пребывания пациентов в стационаре и количество повторных госпитализаций. Есть только два способа уменьшить LOS: повысить эффективность стационарного лечения, чтобы ускорить ремиссию, или переместить лечение, которое пациенты обычно получают в последние недели госпитализации, в амбулаторные центры. У персонала нет возможности ускорить клиническое улучшение в больнице за счет

повышения «эффективности». Время, необходимое нейролептикам для уменьшения острых психотических симптомов, известно десятилетиями и не изменилось. Хотя некоторый эффект может наблюдаться в течение нескольких дней, обычно нейролептикам требуется 3–4 недели или более, чтобы проявить полный эффект. Даже когда острая симптоматика утихает, часто остаются значительные остаточные симптомы. В полностью рациональном мире стандарты продолжительности пребывания будут отражать кривизну реакции на лечение, а не финансовые стимулы, которые заставляют некоторые больницы преследовать достижение целевых показателей LOS, составляющих всего 5–7 дней.

Порочный круг «вращающихся дверей» в системе здравоохранения

Если нет возможности быстро вылечить страдающих психозом людей, единственная оставшаяся стратегия снижения LOS — это перевести лечение, которое пациенты в противном случае могли бы получить на последней неделе (неделях) госпитализации, в амбулаторные условия. В этой стратегии критерии выписки фокусируются на опасности пациента для себя или других, а не на разрешении психотических симптомов.

Мейсон, 26-летний мужчина с историей многократных госпитализаций в психиатрическую больницу по поводу психоза, сообщил при поступлении, что слышал голос Бога, подтверждающий, будто знакомая женщина, которая отвергла его романтические намерения, отправляла ему телепатические сообщения, приглашая к сексуальному насилию над ней. Было сочтено, что Мейсон готов к выписке после двух недель приема нейролептиков, когда он больше не говорил о том, что слышал голос Бога или получал сообщения от женщины. В беседе, посвященной психологии его кажущегося восстановления, Мейсон добавил, что Бог все еще приходил к нему во сне. Он считал, что его сны не были созданы им самим, а являлись закодированными посланиями от Бога. Он сказал, что занял выжидающую позицию в отношении того, что может в будущем приказать ему Бог в отношении женщины и других вопросов. Он отрицал, что был психически болен, и не видел причин для продолжения приема лекарств после выписки, хотя в то же время он, казалось, был согласен и обещал придерживаться назначенного медикаментозного лечения.

Заключение подписавшего бумаги о выписке психиатра о том, что Мейсон больше не представляет непосредственного риска для

себя или других, было, вероятно, верным. Если продолжать удерживать его в стационаре дольше, его LOS увеличится, но можно ожидать неприятностей впереди. Хотя лекарства, по-видимому, смягчили самые яркие из острых психотических симптомов, к моменту выписки у Мейсона не восстановилось чувство личной ответственности за свои действия. Он спокойно ждал, что Бог направит его через сны. Мейсон еще не начал прорабатывать свою реакцию на отказ той женщины от него (процесс, который потребовал бы психотерапии). При поступлении эта реакция включала фантазии возмездия, которые Мейсон для удобства превратил в приглашение жертвы изнасиловать ее. Поскольку он не видел смысла в приеме своего лекарства, была высокая вероятность того, что он прекратит прием после выписки, испытает психотический рецидив, при котором голос Бога и телепатия вернутся, взяв над ним контроль, а стационарная служба встретит его снова — хотелось бы надеяться, без вреда, нанесенного кому-либо в промежутке между госпитализациями. Система «вращающихся дверей» медицинской помощи создает одно неадекватное лечение за другим.

Профессиональное выгорание и текучесть кадров

Когда из-за более коротких целевых показателей LOS пациенты выписываются преждевременно, амбулаторные услуги должны адаптироваться к приему таких больных, как Мейсон, у которых в среднем после выписки наблюдаются более острые и остаточные психотические симптомы, чем было бы в случае, если бы разрешалось более длительное пребывание пациентов в стационаре (LOS). Для ухода за менее стабильными пациентами амбулаторные клиники превращаются в амбулаторные центры неотложной помощи, где клиницисты уделяют больше внимания кризисным ситуациям и управлению рисками и меньше амбулаторной психотерапии по предварительной записи. В этой системе поставщики амбулаторных услуг становятся специалистами по контролю риска «для себя и других». Пациентам в плохом состоянии требуется больше времени. При средней загрузке медицинских работников первичного звена, нередко превышающей 80 пациентов, большая часть рабочего дня медицинского работника занята документацией и соблюдением правил, а не прямыми контактами с пациентами. Нет возможности для проведения непрерывной психотерапии с амбициозными целями.

Когда в клинических службах не хватает персонала, разочарованные сотрудники начинают искать другую работу. Когда сотрудники уходят и их должности не заполняются новыми кадрами, нарастает напряженность. Когда администраторы не могут нанять новый персонал из-за отсутствия финансирования, фактически наложившего мораторий на наем новых сотрудников, или когда руководители не могут обещать достаточно высокую заработную плату, чтобы удержать персонал, они могут предложить некоторым оставшимся сотрудникам повышение в должности в качестве стимула остаться. Младшему персоналу может быть присвоено новое звание, вызванное нехваткой кадров, наряду с умеренным увеличением заработной платы. Персонал, который соглашается на эту сделку, решаясь взять на себя обязанности врача, который только что уволился, существенно удваивает свою рабочую нагрузку. Для оставшихся сотрудников, с повышением или без повышения по службе, объем работы становится непомерным. Чтобы покрыть неадекватно укомплектованные медицинские службы, клиницисты вынуждены выполнять перекрестный охват нескольких служб. Полностью укомплектованные кадрами клинические службы разрушаются, чтобы покрыть дефицит в других частях системы. Коллега-психиатр недавно сообщила мне, что она решила искать другую работу, потому что через 6 месяцев после принятия дополнительных клинических обязанностей ей сообщили, что ее повышение и продвижение по службе «не состоялось». Чувствуя себя использованной и преданной, коллега решила найти другую должность, что приведет к дальнейшему скольжению вниз в порочном круге нехватки кадров. Еще одна талантливая и преданная своему делу коллега, когда ее попросили в одиночку покрывать три неотложных стационарных отделения, достигла предела, который заставил ее искать другую работу.

Циклы бюджетных поступлений и истощения ресурсов

Финансирование государственных больниц увеличивается и уменьшается в зависимости от того, какие политики находятся у власти и какая налоговая база доступна в данный момент. Трагический исход пациента, который приводит к значительной негативной огласке, если страдающий психозом человек убивает кого-либо или совершает драматическое самоубийство или когда отмечается особенно вопиющее упущение медицинской помощи, которое привлекает внимание общественности, может

побудить руководителей высшего звена в административной цепочке выделить по собственному усмотрению ограниченные средства для решения общественно воспринимаемых проблем, связанных с качеством медицинской помощи. Когда это случается, может происходить быстрое вливание денег, которое приводит к заполнению вакантных должностей и поддерживает другие потребности больницы. Затем обязательно наступит период интенсивной внешней и внутренней регулятивной проверки. Будут написаны протоколы, внедрены новые правила, и от персонала потребуется заполнение обширной документации, необходимой для подтверждения соблюдения плана коррективных мер. При наличии адекватного персонала качество медицинской помощи улучшится, несмотря на возросшее нормативное бремя. Если больница продемонстрирует соблюдение нормативных протоколов в течение определенного периода и если не произойдет никаких дополнительных нежелательных клинических событий, внешний регулирующий контроль ослабнет, оставив после себя административные требования и протоколы документации, заполнение которых может занимать половину рабочего времени практикующих врачей первичного звена.

По мере того как больница выходит из ореола негативной огласки и внешнее наблюдение исчезает, прекращается и финансирование. Деньги уходят, а нормативные требования остаются. Уволившиеся сотрудники никем не заменяются. Оставшийся персонал будет удерживать положение, но качество ухода будет снижаться до тех пор, пока следующее вливание государственных денег не оживит состояние больницы: будь то в ответ на новую клиническую трагедию или из-за изменения политического климата. По моему опыту, этот цикл вливания чрезвычайных ресурсов, чередующийся с финансовым истощением, повторяется с периодичностью 5–10 лет.

В связи с тем, что в клинике находится больше пациентов в остром состоянии и все время прибывают новые пациенты, администраторам, которым не предоставлены дополнительные финансовые ресурсы для удовлетворения растущих клинических потребностей в амбулаторных клиниках, может не оставаться ничего, кроме как просить поставщиков услуг «делать больше с меньшими затратами» или, на жаргоне корпоративных консультантов, которых часто вызывают в роли советников: «В наши дни вам нужно стать тощим и злым, чтобы оставаться

конкурентоспособным в сфере здравоохранения!» Тощий и злой? Вот это моральный компас для психического здоровья!

Пациенты понимают эту игру в кошки-мышки. Преследуя цель не попасть в больницу, если они достаточно хорошо себя чувствуют, чтобы скрывать правду, пациенты избегают рассказывать своим психотерапевтам что-либо, что могло бы вызвать опасения последних или повлечь цепочку большего количества лекарств, посещения клинической бригадой на дому или госпитализацию. Амбулаторные врачи, основная задача которых — мониторинг безопасности, скорее, переоценивают, чем недооценивают риск. Иногда госпитализация необходима и спасает жизнь. Но постоянная озабоченность сдерживанием и подавлением с помощью лекарств мыслей о вреде себе и другим, которая заставляет пациентов скрывать свои чувства, оставляет мало места для изучения психологических истоков самоповреждающих страданий, что во многих случаях было бы наиболее эффективным вмешательством для «управления рисками», которое способен предложить психотерапевт. Иногда предотвращение трагедии, замена бдительностью эффективного лечения, которое может включать амбициозную психотерапию, не гарантирует безопасности.

Давление со стороны нормативов LOS загоняет государственную систему психического здоровья в иронический тупик. Персонал стационара говорит: «Чтобы снизить LOS для достижения целей, поставленных сторонними плательщиками, мы должны выписывать пациентов, как только они больше не представляют непосредственного риска для себя или окружающих. Остаточные психотические симптомы пациента можно лечить в амбулаторных условиях». Врачи амбулаторных клиник говорят: «У нас так много пациентов, и мы тратим так много времени на управление кризисными ситуациями, что нет возможности для проведения амбициозной долгосрочной психотерапии. Наша основная задача — отслеживать амбулаторных пациентов из группы высокого риска и госпитализировать их, когда они начинают терять контроль». Философия стационарного лечения «Выпиши их быстрее!» в сочетании с принципом «Госпитализируй их как можно скорее!» философии амбулаторного лечения оставляет пациентов с хроническим психозом в подвешенном состоянии в тревожных ожиданиях между стационарными и амбулаторными учреждениями; при этом больные не получают окончательного лечения ни в одном из них.

При оценке результатов в государственной психиатрии, как правило, основное внимание уделяется управлению рисками, сокращению LOS, уменьшению количества повторных госпитализаций и исчерпывающей документации, а не качеству жизни пациента в долгосрочной перспективе. Когда восстановление — редкость и значительное долгосрочное улучшение является исключением, меры по обеспечению качества медицинской помощи неизбежно переходят от уменьшения остаточных симптомов и повышения качества жизни к документированию соблюдения административных процессов и историй болезни. Другими словами, персонал «лечит историю болезни», а не пациента. Нередко электронная медицинская карта, включая разного рода бланки, историю болезни и лабораторные показатели за одно посещение отделения неотложной психиатрической помощи, превышает 50 страниц, большая часть которых носит общий характер и формальна. Такие карты обычно содержат информацию о симптомах и лекарствах, но дают мало тонкого психологического понимания ситуации пациента, которое было бы полезно при лечении. Объем документации, необходимой клиницистам, чтобы показать, что все протоколы были соблюдены, создает иллюзию (измеряемую в огромных гигабайтах и количестве страниц), что проводится очень активное лечение.

Внешние инспекторы, оценивающие качество медицинской помощи, обычно не задают конкретных вопросов о показателях общего качества жизни пациента. От инспектора было бы удивительно услышать: «Этот человек страдал хроническим психозом, депрессией и периодически проявлял склонность к самоубийству в течение последних пяти лет. Почему этот человек не хочет жить, несмотря на все приложенные усилия со стороны вашей больницы? Учитывая ваше понимание ограниченного успеха стратегии лечения до сих пор, что ваша команда сделала по-другому после последней госпитализации пациента, что, по вашему мнению, имеет реальную возможность улучшить результат?» Как правило, инспекторы спрашивают: «Когда пациент сообщил о суицидальном поведении, заполнил ли персонал соответствующие формы оценки риска, действовал ли в соответствии с политикой больницы и задокументировал ли в карте в установленные сроки, что врачи следовали протоколам управления рисками?» Когда трудно найти примеры положительных клинических исходов, а врачи рационализируют плохие результаты как отражение

болезни, а не как несоответствие лечения, возникает терапевтический пессимизм и внимание администрации больницы, клиницистов и инспекторов смещается с долгосрочного улучшения качества жизни пациента к соблюдению краткосрочных процедур.

Я считаю, что это описание точно отражает среднее состояние дел в области психического здоровья населения на сегодня. Следует сказать, что США тратят на сферу охраны психического здоровья больше, чем большинство развитых стран. Различные больницы сталкиваются с неодинаковыми проблемами, и многие специалисты разработали инновационные решения для улучшения медицинского обслуживания. Любая государственная больница, которая видит только минимально отражение своей деятельности в приведенном выше описании, должна быть взята в качестве примера для подражания по всей стране и открыть свои двери для посетителей.

Роль психотерапии в государственном здравоохранении

Маловероятно, что администраторы будут приветствовать психотерапию, если психотерапевты не помогут решить серьезные проблемы, с которыми сталкивается администрация больницы.

Вот пять таких проблем, в которых может помочь психотерапия:

1. Сокращение повторных госпитализаций;
2. Снижение уровня насилия;
3. Безопасная выписка долгосрочно находящихся в стационаре пациентов;
4. Достижение клинического улучшения амбулаторных пациентов с хроническим психозом и уменьшение выгорания персонала;
5. Сокращение количества повторных госпитализаций.

Лечение пациентов, часто и многократно госпитализируемых в стационары неотложной помощи, поглощает значительную часть ресурсов системы охраны психического здоровья. Финансирующие учреждения, пациенты и врачи разделяют одну цель — желание, чтобы пациенты по возможности жили в обществе.

Когда человека повторно госпитализируют, ожидается, что терапевтическая бригада спросит: «Что мы могли бы сделать иначе, чтобы обеспечить лучший исход для этого пациента?» Предположение системы о том, что врачи, осуществляющие первичный уход, будут знать, как ответить на этот вопрос, возлагает ответственность на группу лечения, а не на систему психического здоровья в целом. Тот факт, что в каждой государственной больнице есть когорта так называемых часто летающих пассажиров, которые часто требуют повторной госпитализации, говорит о том, что даже для опытного персонала не всегда очевидно, что можно сделать по-другому. Если бы это было очевидно, то таких «часто летающих» не было бы.

Когда персонал стационара думает о том, что сделать иначе для часто возвращающихся пациентов, обычно рассматривается одна или несколько из следующих возможностей.

1. *Неправильный диагноз.* Верен ли диагноз пациента? Если нет, обеспечит ли смена лекарств, основанная на пересмотренном диагнозе, или какое-либо другое изменение в плане лечения, продиктованное измененным диагнозом, более выгодные условия проживания больного в сообществе?
2. *Злоупотребление психоактивными веществами.* Является ли рецидивирующее злоупотребление психоактивными веществами вероятным триггером повторных психотических симптомов, и если да, то почему предыдущие попытки справиться со злоупотреблением психоактивными веществами были безуспешными?
3. *Пациент перестал принимать лекарства.* Перестал ли пациент принимать лекарства из-за злоупотребления психоактивными веществами, что привело к рецидиву психоза? Или пациент прекратил прием лекарств по какой-либо другой причине (например, из-за невыносимых побочных эффектов, бредовых представлений о лекарствах или из-за отсутствия у пациента улучшения качества жизни после приема лекарств)?
4. *Отсутствующий компонент в системе амбулаторной клинической службы.* Отвечали ли амбулаторные услуги, предоставленные пациенту в рамках плана предшествующей выписки, его потребностям? Если к плану лечения пациента будут добавлены Группа ассертивного лечения в сообществе (Assertive Community Treatment Team — группа АСТ),

Программа обязательного амбулаторного лечения (Assisted Outpatient Treatment — АОТ), Дневные программы (Continuing Day Treatment Program) или проживание в общежитии с поддержкой, продлится ли его период функционирования в обществе?

5. *Отсутствующий компонент в месте жительства.* Если бы в отношении жилья пациента были приняты другие меры, способствовало бы это продлению срока проживания в сообществе?
6. *Семейная динамика.* Стал ли причиной повторной госпитализации пациента какой-либо семейный процесс?
7. *Нерешенные психологические проблемы.* Стала ли причиной повторной госпитализации психологическая проблема, которую не удалось решить в процессе лечения? Спровоцировала ли психотические симптомы давно присутствующая проблема или причиной стало недавнее неблагоприятное событие в жизни?

Излишне говорить, что психологические проблемы могут лежать в основе злоупотребления психоактивными веществами и прекращения приема пациентом лекарств, а также играть роль в динамике семьи, которая предрасполагает к повторной госпитализации. Именно психологическая составляющая плана лечения чаще всего остается без внимания.

Хотя свежая оценка иногда имеет существенное значение, изменение плана лечения редко превращает «часто летающего» больного в стабильного амбулаторного пациента, особенно когда психологические проблемы не решаются. Персонал всегда делает все возможное, пытаясь соткать из соломинки золотую нить. Один психиатр, хватаясь за соломинку, прописал пациенту в состоянии кататонии лоразепам; это была бы разумная идея, за исключением того, что пациент находился в кататоническом состоянии и не реагировал на бензодиазепины во время предыдущей госпитализации. Действующий из лучших побуждений сотрудник, обсуждая пациента, который жил со своей матерью и который, казалось, находился вне рамок конструктивного влияния кого-либо, предложил, чтобы на этот раз мать была направлена в группу поддержки для матерей с проблемными детьми. Никто из лечебной бригады не верил, что это изменение плана лечения каким-либо образом повлияет на характер повторной госпитализации пациента. Но по крайней мере команда попыталась предпринять что-то новое. Иногда я видел, как одаренные, преданные

своему делу врачи сокращали циклы повторной госпитализации. Я вспоминаю одного социального работника, который регулярно посещал пациентку, периодически склонную к насилию, когда ее доставляли в отделение неотложной помощи. Пациентка, которая, как правило, рассматривалась персоналом как воплощение кошмара и проблем, со временем прониклась преданностью этого сотрудника и начала серьезно заниматься лечением. В этом случае вращающаяся дверь замедлила свой ход.

Хотя протоколы требуют наличия задокументированного плана лечения, такой план редко (если вообще когда-либо) является всеобъемлющим и вряд ли осмысленно следует за пациентом от стационара больницы в дневной стационар и в амбулаторные службы, где каждое учреждение работает для достижения определенных согласованных психологических целей, которые были интегрированы во все сервисы. Переводные эпикризы из одной службы в другую обычно бывают сжатыми и шаблонными, с информацией о лекарствах, но не о психотерапии. Например, сотрудники отделения неотложной помощи могут сделать краткую и конкретную запись о поступлении: «Это четвертая госпитализация 26-летней женщины, которая перестала принимать лекарства три недели назад. Два дня назад она начала слышать голос, говорящий, чтобы она покончила с собой. Токсикологический анализ отрицательный. Направлена на госпитализацию в психиатрический стационар». Такая заметка хотя и не несет полезной информации ни о том, почему пациентка прекратила прием лекарств, ни о причинах ненависти к себе, выраженной голосом, содержит адекватную информацию для оправдания госпитализации. По всей вероятности, стационар возобновит прием лекарств и выпишет пациентку, когда она перестанет испытывать императивные галлюцинации.

Психологические темы, выявленные в амбулаторных условиях, редко, если вообще когда-либо, становятся частью плана стационарного лечения. В стационаре опасность пациента для самого себя и окружающих является приоритетом. Работа, начатая стационарной службой над психологическим значением бреда, редко (или даже никогда) достаточно подробно описывается в эпикризе, чтобы ее могли продолжить амбулаторные клиницисты. Крайне редко, почти никогда, организуется форум, на котором амбулаторные специалисты и стационарный персонал собираются вместе, чтобы оценить прогресс и уточнить общий план лечения для

конкретного пациента. Скорее, каждая клиническая служба разрабатывает план лечения, уместный в данных конкретных условиях. Стационарный персонал, пытающийся придумать новый подход к многократно госпитализированным пациентам, часто прибегает к клинической передаче, последней надежде. Образно говоря, лидер клинической команды, как футбольный квотербэк, бросает мяч как можно выше и как можно дальше, надеясь, что пациент поймает этот мяч в некоторой зоне восстановления и заработает тачдаун.

Вот три кратких описания клинических случаев пациентов, имеющих отношение к сокращению статистики повторной госпитализации. Один из больных получал амбициозную психотерапию, которая прервала цикл повторной госпитализации.

Пациент 1

Меган не получала амбициозной психотерапии. Отличница программы ветеринарной медицины, она была доставлена в больницу братом-близнецом после того, как пошла в местный полицейский участок с просьбой арестовать ее. Она объяснила: «Я разговаривала с другом на Facebook. Я пошутила, что надо похитить президента. Я только пошутила. А потом я пошутила, что, возможно, мы могли бы убить его, если бы захотели. Не знаю, почему я так сказала. Я не имела в виду этого, но знаю, что угроза президенту — преступление. Я бы хотела, чтобы меня просто арестовали в полицейском участке и сразу же наказали. Вместо этого они положили меня в больницу. Мое наказание откладывается так долго, что теперь единственный выход — казнь на электрическом стуле». Меган чувствует себя виноватой из-за своей фантазии о похищении и убийстве президента. Президент, вероятно, в ее мыслях и чувствах служит символом могущественной фигуры отца. Ее собственный отец исчез из ее жизни, когда ей было 10 лет. После приема нейролептика она стала менее возбужденной. Ее выписали через две недели, когда она не представляла непосредственной опасности для себя или окружающих. Ее идея о том, что она должна быть заключена в тюрьму, осталась неизменной, но она находила эту идею менее тревожной. Психотерапия — лучший способ для Меган избавиться от чувства вины. Она, вероятно, была бы хорошим кандидатом на психотерапию, потому что хотя и говорила, что ее следует казнить за публикацию в Facebook, она также сказала, что на самом деле не имела

в виду того, что написала. Если Меган удастся удержаться от обращения в полицию с просьбой об аресте, она может какое-то время продолжать функционирование в обществе, но, вероятно, будет госпитализирована повторно.

Пациент 2

Светлана не получала амбициозной психотерапии. Она прожила с матерью всю сознательную жизнь и впервые вышла замуж, когда ей было под 40. Она планировала эмигрировать в Соединенные Штаты из Украины, но на следующий день после подачи заявления на паспорт впервые испытала психотическое состояние. В конце концов она эмигрировала со своим мужем, который покинул ее вскоре после их приезда. Она вспомнила, что, когда первый раз взглянула в свой паспорт и увидела свою новую, а не девичью фамилию, она впервые услышала голос. Голос сказал: «Ты неправильно указала имя!» В больнице пациентка снова и снова повторял персоналу: «Я поступила неправильно. Я неправильно назвала имя». Светлану тревожила не опечатка. Ужасная ошибка, которую, по ее мнению, она совершила, заключалась в том, что она решила выйти замуж, сменить девичью фамилию и покинуть мать и Украину.

Психотерапия — лучший метод лечения этой проблемы в области развития. На фоне приема нейролептика Светлана никогда не представляла проблемы для управления, но она была «часто летающим пассажиром». После выписки в общежитие она продержалась неделю или две, прежде чем ее обвиняющие голоса усилились. Однажды она подумала прыгнуть с моста, но вместо этого обратилась в отделение неотложной помощи. В больнице она нашла дом вдали от дома.

Пациент 3

Аша получала амбициозную психотерапию (ее лечение подробно описано в главе 15 и кратко излагается здесь). Я познакомился с Ашей, когда она находилась в стационаре. Несмотря на участие в программе АОТ штата Нью-Йорк, она страдала хроническим параноидным психозом, который требовал частых повторных госпитализаций. Она считала, что администрация колледжа, в котором она училась, годами снимала ее на видео с какой-то гнусной целью. Я спросил, что ее больше всего беспокоит. Она сказала, что непреднамеренно привела преследовавших ее

«головорезов» в дом матери. Она вспоминала, как «головорезы» пытались повесить ее мать на дереве. В 4-месячной начальной фазе КПТп амбулаторной психотерапии один раз в неделю мы преодолели это бредовое воспоминание и несколько других заблуждений, включая веру Аши в то, что компьютерный чип был внедрен в ее тело. Она продолжала слышать голоса, но обращала на них меньше внимания. За 15 лет, в течение которых я наблюдал за Ашей, у нее было два серьезных параноидных обострения, которые она преодолела в условиях амбулаторной психотерапии. Она больше ни разу не попала в больницу.

Сокращение насилия

Иногда то, что, вероятно, является биологически обусловленным состоянием поведенческой расторможенности, предрасполагает к насилию и требует медикаментозного лечения. Однако большинство людей, которые испытывают гнев и потенциально склонны к насилию, будь то страдающие или не страдающие психозом люди, злятся на что-то, даже когда суть их недовольства может быть не сразу ясна. Лекарства могут подавить возбуждение, но не устранят конкретные причины, по которым человек расстроен; это ограничение, которое оставляет некоторую потенциальную опасность вспышек насилия неизменной.

Следующие два примера освещают психотерапевтические аспекты предотвращения насилия.

Пациент 4

Джордан не получал амбициозной психотерапии. Он был госпитализирован в стационар психиатрической больницы после того, как на улице досаждал человеку, раздававшему листовки, призывающие прохожих посещать церковь группы меньшинств, которую Джордан считал антиамериканской. Джордан выразил желание «взорвать их церкви». За три недели до этого инцидента он перестал принимать лекарства, потому что «чувствовал себя хорошо». В течение недели последовал рецидив психоза, что позволило предположить, что вероятность насилия снизится, если он станет принимать лекарства, назначения которых были возобновлены при поступлении в больницу. После двух недель в больнице Джордан признал: «Я должен был закончить прием лекарства» (заявление, которое персонал счел указанием на то, что пациент понимает, что ему нужно придержываться предписанного

лечения). Психологически ориентированное интервью незадолго до выписки показало, что все было наоборот. Джордан говорил, что ему следовало допить свой флакон с лекарством, прежде чем прекратить прием препаратов вообще: так, как можно было бы прекратить прием антибиотика, когда почувствуешь себя лучше. Он не имел представления, что ему нужны поддерживающие лекарства, и это практически гарантировало рецидив и повторную госпитализацию. Он занимал оборонительную позицию, убежденный, что, когда он почувствует себя лучше, у него больше не будет проблем. Он не хотел признавать своей хронической инвалидностью и потенциальной склонности к эпизодическому насилию. Более того, он утверждал, что сотрудники больницы солгали о нем, когда заявили, что после поступления он говорил, будто хотел «взорвать их церкви». Он спросил: «Как я могу взрывать их церкви, если я даже не знаю, где эти церкви находятся?» Джордан способен оборачивать слова сотрудников в абсурд, преследуя цель дискредитировать их авторитет и уклониться от любого значимого разговора о потенциале к насилию. Психотерапия, во время которой пациент может пойти на риск и встретиться с трудными истинами лицом к лицу, является методом выбора.

Пациент 5

Мартин не получал амбициозной психотерапии. Он, 16-летний подросток, который недавно эмигрировал из Канады со своей семьей, был госпитализирован во время первого психотического эпизода после ожесточенной ссоры с отцом. В первые несколько дней после поступления он плакал и умолял персонал: «Я не хочу быть шизофреником! Я хочу домой!» Терапевтическая бригада запросила консультацию, когда после двух недель лечения нейрорептиками послушная плаксивость Мартина сменилась гневными требованиями о выписке. Персонал опасался возможного насилия. Когда консультант спросил, что стало причиной госпитализации, Мартин сказал: «Однажды утром я проснулся с эрекцией! Это случилось дважды! Когда я спал, девушка моего отца взяла под контроль мое тело. Она играла со мной. Я попросил отца, чтобы он сказал ей прекратить. Потом мы поссорились, и он вызвал полицию. Со мной все в порядке. Мне нужно выйти отсюда! У меня нет шизофрении!»

Нет нужды в многолетней практике, чтобы понять, что Мартин был глубоко обеспокоен своим влечением к девушке отца.

Вместо того чтобы чувствовать свое влечение к ней, он сообщил об иллюзии пассивности, в которой девушка контролировала его половой член. Чтобы выяснить, насколько глубоко он защищался от влечения к девушке отца, консультант словно невзначай спросил: «Девушка вашего отца... Она привлекательная женщина?» Мартин немедленно ответил с энтузиазмом: «О, да. Она привлекательная!» Это готовое признание ее красивой внешности предполагало, что истинные чувства Мартина были близки к сознанию и, вероятно, были бы доступны в психотерапии. В его плане выписки были перечислены лекарства, которые он получал, но не было психологической формулировки, которая предоставила бы врачу амбулаторной практики информацию об основном психологическом конфликте пациента.

Выписка длительно госпитализированных пациентов

Пациенты, не считающиеся безопасными для выписки, иногда проводят годы или даже десятилетия в психиатрических учреждениях длительного пребывания, где прогресса в их состоянии не происходит, а они не становятся ближе к жизни в сообществе. В большинстве государственных больниц есть некоторое количество коек для новых госпитализаций, а также целый ряд коек, предназначенных для пациентов, которые, как ожидается, никогда не покинут стационар, как это было в случае с Каспером (описанным в главе 15). Последняя группа представляет собой больницу внутри больницы с относительно постоянной фиксированной переписью населения. Наблюдение в долгосрочных последующих исследованиях, согласно которому 10–20% пациентов с психозом достигают функционального восстановления (Harrow et al., 2017), о чем свидетельствует выписка Каспера, несмотря на 15 лет госпитализации в стационаре, предполагает, что некоторые люди в настоящее время проживают свои жизни в больничных палатах, когда они могли бы вернуться в общество, если им будет предоставлена амбициозная психотерапия. Сколько таких пациентов? Это открытый вопрос для исследования.

Достижение улучшения у амбулаторных пациентов с хроническим психозом

Люди с хроническим психозом, которых можно назвать «незаметными сумасшедшими», не представляют значительной опасности для себя и других и являются наименее скрипучим колесом

в государственном секторе. Мы могли бы сказать: «Долой из поля зрения управления рисками — из сердца вон». Некоторые считают, что таких «стабильных» пациентов «низкого риска» с хроническим психозом должны лечить врачи общей практики, которые могли бы продлевать рецепты и отслеживать побочные эффекты. Направление пациентов с хроническим психозом к терапевтам для «медикаментозного лечения» означало бы признание того, что психиатрия не может предложить таким пациентам ничего, что не может предоставить терапевт, что является странным признанием для целой специальности в области медицины.

Пациент 6

При адекватной поддержке и супервизии большинство медицинских работников могут проводить более эффективную психотерапию со своими пациентами (Riggs et al., 2016). Социальный работник из супервизионной группы психотерапии для психозов из всех сил пытался помочь Джессапу, человеку с хроническим психозом, который сообщил, что может чувствовать людей, занимающихся сексом внутри своего тела, что вызывало у него очень сильную тревогу. При супервизии психотерапевту (здесь и далее имеется в виду не специальность, а область деятельности. — *Науч. ред.*) предложили вернуться назад и тщательно изучить анамнез. К своему большому удивлению, специалист обнаружил, что в возрасте 6 лет пациент подвергся сексуальному насилию со стороны старшей родственницы. Пациент также сообщил, что первая девочка, которую он «по-настоящему любил» в подростковом возрасте, бросила его ради другого мальчика, что разбило ему сердце.

Супервизор посоветовал психотерапевту рассматривать соматические иллюзии как форму сексуальных фантазий. Психотерапевт так и сделал, с положительным эффектом. Пациент признался, что, когда он представлял, как люди внутри него занимаются сексом, он получал некоторое удовольствие, воображая, что находится на месте этого происшествия и становится свидетелем сексуальной активности людей. Он сказал, что ему нравится смотреть, как другие мужчины занимаются сексом с женщинами, которыми он сам не мог обладать. Психотический симптом оказался формой внутренней порнографии. Затем пациент заметил, что иногда ему казалось, что женщина, которая была внутри его тела, выглядела, как его первая любовь. Он добровольно заявил, без подсказки психотерапевта, что ему казалось странным, как

люди могут входить и выходить из его тела, не оставляя следов. В течение месяца его озабоченность соматической иллюзией исчезла, и он сосредоточился на поиске работы.

Пациент 7

Ребекка прошла амбициозную психотерапию. Это была 23-летняя женщина с инсулинозависимым диабетом, которую неоднократно госпитализировали по поводу гипомании. Она слышала голоса, которые, по ее мнению, были связаны с правительственным компьютером, отправляющим ей закодированные сообщения через автомобильные номера. Потеряв волосы и набрав вес на фоне приема психофармакологических препаратов, Ребекка отказалась выполнять какие-либо назначения. В течение трех месяцев еженедельной психотерапии она пришла к пониманию того, что ее голоса на самом деле выражают ее горе по различным потерям, включая потерю друга, смерть матери и осознание, что любимому животному осталось недолго жить. Когда голоса были поняты с психологической точки зрения, их эмоциональное воздействие и частота уменьшились. Добившись значительных успехов в психотерапии, Ребекка была открыта для обсуждения приема медикаментов. Она стала получать небольшую дозу рисперидона, что полностью устранило ее голоса.

Пациент 8

Шарлин получила амбициозную психотерапию, состояние улучшилось, но позже у нее случился рецидив, когда она прекратила психотерапию. В течение 20 лет она считала, что мужчина, бросивший ее в возрасте 20 лет, вел электронное наблюдение за ее квартирой, особенно за ванной. Прием нейролептиков не повлиял на бредовую идею. В ходе психотерапии пациентка усомнилась в существовании электронного жучка, но не могла полностью отказаться от этой идеи. На вопрос: «Вы бы предпочли верить, что жучок находился там все это время или что происходит какой-то психологический процесс?» она ответила: «О, я предпочитаю, чтобы в моем доме действительно был жучок. Иначе я была бы сумасшедшей!» Шарлин придумала компромиссное объяснение. По мере того как ощущение слежки уменьшалось, она продолжала верить, что жучок был и оставался на месте, но теперь его батарея разрядилась. Теперь пациентка могла свободно переключить свое внимание на родственника, который лишился возможности

выходить из дома после автомобильной аварии, — роль, в которой, как она чувствовала, она была ценна для другого человека. В конце учебного года Шарлин была переведена под наблюдение нового врача-ординатора и не продолжала психотерапию. Спустя годы я узнал, что ее убеждение о наличии электронного жучка вернулось после того, как она закончила работу со мной, и это явный признак, что проблема не была достаточно проработана в ее психотерапии, и аргумент в пользу поддержания долгосрочных отношений с одним и тем же психотерапевтом.

Снижение выгорания персонала

Хотя клиницисты в государственном секторе учатся жить с терапевтическим пессимизмом, такое состояние их утомляет. Персонал хотел бы сделать больше, чем просто стабилизировать состояние пациентов с тяжелой инвалидностью. Для многих клиницистов предложение амбициозной психотерапии пациентам и достижение результатов служат противоядием от выгорания. Достижение неожиданных результатов с одним пациентом вызывает мысль: «Может быть, я смогу помочь другим пациентам таким же образом». Клиницисты, работающие в государственном секторе, — целеустремленные люди, но все они нуждаются в поддержке коллег и подкреплении положительными результатами, пусть и не сразу заметными, чтобы оставаться удовлетворенными своей работой. Когда врач испытывает надежду на восстановление пациентов, настроение больных поднимается на приливе энтузиазма психотерапевта. Когда врачи не отказываются от своих терапевтических амбиций, пациенты, которые выздоравливают, часто говорят в очень разных выражениях: «Вы верили в меня и не отказались от меня, даже когда все остальные думали, что я безнадежен».

В следующей главе я предлагаю конкретный план действий относительно того, что можно сделать в государственном секторе для удовлетворения потребностей в психотерапии страдающих психозом людей.

Глава 17

МОДЕЛЬ АМБИЦИОЗНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Какой бы значимостью ни обладал такой подход, как психотерапия, он не имеет ценности для пациентов, если не может быть предоставлен людям, которые в нем нуждаются. Несомненно, наше понимание биологии психоза в будущем значительно расширится, но я не верю, что это приведет к открытию фармакологического средства. Невозможно стереть психологический лист пережитого болезненного опыта с помощью ластика с лекарствами. В то время как биологическая психиатрия ожидает генной карты психоза и новых биологических методов лечения, которые, вероятно, последуют, мы не должны ждать сложа руки, чтобы внедрить методы лечения, такие как психотерапия, уже имеющиеся в нашем распоряжении.

Для исторического сравнения: Игнац Земмельвейс (1818–1865) обнаружил, что мытье рук резко снижает высокую смертность от родовой лихорадки в акушерских палатах. Поскольку его теория инфекции противоречила распространенной в то время медицинской мудрости о том, что инфекции вызываются «плохим воздухом», хирурги игнорировали стерильные процедуры и, скорее, гордились пятнами крови на своей одежде как признаком хирургического мастерства. Несмотря на то что потребность в стерильной технике была очевидна, врачи не принимали мер предосторожности против инфекции, пока работы Луи Пастера и Джозефа Листера не подтвердили необходимость

антисептических процедур. Является ли хронический психоз родовой лихорадкой нашего времени? Может ли быть, что меры по борьбе с ним известны (Read & Dillon, 2013), но не применяются на практике? Амбициозная психотерапия не панацея, но она может улучшить качество жизни пациентов, помочь снизить уровень насилия и количество повторных госпитализаций, вернуть пациентов из стационарных отделений к жизни в обществе, стимулировать прогресс у амбулаторных пациентов, которым не удалось добиться прогресса при обычном лечении, и уменьшить выгорание персонала. Почему бы не дать шанс амбициозной психотерапии?

Если бы общественность и профессионалы были убеждены, что государственная психиатрия обязана предоставлять амбициозную психотерапию пациентам с психозами, как бы выглядела такая программа и каковы препятствия для реализации этой инициативы в жизнь? Признаюсь, я не могу доказать с помощью объективных исследований, что моя оценка государственной психиатрии верна. Вместо этого, как отмечалось в предыдущей главе, я говорю с позиции того авторитета, который дают 35 лет работы в государственном секторе охраны психического здоровья. Условия, которые я описываю, не являются отображением какой-либо конкретной больницы, а, скорее, представляют собой составную картину, полученную в результате работы в пяти разных больницах на протяжении моей карьеры. Это примерное описание того, как может выглядеть такая расширенная программа и что может для этого потребоваться. Основные требования будут включать опытных преподавателей для обучения персонала и обеспечения постоянной супервизии, а также систему психического здоровья, которая позволит клиницистам встречаться с пациентами для психотерапии в течение 45 минут каждую неделю.

Обучение

Все врачи в терапевтической группе, включая психиатров, психологов, социальных работников, арт-терапевтов, медсестер и других специалистов в области психического здоровья, приобретают клинические навыки, необходимые для взаимодействия с пациентами, проведения собеседования, составления анамнеза и разработки плана лечения в соответствии с их индивидуальной профессиональной подготовкой. Направленность этого набора навыков

различается в зависимости от дисциплины, но у него много общих элементов. Эта базовая клиническая подготовка обеспечивает основу, на которой может быть построено дополнительное обучение психотерапии психоза. Психотерапевты, обученные проводить КППТ при тревоге и депрессивных состояниях, не должны предполагать, что они знают все, что им необходимо знать для эффективного проведения КППТ. Точно так же психодинамические психотерапевты, обученные работе с пациентами с непсихотическими расстройствами, не должны предполагать, что они достаточно подготовлены для работы с людьми, страдающими психозом. То же самое относится ко всем дисциплинам сферы психического здоровья, которые могут извлечь выгоду из новых подходов и навыков.

Мнения расходятся относительно того, как лучше всего обучать индивидуальной психотерапии психоза. В соответствии с высоко структурированной клинической техникой, преподаватели КППТ, как правило, отдают предпочтение обязательной учебной программе, которую должны пройти все стажеры, с жесткими проверками наличия конкретных профессиональных качеств и навыков. В это включаются официальные оценки видеозаписей или аудиозаписей сеансов, ведущие к сертификации, если стажеры проходят тест. Некоторые преподаватели предпочитают более открытый подход, основанный на компетенциях, которыми уже обладают специалисты по различным клиническим дисциплинам, исходя из предположения, что все дисциплины могут предложить что-то полезное. Я поддерживаю этот подход, который направлен на то, чтобы обогатить текущую клиническую работу новыми методиками и супервизией, не требуя переобучения персонала, чтобы соответствовать единой модели.

У обоих подходов есть преимущества и недостатки. Из-за более структурированных требований императивный подход приведет к появлению меньшего числа клиницистов, хорошо подготовленных в определенной методике. Напротив, открытый подход, поскольку он расширяет клинические навыки существующего персонала, принадлежащего к разным дисциплинам, улучшит работу большего числа клиницистов, не требуя, чтобы один метод подходил всем. Несмотря на различный клинический опыт, персонал из самых разных дисциплин и направлений может быть обучен психотерапевтическим навыкам, которые расширят базовую подготовку и обучат более эффективной работе со страдающими психозом пациентами (Riggs et al., 2016). В любом случае способность

персонала осваивать навыки не является ограничивающим шагом в реализации амбициозной программы психотерапии.

Содержание этого специализированного обучения будет варьироваться в зависимости от направленности инструктора в спектре от КПТп до психодинамической психотерапии, методов, каждый из которых важен для работы с пациентами с психозом. По моему опыту, время, необходимое для передачи основ комбинированного когнитивно-поведенческого/психодинамического подхода специалистам в области психического здоровья, которые уже занимаются лечением больных с психозом, составляет два полудневных семинара плюс 30 часов еженедельной супервизии в группах от шести до восьми врачей. Двухдневное дидактическое обучение можно разделить на четыре занятия по полдня без нанесения значительного вреда непрерывности обучения. При программе обучения продолжительностью всего два дня персоналу необходимо будет посещать все занятия, а администраторы будут вынуждены найти способы удовлетворить основные потребности пациентов в течение этого времени. Это нелегкая задача. Если администраторы предложат сотрудникам посещать тренинги, но не обеспечат практического плана «прикрытия», персонал, скорее всего, будет тратить время на то, чтобы реагировать на срочные внеплановые потребности пациентов, и пропустит значительную часть обучения.

Высвобождение времени персонала на обучение

Вот несколько способов освободить время персонала для обучения — способные администраторы наверняка могут придумать и другие. Обучение можно проводить в двух параллельных направлениях, в каждом из которых участвует половина сотрудников, так что, когда одна часть персонала находится на занятиях, другая охватывает пациентов. Это удвоит время инструктора и увеличит стоимость обучения. Другой способ — сократить регулярные посещения в клинике, как это происходит в дни государственных праздников. Это приведет к увеличению затрат, потому что счета клиник на короткое время будут сокращены. Еще один способ высвободить время: там, где проходят обучение ординаторы по психиатрии, именно они могли бы «покрыть» клинику таким же минимальным присмотром лечащих врачей, как это происходит, когда ординаторы находятся на ночном дежурстве. Большинство программ ординатуры подразумевает выделение

специального времени, посвященного обучению ординаторов, когда постоянный персонал обеспечивает медицинские услуги в клинике, чтобы ординаторы могли посещать занятия. Если ординаторы на этот раз возьмут на себя работу постоянного персонала, чтобы высвободить время, когда персонал сможет пройти обучение, это будет ответной любезностью и поднимет моральный дух сотрудников. Замена охвата услуг такого рода возможна, но в некоторых случаях это будет политически сложно.

Препятствия на пути к реформам

Люди, которые стремятся реформировать систему, быстро узнают, что сотрудники не спешат принимать их только за то, что они выдвигают праведную идею. По моему опыту, четыремя наиболее значительными препятствиями на пути к реализации амбициозной программы психотерапии в государственном здравоохранении являются ограниченное количество сотрудников, финансирование, преданность гильдии и междисциплинарная политика, а также различные цели и приоритеты персонала первичного звена. Теперь я по очереди рассмотрю эти препятствия.

Кадровое обеспечение

Ограничение числа сотрудников в государственном секторе — серьезное препятствие для проведения амбициозной психотерапии. По этой причине готовность системы психического здоровья к реализации такой программы не может быть проанализирована без учета определенных административных, финансовых и политических реалий. Эти реалии устанавливают пределы того, какое количество психотерапии возможно проводить, и в то же время предлагают политические и административные решения, выходящие за рамки этой книги, в первую очередь посвященной психологической теории и технике.

Проще говоря, работающий непосредственно с пациентами персонал несет ответственность за слишком большое количество больных, чтобы проводить амбициозную психотерапию более чем с несколькими пациентами. Рабочая неделя клиницистов отражает их постоянную нагрузку, кризисное управление, выписку пациентов и госпитализацию новых больных. Поскольку виды работы, выполняемые психотерапевтами в разных условиях, будут

различаться, невозможно составить стандартный список занятий, который может применяться ко всем ситуациям. Основываясь на беседе с администраторами среднего звена в крупной государственной больнице, я оценил среднесуточное время, выделяемое на выполнение различных задач (таблица 17.1). Четыре и три четверти часа могут показаться большим количеством для приема внеплановых пациентов, но точно так же, как пациенты могут испытывать «увеличение дозировки» в своих лекарствах, больницы и клиники испытывают «нормативное увеличение» с течением времени, которое добавляет часы работы, не связанной с прямым контактом с пациентами. Вместо того чтобы трудиться с 9:00 до 17:00 по 8 часов в день, многие сотрудники задерживаются допоздна, чтобы завершить свою работу, без оплаты сверхурочных. Таблица исходит из предполагаемого 8-часового рабочего дня:

Таблица 17.1. Необходимая деятельность, кроме прямого контакта с пациентом

Среднее количество часов в день, затрачиваемых на выполнение различных рабочих задач

0,75	Непредвиденные неотложные клинические проблемы (например, неожиданное поступление пациента в критическом состоянии)
0,5	Напрямую связанные с уходом за пациентами телефонные и интернет-контакты (например, звонки пациентам, которые пропустили прием)
0,5	Телефонные и интернет-контакты с администрацией (например, для звонков в аптеки и страховые компании)
1,5	Документация (например, карты, письма в другие организации, отчеты, жилищные заявки)
0,75	Групповые собрания персонала и индивидуальные встречи со старшим персоналом, перед которым отвечает врач
0,75	Обед
4,75	ВСЕГО часов в день недоступно для приема пациентов
3,25	ВСЕГО часов в день доступно для приема пациентов
65	ВСЕГО часов в МЕСЯЦ доступно для приема пациентов, исходя из 20 рабочих дней в месяц

Читатели удивятся, узнав, что в некоторых клиниках до 50% времени врача может быть отведено на задачи, не связанные с прямыми контактами с пациентом. Как отмечалось в главе 16, каждый цикл регуляторной проверки оставляет после себя следы определенной политики, процедур и требований к документации — и все это накапливается с течением времени. Проверяющие в конечном итоге покидают больницу, как и дополнительный персонал, первоначально нанятый в ответ на распоряжения, но правила остаются. Администраторы, находящиеся на передовой линии, оказываются перед дилеммой. Логика подсказывает, что основной целью администрации было бы упорядочение нормативных/административных требований, чтобы высвободить больше времени для непосредственного ухода за пациентами. Но передовые администраторы отчитываются перед вышестоящими руководителями в управленческой цепочке, которые больше сосредоточены на общей картине соблюдения нормативных требований, чем на результатах отдельных пациентов, потому что стороннее финансовое возмещение, лицензирование клиники, сертификация больниц и финансовая платежеспособность зависят от соблюдения политики, например сокращения продолжительности пребывания пациентов в стационаре. Поскольку правила устанавливает администрация, сотрудники либо соблюдают политику, либо надеются найти работу в другом месте: в среде, менее обремененной нормативными требованиями. Руководителям первичного звена потребовалась бы большая смелость, чтобы снизить административную нагрузку, обратившись вверх по служебной цепочке к начальству, вместо того чтобы перекладывать нагрузку в неизменном виде на рядовых сотрудников.

Объем нагрузки будет определять количество времени, которое персонал может уделять амбициозной психотерапии. Чем большее количество пациентов обслуживают, тем меньше часов психотерапии смогут проводить. Рассмотрим формулу, которая оценивает возможность психотерапии на основе общей нагрузки. Исходя из среднего количества 20 рабочих дней в месяц, распределение времени в таблице 17.1 позволит выделить $20 \text{ дней} \times 3,25 \text{ ч/день} = 65 \text{ ч/мес.}$ для запланированных приемов пациентов. Часто ожидается, что персонал проводит два осмотра поступивших пациентов, по 90 мин. в неделю, с 30-минутным дополнительным оформлением карт и контролем для каждого нового поступления, и в этом случае $65 \text{ ч} - 16 \text{ ч приема новых поступивших пациентов} = 49 \text{ ч}$,

доступных для приемов в месяц. Чтобы упростить расчет количества пациентов, предположим, что ограниченное количество пациентов еженедельно посещают 45-минутные (0,75 часовых) сеансы психотерапии (код СРТ 90836) (СРТ — сокр. от Current Procedural Terminology, коды, по которым можно узнать стоимость соответствующих медицинских процедур), в то время как остальные пациенты будут проходить ежемесячные 30-минутные (0,5-часовые) «медосмотры» (код СРТ 90834). Если мы будем считать общее время, доступное для приемов, постоянным, основные переменные для определения рабочей нагрузки будут следующими:

#СРТ 90836 = общее количество пациентов, наблюдаемых еженедельно для психотерапии;

SCPT 90836 = общее количество сеансов еженедельной психотерапии СРТ 90836/мес. = #СРТ 90836 × 4;

НСРТ 90836 = общее количество часов в месяц, выделенных для проведения еженедельной психотерапии = SCPT 90836 × 0,75 ч/сеанс;

НСРТ 90836 = #СРТ 90836 × 4 × 0,75;

#СРТ 90834 = общее количество пациентов, наблюдаемых ежемесячно для поддерживающих осмотров;

SCPT 90834 = общее количество сеансов СРТ 90834 в месяц = #СРТ 90834;

НСРТ 90834 = общее количество часов в месяц, выделенных для еженедельной психотерапии = SCPT 90834 × 0,5 ч/сеанс;

НСРТ 90834 = #СРТ 90834 × 0,5;

Доступные ч/мес. для запланированных приемов = (#СРТ 90836 × 4 × 0,75) + (#СРТ 90834 × 0,5).

Сохраняя постоянным общее количество часов, доступных для запланированных сеансов в месяц, мы рассчитываем по формуле максимально возможное общее количество пациентов в зависимости от того, сколько часов психотерапии проводится еженедельно.

Рассмотрим четыре разных сценария.

В сценарии 1 пациенты не проходят еженедельной психотерапии. Все пациенты проходят 30-минутные ежемесячные «медосмотры». В этом случае максимальная нагрузка составит 98 человек.

Постоянная величина $49 \text{ ч} = (\#СРТ 90836 \times 4 \times 0,75) + (\#СРТ 90834 \times 0,5)$
 $= (0) + (98 \times 0,5) = \text{константа } 49 \text{ ч}.$

По моему опыту, практикующие врачи нередко наблюдают 80 или более пациентов одновременно. Используя ту же формулу, рассмотрим сценарий 2, где один пациент в день проходит еженедельную психотерапию, а остальные проходят ежемесячные поддерживающие осмотры. Если мы добавим 1 ч клинического наблюдения в неделю для этих пяти пациентов, общее количество доступных часов приема в месяц составит $49 - 4 = 45$ ч. В этом случае, когда время приема остается постоянным, равным 45 ч/мес., по формуле рассчитывается общая нагрузка: $5 + 60 = 65$, где $5/65 = 8\%$ пациентов будут получать амбициозную психотерапию.

В сценарии 3 два пациента в день получают еженедельную психотерапию, а остальные проходят ежемесячные поддерживающие осмотры. В этом сценарии общая нагрузка составит $10 + 30 = 40$, при этом $10/40 = 25\%$ пациентов будут проходить еженедельную психотерапию.

В сценарии 4 все пациенты проходят еженедельную психотерапию. В этом случае общая нагрузка составит $15 [(15\text{CPT } 90836 \times 4 \times 0,75 \text{ ч}) + 0 \text{ CPT } 90834] = 45$ ч].

Взаимосвязь между общей нагрузкой и количеством пациентов, получающих психотерапию (90836), представлена на графике 17.1. Как и ожидалось, по мере увеличения числа пациентов, еженедельно проходящих психотерапию, общее количество наблюдаемых больных должно уменьшаться, чтобы рабочая нагрузка психотерапевта оставалась постоянной. На противоположных концах графика, если пациенты проходят только 30-минутные ежемесячные «медосмотры», общая максимальная нагрузка приближается к 100. Если бы все пациенты получали амбициозную психотерапию, количество одновременно наблюдаемых пациентов снизилось бы до 15.

К сожалению, количество пациентов, достаточно малое, чтобы проводить амбициозную психотерапию, противоречит распоряжениям клиники принимать как можно больше пациентов без расширения штата. Государственные клиники не могут ограничить количество пациентов, не принимая новых. Самый эффективный с механической точки зрения способ разместить всех желающих и осмотреть большое количество пациентов — сделать так, чтобы каждый врач наблюдал больных нечасто, в течение как можно меньшего времени, преследуя цель контролировать опасность пациентов для самих себя или окружающих. Неспособность государственной психиатрии ограничить индивидуальную

нагрузку, что потребовало бы найма большего количества сотрудников, когда потребности сообщества превышают возможности поставщика услуг, служит серьезным препятствием на пути реализации программы амбициозной психотерапии. Это проблема, которую должна решать администрация, а не врачи.

Общее количество больных

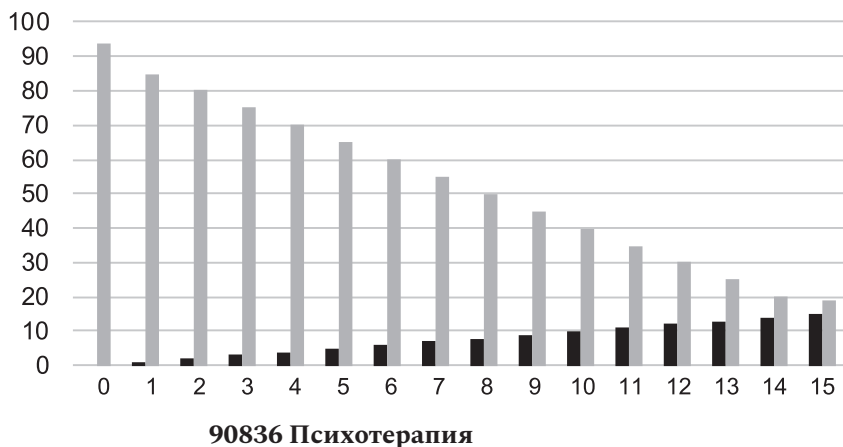


График 17.1. Связь между общим количеством пациентов и числом больных, которые могут получать еженедельную психотерапию (код СРТ 90836)

Сценарий 2 кажется разумным местом для начала. В этом случае клиницисты будут принимать только одного пациента в день для еженедельной индивидуальной психотерапии по коду СРТ 90836, или 8% общего количества пациентов в 65 человек. Для того чтобы обслуживающий персонал взял на себя обязательство наблюдать хотя бы одного психотерапевтического пациента в день еженедельно, потребуется практическая гарантия администрации в том, что дополнительное время, потраченное на эту более интенсивную работу, будет не в дополнение к текущему объему работы, а вместо некоторой части ранее существовавшей рабочей нагрузки специалистов. Единственный способ для администраторов выделить больше времени для амбициозной психотерапии — это сократить время, занимаемое административными требованиями, и обеспечить, чтобы количество пациентов не превышало 65. Это непростая задача, но администраторы должны решиться

и выполнить ее, если мы хотим предоставить пациентам необходимую им помощь. Это тоже проблема, которую должны решать администраторы, а не практикующие врачи.

Как отмечалось выше и в главе 16, логика подсказывает, что основной задачей администраторов, работающих в первичном звене, будет упорядочение нормативных/административных требований, с целью высвободить больше времени для непосредственного ухода за пациентами. Когда стиль управления организации слишком сильно смещается в сторону кризисного управления, с акцентом на переменные рабочего процесса, связанные с соблюдением нормативных требований, а не на время для непосредственного ухода за пациентами, административные процессы захватывают это время. Когда административное бремя увеличивается, а численность персонала уменьшается, персоналу могут сказать: «Делайте больше с меньшими затратами!» Администраторам следует прислушаться к собственному призыву. Скорее, они должны сказать: «Персонал может сделать больше для пациентов, если меньше времени будет уделяться деятельности, не связанной с непосредственным уходом за больными». Например, если администраторы поставили бы себе цель сократить объем документации и организационных собраний на 1 ч в день, это высвободило бы 20 ч/мес. для непосредственного ухода за пациентами, необходимого для реализации сценария 2. Клиницисты несут ответственность за предоставление качественного ухода; администраторы, со своей стороны, должны нести ответственность за обеспечение практических условий, в которых может быть оказана такая помощь.

Финансирование

Для найма достаточного количества сотрудников требуется достаточное финансирование, которое поступает в основном за счет городских, государственных и федеральных налогов. Выделение налоговых денег на психическое здоровье — политический процесс, и, как и в случае со всеми политическими процессами, политики и администраторы не раскрывают всех своих карт. Администратор среднего звена, которая размышляла о своей карьере, однажды сказала мне, что ее старший сотрудник и образец для подражания обратил ее внимание на то, что она была слишком честной, чтобы быть успешным администратором. Политики

и администраторы не смогли бы выполнять свою работу, если бы постоянно сообщали всю правду: если бы они говорили неприукрашенную правду, они оттолкнули бы слишком много людей, стоящих как выше, так и ниже их в административной цепочке, чтобы иметь возможность управлять.

Политики и администраторы избегают всей правды необязательно потому, что они коррумпированы, а потому, что их работа требует осмотрительности. В моей роли администратора, хотя я и пытался говорить правду, когда это было возможно, административная работа неизбежно требовала быть иногда не совсем правдивым. Если более широко использовать выражение комика Стивена Кольбера, можно сказать, что политика и администрация требуют определенного комфорта с «правдивостью». Люди, ответственные за распределение налоговых долларов, никогда не могут быть полностью прозрачными в своих заявлениях в отношении того, что они делают и почему. Это затрудняет проведение объективных исследований, раскрывающих правду об административных процессах, поскольку сопротивление полному раскрытию правды имеет важное значение для административной работы. То, что становится общеизвестным о принятии решений на высоком уровне, обычно появляется в журналистских расследованиях, а не в двойных слепых контролируемых исследованиях.

Финансирование проходит циклами от адекватного до крайне скудного, в зависимости от финансовых приоритетов политиков и законодателей. В больницах также наблюдаются системные циклы, обусловленные негативными результатами лечения пациентов, особенно случаями, связанными с серьезными травмами или смертью. Такие негативные исходы подлежат контролю качества в виде «причинно-следственного анализа», который предпринимает попытки определить причины плохого исхода. Совсем плохой исход, особенно тот, который появляется в газетной разоблачительной статье, может вызвать цикл тщательных проверок со стороны регулирующих органов, что заставит больницу соблюдать нормативные требования. Такой нормативный контроль становится поводом для действий высших эшелонов административной иерархии выше уровня местных клиник или больниц. Когда особенно плохой исход продолжает привлекать внимание, представители высших административных уровней в системе, которые распределяют дискреционные средства, могут

выделить дополнительные финансовые и кадровые ресурсы для системы, призванной реализовать «план корректирующих мер». Происходит приток денег. Новых сотрудников можно уговорить, обеспечив некоторую поощрительную надбавку, которая обяжет их остаться на занимаемой работе на ограниченный период времени, обычно на один-два года. Повышается укомплектованность персоналом.

План корректирующих действий тщательно контролируется на высоком административном уровне в организации и внешними органами надзора. Когда объективные цели и результаты процесса в плане действий, указанных инспекцией, достигнуты, проверяющий считает проблему решенной. Укомплектование персоналом больше не системный приоритет. Недавно нанятые сотрудники, которые проработали достаточно долго, чтобы получить свой финансовый бонус, могут уволиться. Сотрудники, которые устраиваются на другую работу в ходе обычного продвижения по службе, уходят и не заменяются. Уровень укомплектования персоналом медленно снижается, а объем нагрузки, приходящийся на оставшихся сотрудников, увеличивается. Если, например, команда клиники состоит из четырех врачей, каждый из которых обслуживает 100 пациентов, и один врач увольняется, а его пациенты переходят под наблюдение оставшихся клиницистов, индивидуальная нагрузка увеличивается со 100 до 133 пациентов на одного врача. Это слишком большое количество пациентов, чтобы их можно было узнать подробно. В этом случае врачу остается только осматривать пациентов с хроническим психозом еще реже и в течение более коротких периодов времени. От уже и без того истощенной системы остаются одни кости. Сотрудника могут попросить взять на себя нагрузку уходящего врача в обмен на новую должность, которая может содержать слово «директор» в названии, а также предложить небольшое повышение заработной платы. Когда сотрудник идет на такую сделку, то, что раньше было кадровой проблемой, которую решала администрация, теперь становится клинической проблемой, ложащейся на плечи «повышенного» клинициста. Когда администраторы, которым не разрешено нанимать новых врачей, обращаются к сотрудникам с предложением о специальном «повышении по службе» такого рода, врачам трудно сказать «нет», потому что они хотят поддержать клинику и ответить на просьбу начальника.

У федеральных законодателей и законодателей штатов есть особый вариант «похоронить» проблему на местном уровне. С одной стороны, федеральный закон требует, чтобы все больницы принимали пациентов для оказания неотложной помощи, независимо от их иммиграционного статуса или платежеспособности. С другой стороны, ряд политиков постоянно лоббируют сокращение финансирования программ Medicare и Medicaid. Когда финансирование урезается, эти законодатели радуются сокращению федерального бюджета, но все, чего они достигли на деле, это переложение расходов и обязательств вниз по цепочке ответственности на местные государственные больницы. Это нечестное и безответственное действие, но, как правило, оно остается вне поля зрения общественности. Точно так же, как перегруженный персонал в государственном секторе должен сам решать, как справляться со своей нагрузкой, государственные больницы, испытывающие нехватку финансов, должны сами решать, как не отказывать в неотложной помощи, оставаясь на плаву в финансовом отношении с сокращенным доходом от программ Medicare и Medicaid.

Старшие административные сотрудники могут объявить о моратории на трудоустройство. В такой богатой стране, как Соединенные Штаты, мораторий на найм в государственных больницах и клиниках следует рассматривать как неспособность высших административных уровней здравоохранения эффективно лоббировать законодателей для получения адекватного финансирования и/или как неспособность администраторов адекватно справляться с составлением счетов и аспектами возмещения расходов на здравоохранение для поддержания платежеспособности больницы. Ответственность за заботу о наиболее пострадавших и уязвимых среди нас глубоко укоренилась в гражданском демократическом обществе и распространяется на каждого гражданина и на каждые выборы. Но из-за сложности говорить правду власть имущим о моратории на найм сотрудников обычно объявляют, как если бы это было стихийным бедствием, как если бы саранча съела все зерно. Человеческое происхождение моратория неочевидно. В отличие от увольнения руководителя из списка Fortune 500, которое может быть публично освещено и связано с неспособностью достичь целей по доходам, администраторы здравоохранения на высоких уровнях больничной системы могут покидать свои должности, а сотрудники первичного звена не будут

иметь представления, были эти люди уволены из-за неспособности достичь финансовых целей или просто перешли на более перспективную работу. Я никогда не трудился в условиях, когда финансовые показатели больницы подчинялись тому же открытому процессу обеспечения качества, который регулирует клиническую работу, где непосредственно контактирующий с пациентами персонал имел бы возможность анализировать нездоровые финансовые практики и предписывать корректирующие финансовые меры. Такие двойные стандарты — обычное дело. Политики и старшие администраторы слишком часто носят мантии-невидимки, скрывающие правду.

Вполне понятно, что администраторы могут быть не склонны сообщать начальству в административной цепочке, что им требуется больше ресурсов для выполнения работы. Они опасаются, что начальник скажет: «Если вы не можете выполнить работу с вашим нынешним персоналом, я найду того, кто сможет». Поэтому администратор отдает распоряжения своим подчиненным, стоящим ниже в административной цепочке. В таких случаях он может сказать: «Мы должны быть практичными. Мы должны делать больше с меньшими затратами!» Подразумевается, что те, кто задает вопросы о дополнительных сотрудниках, незрелы, что они похожи на детей, которые еще недостаточно выросли, чтобы столкнуться с практическими ограничениями взрослой жизни. Тонкое осуждение такого рода снимает ответственность с представителей управления, чья работа заключается в предоставлении ресурсов. Фразу «Мы должны делать больше с меньшими затратами» следует рассматривать как открытое признание административной неудачи. Ее нужно произносить в тоне раскаяния, который родители могли бы использовать, говоря своим детям, что семья может есть только один раз в день. Мы никогда не удовлетворим потребности больных хроническим психозом в амбициозной психотерапии, если не встретимся лицом к лицу с практическими реалиями, в которых работают врачи в государственном секторе. Без политических действий, необходимых для финансирования достаточного количества сотрудников, амбициозная психотерапия останется несбыточной мечтой.

Приверженность гильдии и междисциплинарная политика

Каждая психиатрическая клиника, больница или система оказания медицинской помощи имеет административную

иерархию, которая контролирует клиническую практику в учреждении. В США эта иерархия обычно разделена по клиническим дисциплинам. В то время как главным руководителем службы чаще всего является психиатр, психиатры первичного звена подчиняются своим руководителям-психиатрам, психологи подчиняются директору по психологии, социальные работники — директору по социальной работе, специалисты арт-терапевты — директору по терапии творческими искусствами, медсестры — заведующему медперсоналом, и так далее в соответствии с клиническими дисциплинами. Даже когда руководитель службы поддерживает психотерапию психоза, невозможно реализовать амбициозную программу психотерапии без помощи со стороны руководителей других клинических дисциплин в учреждении, сотрудники которых служат передовыми поставщиками психотерапии.

Вот в чем камень преткновения. Я никогда не встречал директора отдела психиатрии, психологии, социальной работы, арт-терапии, медсестер или любой другой клинической дисциплины, который занимал бы позицию: «Несмотря на то что мне поручено руководить персоналом по уходу за страдающими психозом пациентами, я не чувствую, что могу выполнять свою работу без участия клинического руководства извне моего отделения». Руководители стремятся управлять своими автономными отделами. Они более склонны говорить: «Мои сотрудники уже проводят психотерапию для пациентов с психозом, и мы прекрасно справляемся без вашей помощи». В больничной политике руководитель, охраняющий свою дисциплинарную территорию, чаще всего побеждает реформатора. Как отмечалось во введении, неспособность большинства страдающих психозом пациентов к восстановлению обычно объясняется их болезнью, а не неадекватностью наших клинических подходов. Такая рационализация ограниченных результатов позволяет клиническим руководителям довольствоваться незначительными клиническими исходами, если организация в остальном функционирует, не подавая тревожных сигналов.

Честно говоря, я тоже чувствую сопротивление внешнему влиянию, когда пытаюсь развивать более амбициозные программы психотерапии. Например, как подчеркивается на протяжении всей книги, я считаю, что психотерапевт должен найти баланс между структурированной, согласованной программой

и открытым исследовательским подходом, когда у него есть достаточно времени, чтобы отклониться от запланированного сценария и изучить непредвиденные изменения во время сеанса. Психотерапевт, строго придерживающийся методик КПТп, может не захотеть, чтобы я обучал его стажеров, и я не хотел бы, чтобы мои ординаторы обучались преподавателем, который не включает психодинамические факторы в свой подход. Так же, как родители не хотят, чтобы посторонние прививали свои ценности их детям, директора и руководители неохотно уступают своих сотрудников и подчиненных посторонним, которые могут преподавать идеи и методы, отличные от их собственных. Единственное лекарство от этого ограниченного самопредубеждения — клиническая дискуссия, которая предлагает психотерапевтам делиться своей работой, рассказывать, что они сделали, почему и с каким результатом. Пусть клинические результаты укажут правильный путь вперед.

Чем больше клиническое подразделение, тем труднее «постороннему» представить амбициозную программу психотерапии для рассмотрения. Часы большого института здравоохранения отсчитывают приемлемые институциональные нормы. По моему опыту, отдельные специалисты и меньшие, более целенаправленные группы оказываются скорее готовыми принять амбициозные цели для пациентов. Индивидуальные психотерапевты попадают в интервизорские группы, когда чувствуют, что имеет смысл поделиться случаями из своей практики и получить информацию о работе других психотерапевтов ради помощи пациентам. Кроме того, небольшие группы врачей, участвующих в программах лечения первого эпизода психоза, которые стремятся помочь молодым пациентам восстановить свою жизнь, могут быть открыты для любых идей, которые позволят помочь пациентам, особенно когда старшие члены команды представляют свою психотерапевтическую работу в супервизионных группах наравне с младшим персоналом.

Разные амбиции сотрудников первичного звена

Хотя большинство специалистов, непосредственно работающих с пациентами, — это заботливые люди, искренне заинтересованные в помощи больным, клиницисты, заинтересованные в продвижении более амбициозной психотерапии для страдающих психозом пациентов, не должны предполагать, что

все сотрудники придерживаются единого мнения. У отдельных сотрудников могут быть различные личные и профессиональные цели, которые ведут их в разных направлениях. Закончив обучение по выбранной дисциплине, большинство врачей рады оставить занятия и взяться за работу. Большинство врачей отождествляют себя лично и профессионально с конкретной дисциплиной, в которой они обучались. Клиницисты хотят верить, что их подготовки достаточно для выполнения работы, потому что вера в обратное может поставить под сомнение безопасность их профессиональной идентификации. Терминология и практики дисциплин, отличных от ваших, могут показаться незнакомыми, пугающими и не стоящими усилий, когда ваш собственный подход кажется адекватным для поставленной задачи. Например, клиницист, обученный когнитивно-поведенческой терапии, может воздержаться от обсуждения переноса, в то время как специалист по психодинамической терапии может неохотно принять модель «А–В–С». Легче поверить, что разные подходы противоречат друг другу или дополняют друг друга, но не пересекаются, чем полагать, что есть чему поучиться у других дисциплин, чтобы включить эти знания в свою собственную клиническую практику. По моему опыту, обучение новым навыкам у коллег с направленностью, отличной от моей, было чрезвычайно полезным. Я психоаналитик, который вернулся к обучению, чтобы изучить КПТп, и который в настоящее время читает о терапии принятия и ответственности, или АСТ (Acceptance and Commitment Therapy, или АСТ) (Harris, 2009) и техниках осознанности (Pradhan, 2015).

Сотрудники первичного звена необязательно склонны к науке, этого и не нужно. В отличие от ученых, которые хотят проводить исследования и писать статьи, сотрудники, работающие с большими нагрузками, могут найти дополнительное обучение и супервизию новым бременем в и без того напряженном графике. Вместо того чтобы постоянно испытывать себя с целью приобретения новых навыков, переутомленные клиницисты могут следовать привычной повседневной рутине, в которой они оказывают пациентам необходимую техническую поддержку и осуществляют кризисное управление, не ожидая от больных значительных успехов на пути к восстановлению. В конце концов, если пациенты находятся в безопасности и им не хуже, может показаться, что этого достаточно, мы сделали все, что

можно сделать и чего требует наша работа. Персонал, обладающий талантом к психотерапии, основанным в первую очередь на врожденной личностной склонности и жизненном опыте, а не на формальном обучении, может быть менее заинтересован вкладываться в процесс супервизии. Некоторые сотрудники приходят в государственный сектор, намереваясь проработать там достаточно долго, чтобы накопить часы опыта, необходимые для подачи заявления на получение специальной лицензии, что позволит им покинуть государственную психиатрию, чтобы заняться частной практикой, или преследовать другие профессиональные цели. Для этих врачей государственная система охраны психического здоровья — временный, промежуточный этап на пути в другое место, а не обязательство по карьере, которое позволяет накопить опыт и знания на протяжении многих лет. Другие клиницисты намерены остаться здесь на долгое время, несмотря на трудности, с которыми они сталкиваются, потому что им нравится работать в первичном звене. Они также могут ценить относительную стабильность труда в государственной системе, возможности социализации с коллегами, медицинские льготы или солидную пенсию, которую обычно предоставляет государственный сектор.

К каким пациентам мы должны обратиться в первую очередь?

В настоящее время не хватает подготовленных психотерапевтов для удовлетворения потребностей пациентов с психотическими расстройствами, и мы не можем предсказать, кто получит наибольшую пользу от психотерапии. Но с чего-то надо начинать, исходя из здравого смысла и клинического опыта.

С чего начать? В стационаре персонал может сосредоточиться на лечении первого эпизода психоза, в надежде предотвратить хроническое заболевание; этой целью руководствуются специальные программы раннего вмешательства во многих штатах. Вторым приоритетным направлением деятельности может быть лечение пациентов с историей многократных госпитализаций с целью разработки психологической формулировки и плана психотерапевтического лечения, которые могли бы замедлить или остановить цикл повторных госпитализаций. Группа сортировки под руководством старшего клинициста могла бы выбрать небольшое количество таких пациентов для длительного стационарного лечения, включая амбициозную психотерапию, проводимую

в стационарном отделении, что на время отложило бы обычную целевую продолжительность пребывания в стационаре длительностью в две-три недели для этих пациентов. Фактически, администрация больницы могла бы предоставить стационарному отделению небольшое количество «квот» для продленного пребывания, которыми клиническая бригада могла бы распоряжаться по своему усмотрению, при этом продолжая стараться придерживаться средней продолжительности госпитализации в соответствии с рекомендациями по краткосрочному пребыванию, которые в настоящее время позиционируются как желательные. В такой инициативе возникнут административные, финансовые, клинические и юридические сложности, но нет ничего непреодолимого.

Непрерывность лечения: межсистемный консультант-психотерапевт

Как отмечалось в главе 16, редко, если вообще когда-либо, один психотерапевт обеспечивает непрерывность лечения, оставаясь активно вовлеченным в лечение пациента с психозом, когда больной перемещается по системе из стационара в дневной стационар, затем в амбулаторную клинику и обратно в стационар. После выписки пациента из больницы персонал стационара не стремится поддерживать постоянный контакт со специалистом, предоставляющим услуги амбулаторного лечения. Редко, если вообще когда-либо, система здравоохранения поддерживает единый, интегрированный, централизованный, общесистемный план лечения, который сопровождает пациентов от одного места оказания помощи к другому. Да, некоторая клиническая информация, особенно о лекарствах, передается из одного медицинского учреждения в другое, но, как правило, система не трансформирует свой коллективный опыт общения с пациентом в более совершенный комплексный общесистемный план лечения. Редко, если это вообще случается, происходит телефонный разговор между лечащим врачом первичного стационара и амбулаторным психотерапевтом, во время которого стационарный врач рассказывает, что было обнаружено о психологических факторах и о значении психоза пациента. Они также не будут обсуждать, как это понимание повлияло на психотерапию пациента в стационаре, или резюмировать, какой прогресс был достигнут и какое сопротивление встречалось на пути. Как правило, при госпитализации пациента амбулаторные психотерапевты не предоставляют заключение

о его амбулаторной психотерапии, включающее использованные методы, сделанные интерпретации, встреченное сопротивление и отмеченные реакции переноса.

Наилучшим способом обеспечить психологическую непрерывность лечения было бы, если бы один и тот же психотерапевт работал с пациентом, где бы пациент ни получал помощь. Однако это практически невозможно по многим причинам. Пациенты перемещаются по системе туда и обратно, но работа врачей первичного звена оплачивается в одном месте. Несмотря на то что психотерапевты не могут перемещаться, пациенты с первым эпизодом психоза, пациенты с историей повторных госпитализаций или любая другая группа пациентов могли бы иметь межсистемного психотерапевта-консультанта ВСП (bridging consultant psychotherapist ВСП). Этот психотерапевт должен отслеживать процесс психологической помощи пациенту от одной клинической организации к другой и оставаться в курсе психотерапии больного, даже если пациент находится в относительно стабильном состоянии в определенных условиях. В государственном здравоохранении такой должности не существует, но она крайне необходима. Я бы посоветовал администраторам создать такую должность и финансировать ее. Я не говорю о кураторе, который является важным членом терапевтической бригады, координирует приемы и поддерживающий уход за пациентами. Скорее, я имею в виду опытного психотерапевта, чья работа заключалась бы в том, чтобы понять, как протекает непрерывная психологическая помощь пациенту. Такой специалист будет поддерживать предоставляемый в централизованном порядке, унифицированный, интегрированный план лечения, который станет отражать коллективные системные предоставления о данном пациенте. Точно так же, как куратор может посещать пациента на дому один раз в месяц, психотерапевт-консультант может проводить телефонные разговоры или телемедицинские консультации с основным психотерапевтом, наблюдающим пациента на этот момент, чтобы вести актуальную запись психологической помощи больному, которая описывает успехи и концептуально излагает сопротивление в психотерапии. Точно так же, как врачи первичного звена работают с пациентами, психотерапевт-консультант будет работать с психотерапевтами. Чтобы психотерапевты первой линии приветствовали его, консультант должен обладать навыками межличностного общения, оказывать

позитивное влияние, а не восприниматься как сторонний ин-спектор качества медицинского ухода.

Чтобы проиллюстрировать, как может функционировать та-кой психотерапевт-консультант, вспомним Мейсона из главы 16, 26-летнего мужчину, который сообщил при поступлении, что он слышал голос Бога, утверждавший, что знакомая женщина, кото-рая отвергла его, отправляла ему телепатические сообщения, при-глашая к сексуальному насилию над ней. При выписке он больше не сообщал, что слышал голос Бога, но сказал, что Бог все еще приходил к нему в его снах, которые, как он считал, были созданы не им самим. Он сказал, что занял выжидательную позицию по по-воду того, что Бог может приказать ему сделать в будущем по отно-шению к той женщине и в отношении других вопросов. Он отри-цал, что психически болен, но сказал, что продолжит принимать лекарства после выписки. На момент его выписки множество во-просов оставалось без ответов. На эти вопросы можно было от-ветить с течением времени, только проследив за продвижением пациента от одного учреждения в системе психического здоро-вья в другое. Если бы психотерапевт-консультант интегрировал психотерапию Мейсона, со временем, вероятно, можно было бы получить ответы на следующие вопросы.

Несмотря на согласие Мейсона принимать лекарства, ста-нет ли он это делать, не изменив своей убежденности в том, что не болен? Какие тактики использовал психотерапевт, чтобы по-ставить под сомнение уверенность Мейсона в том, что лекар-ства не имеют отношения к его ситуации? Прекратил ли Мей-сон прием лекарств после выписки? Если он прекратил прием назначенных препаратов, то какие психотические симптомы вернулись; например, вернулся ли голос Бога, снова санкцио-нируя насилие над женщиной? Если симптомы, представляю-щие опасность для окружающих, действительно вернулись по-сле прекращения приема нейролептика, это подтвердило бы, что прием лекарств является ключевым аспектом лечения, который должен быть в центре внимания психотерапии. Какое обосно-вание, если обоснование вообще было, пациент предлагал для прекращения приема лекарств? Как психотерапевт исследовал значение лекарства для пациента и с каким результатом? В чем заключалось первичное сопротивление пациента к лекарствам (например, побочные эффекты, вера в то, что они не приносили ему пользы, несущественность лекарств для его ситуации, потому

что он не болен, вера в то, что лекарства не являются «натуральными» веществами и поэтому причиняют ему вред, или он заметил, что чем меньше лекарств он принимал, тем больше Бог возвращался, чтобы руководить его действиями, и это развитие он приветствовал? Если голос Бога вернулся, несмотря на то что пациент принимал лекарства, согласился ли пациент с увеличением дозы или заменой препарата, что снова подавило бы этот симптом?

Если предположить, что голос Бога не вернулся, но Мейсон продолжал думать, что его сны были посланиями от Бога, как психотерапевт подошел к этой вере в ходе психотерапии? Использовал ли психотерапевт методы КПТп; например, пытался ли психотерапевт получить доказательство того, что Бог создал сны пациента? Считал ли пациент, что все его сны были посланиями от Бога или только некоторые из них, и, если только некоторые, что характеризовало эти сны? Исследовал ли психотерапевт религиозные убеждения пациента? Если Мейсон был членом церкви, какое отношение имел его пастор к идее о том, что Бог направляет его сны? Поднимал ли психотерапевт вопрос о лжепророках и пытался ли убедиться в том, чтобы лжепророки не выдавали себя за Бога? Считал ли пациент, что если Бог направил действие, то это допустимо с моральной точки зрения, или он понимал, что действия, которые он считал себя уполномоченным совершить, были аморальными, но что Бог защитит его от любых плохих последствий, или он понимал, что отправится в тюрьму, если изнасилует кого-то? Если мысли о женщине, которую, как он чувствовал, его приглашали изнасиловать, вернулись, что спровоцировало их? При поступлении его внимание было сосредоточено на этой женщине или он включил других женщин в свои рассуждения? Если его психотерапевтом была женщина, вызвало ли это сопротивление в реакции переноса? Какова была общая стратегия психотерапевта? Какие успехи были достигнуты и какое сопротивление было встречено?

Консультант будет стремиться ответить на все подобные вопросы и передать ответы врачам по всей системе в централизованной интегрированной записи. Психиатры, исходящие из биологического подхода в лечении, пробуют разные фармакологические стратегии и соответственно совершенствуют свой план лечения на основании того, что сработало, а что нет. Со временем коллективная мудрость врачей, работающих в системе, может привести

к устранению тупиковых фармакологических тактик и определить, что является эффективным. В психотерапии такого коллективного усовершенствования не происходит. Хотя психотерапевты пробуют разные направления вмешательства и каждый врач индивидуально осведомлен о том, какой подход продемонстрировал заметный прогресс, а какой встретил сопротивление у конкретного пациента, из-за того, что записи психотерапевтов в масштабах всей системы очень скудны, система редко (если вообще когда-либо) совершенствует свой коллективный психотерапевтический опыт работы с пациентом в условиях различных клиник и разных психотерапевтов.

При разработке системы консультантов ВСП возникнут серьезные проблемы, ни одна из которых не будет непреодолимой, если администраторы приложат достаточное волевое усилие. Некоторые могут спросить: «А как насчет ограничений Закона о мобильности и подотчетности в области медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, или HIPAA) на передачу медицинской информации? Будет ли законным предоставить консультанту ВСП доступ к информации о текущем лечении пациента?» Это зависит от того, насколько узко или широко определяется система медицинского обслуживания, а также от законодательства штата и федерального законодательства, а также местной политики, регулирующей поток информации в этой системе. Например, в стационарном отделении весь персонал больницы, играющий санкционированную больницей роль в уходе за пациентом, имеет законный доступ к медицинской информации при выполнении своих обычных обязанностей. Я не вижу причин, по которым подобное ожидание не могло бы относиться к различным лечебным учреждениям, если бы штат определял все учреждения, лицензированные государством, как часть интегрированной системы медицинского обслуживания. Самым простым местом для запуска системы ВСП была бы государственная больница, которая включает дневной стационар и амбулаторную систему, которая уже находится под единым административным руководством. Таких систем по всей стране множество. Я подозреваю, что основным препятствием к внедрению системы консультантов ВСП, как отмечалось ранее, будет приверженность к гильдиям, междисциплинарная политика и различия в амбициях сотрудников по всей системе. Никто не любит,

когда руководитель смотрит через плечо, пока человек делает свою работу. Персонал, непосредственно работающий с пациентами, не будет благосклонно относиться к консультанту ВСП, если только не обнаружит, что консультант поддерживает их и помогает в уходе за пациентом.

В качестве отправной точки в амбулаторных условиях, если количество пациентов сократится до 65 на одного врача, можно ожидать, что каждый штатный врач будет предоставлять 8% своих пациентов амбициозную еженедельную индивидуальную психотерапию. Кто-то скажет: «Но 65 человек — это совершенно нереально! Это слишком мало!» На что можно было бы ответить: «Но это то, что требуется!» Это миф — полагать, что психотерапевты, работающие более чем с 80 тяжелобольными пациентами, которых они принимают раз в месяц в течение 30 минут, могут оказать необходимую психологическую помощь. Было бы честно сказать, что мы еще не придумали, как профинансировать большее число сотрудников и ограничить количество больных до 65 или меньше на одного врача. Открытое признание разрыва между существующими ресурсами и потребностями пациентов — важный шаг в побуждении администрации к действию. Сложившееся представление о том, что у больных хроническим психозом мало шансов на значительное восстановление, становится рационализацией идеи успокоения на достигнутом, будто мы уже делаем все, что в наших силах, что, в свою очередь, порождает административную инерцию, приводящую к принятию существующего положения вещей.

Супервизия

Клиническая супервизия, при которой психотерапевты представляют свою работу супервизору или группе коллег, — важный элемент любой психотерапевтической подготовки и текущей психологической практики, включая психотерапию психоза. Если бы количество пациентов можно было ограничить, расписание клиники позволило бы группам из шести-восьми врачей встречаться с супервизором еженедельно. Или если рабочая нагрузка слишком велика, чтобы выделять час в неделю, клиника может обеспечить drop-in супервизию, когда врачи, испытывающие трудности в работе с пациентом, могут получить совет от интервизорской

группы. Хотя клиницистов с опытом психотерапии психозов не слишком много, таких специалистов все же достаточно, чтобы создать «банк супервизоров», которые могли бы проводить блоки обучения и обеспечивать супервизию по телефону или через интернет-сеансы видеоконференцсвязи.

Клиницисты, осваивающие новый навык, должны попробовать применять на практике то, чему научились, под руководством более опытного терапевта. Опытные супервизоры могут быть полезны в нескольких отношениях. Они служат образцом для подражания для «младших» психотерапевтов, конкретизируя стремления супервизируемого (например: «Я вижу, что могу быть тем врачом, которым хочу быть, выполняя ту работу, которую я хочу выполнять с пациентами с психозом»). Иногда супервизору нужно только подбодрить, сказав: «Я думаю, вы на правильном пути с этим пациентом». В хорошо организованной супервизорной группе врачи готовы делиться своей работой и учиться. Люди воодушевляются общей целью. Когда коллега получает хороший результат, это вселяет уверенность в других членов группы, что они тоже могут добиться больших успехов со своими пациентами. В настоящее время я работаю с группами, посвященными лечению психозов у молодых совершеннолетних, где все врачи по очереди выступают, включая старших руководителей. Для старших врачей важно показать пример, представив свою работу для группового обсуждения, что укрепит чувство товарищества и уважения в конференц-зале.

Иногда у супервизора будет конкретный совет по формулировке или технике. Супервизор может предложить рабочие формулировки, подобные описанным в этой книге, чтобы помочь психотерапевтам продвигаться в своей деятельности.

Рассмотрим следующий пример вопроса о технике, обсуждаемой в супервизии. Талантливая коллега-психотерапевт представляла свою работу с молодой пациенткой, которая бросила колледж и стала жить с тетей. Пациентка считала, что другие студенты снимали ее на видео на свои мобильные телефоны и выкладывали эти видео в Интернете с пренебрежительными комментариями. Она также сообщила, что опасалась, что ее тетя пыталась отравить ее, добавляя в ее пищу токсичные вещества. Всякий раз, когда пациентка упоминала о своих страхах, она делала это в виде расплывчатых обобщений из нескольких слов. Когда на одном сеансе пациентку спросили, как обстоят ее

дела, она ответила: «Хорошо». Терапевт спросила: «Вы сказали мне, что между вами и вашей тетей возникла некоторая напряженность с тех пор, как вы живете с ней. Как дела дома?» Пациентка ответила: «Все хорошо». Психотерапевт поддерживала эмпатическую связь с пациенткой, но не знала, как помочь выйти за рамки недифференцированных общих слов. Ей было трудно вовлечь пациентку в работу КПТп, потому что та не признавала никаких страданий. Супервизор обратил внимание на кажущееся абсурдным противоречие: дома все в порядке, несмотря на то что тетя, как сообщается, пытается ее отравить. Это состояние сознания — пример «вертикального расщепления», при котором психотическая часть человека изолирована от ее последствий в реальности.

Позиция «все в порядке» сохранялась и на следующем сеансе. Вспомнив дискуссию на супервизии, после обычной последовательности общих слов психотерапевт спросила более конкретно: «Вы все еще думаете, что ваша тетя отравляет вашу пищу?» Пациентка снова ответила: «Не совсем», — на этот раз с понимающей улыбкой, которую психотерапевт использовала как возможность развить эту тему. Она бросила вызов защитной неопределенности пациентки, сказав: «Не совсем? Означает ли это, что она пытается убить вас, но вряд ли это удастся, или в действительности она не слишком старается убить вас, так что вас это не беспокоит? Что вы на самом деле чувствуете по поводу того, что тетя отравляет вашу еду?» Затем пациентка избавилась от бремени множества идей преследования, и лечение снова начало развиваться. Страх пациентки перед отравлением существовал давно. По возможности, она старалась избегать еды, приготовленной ее тетей («Кажется безумным думать об этом сейчас, говорить это вслух. Это звучит так глупо!»). Хотя психотерапевт установила значимое взаимопонимание, стыд, который испытывала пациентка, раскрывая свои «сумасшедшие» мысли, и страх потерять рассудок подтолкнули ее к общим высказываниям, которые затуманили переживания страхов, оставив ее в состоянии анабиоза. Она пыталась ограничить то, что открывала своему терапевту, потому что разговор о том, что, как она знала, являлось признаками безумия, возродил ее страх полностью потерять рассудок. Этот пример показывает, как супервизор смог привлечь внимание к защите, действовавшей в процессе лечения, которая при интерпретации психотерапевтом помогла продвижению лечения вперед.

Каждая историческая эпоха считает себя прогрессивной по сравнению с прошлой. В медицине мы считаем, что современные методы лечения лучше, чем ошибочные методы прошлых времен. Например, когда-то в психиатрии использовалась инсулиновая кома, но от этого метода лечения давно отказались. Антониу Мониш получил Нобелевскую премию по медицине в 1949 году за изобретение лоботомии, но от этого отмеченного наградой «достижения» вскоре отказались, когда появилось все больше свидетельств тяжелой заболеваемости и смертности в результате этой процедуры. Мы работаем в историческое время, когда доминирующей парадигмой является биологический взгляд на психоз. Многие считают биологический подход современным, передовым, действительно отражающим научную сторону положения дел. Но людям неизбежно трудно выходить за рамки парадигмы своего времени. Клиницисты вроде меня, которые находят смысл в психотических переживаниях, видят успехи в лечении психозов не только в открытии новых лекарств в будущем, но и в эффективном использовании психологических знаний, которыми мы уже обладаем в настоящее время. Возможно, административные препятствия на пути к амбициозной психотерапии в настоящее время непреодолимы. Может быть, людям с хроническим психозом придется подождать еще одно или два поколения, пока биологическая парадигма определит свои пределы, позволив подняться звезде психотерапии. А до тех пор клиницисты, которые верят в важность психотерапии при психозах, должны встретить мир таким, какой он есть, и действовать как можно дольше и упорнее.

Сохранение надежды у медицинских работников

Как врачи, лечащие больных с хроническим психозом, справляются с ограниченными результатами, которых они обычно достигают? Когда пациенты чувствуют себя хорошо, все могут испытывать радость, но, когда дела идут плохо, клиницисты слишком часто занижают свои ожидания. Они приспособливаются к плохим результатам. Когда пациенты не прогрессируют, психотерапевт должен попытаться сформулировать, почему конкретное лечение конкретного пациента застопорилось. «У шизофрении плохой прогноз» — никогда не может быть достаточным ответом. Например, пациент, цепляющийся за магическое

ожидание того, что он будет открыт Голливудом, может приходиться на сеансы только для того, чтобы дождаться этого вместе с психотерапевтом, а не заниматься лечением. Как справиться с этой выжидательной тактикой, становится вопросом дня. Или пациенты, которые упоминают пугающие голоса, но заявляют, что не могут раскрыть того, что эти голоса говорят, попали в кокон ужаса, через который лечение должно пройти, если мы хотим прогресса. Как смягчить ужас пациента — становится основной проблемой.

Клиницисты, увязшие в терапии, по-видимому не приносящей результатов, получают пользу от общения с коллегами, которые смогут посмотреть на лечение свежим взглядом. Встречи терапевтических бригад в государственном здравоохранении, на которых могут проводиться углубленные психотерапевтические консультации, происходят достаточно часто, но они обычно посвящены административным вопросам клинической помощи, а не глубокому обсуждению среди коллег того, почему пациент не прогрессирует в психотерапии. Участие в группе интервью, в которой психотерапевты видят успехи, достигнутые другими врачами, вселяет надежду. Например, в главе 15 я резюмировал психотерапию Каспера, который провел 15 лет в судебно-психиатрической больнице. Он добился выдающихся успехов при индивидуальной психотерапии раз в неделю. После 9 месяцев психотерапии он смог участвовать в программе градуированных уровней активности и получил пропуск на перемещение вне отделения, что в конечном итоге привело к выписке из больницы. Многие сотрудники, знавшие его в течение 15 лет, считали это восстановление чудом, а не ожидаемым результатом методической психотерапии.

Послесловие

Моя работа в области психотерапии с психотическими пациентами стала настоящим благословением для меня как в личном, так и в профессиональном плане. Она углубила мое понимание себя самого и того, что значит быть человеком, и придала моей профессиональной жизни устойчивую моральную цель, за что я благодарен. Клиницисты, работающие со страдающими психозом людьми, взаимодействуют с наиболее эмоционально

поврежденными из нас, с душами, которые, кажется, уже сброшены со счетов, но которые, живя в кошмарном сне, тем не менее изо всех сил пытаются подняться и продолжать жить. Какие же они все чудеса отваги! Многие люди нуждаются в помощи и ждут, когда мы их найдем в государственных больницах и клиниках. Это люди, которые когда-то были просто матерями, отцами, сыновьями и дочерьми. Они ждут, что мы поможем им вернуться домой. Мораль общества требует, чтобы мы делали все возможное ради этих людей. Разве все мы не хотим, чтобы в трудный момент кто-нибудь пришел нам на помощь?

ЛИТЕРАТУРА

- Aaltonen J. The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland. *Psychosis*, 3, 2011. P. 179–191.
- Abraham K. Contributions to the theory of the anal character. *International Journal of Psychoanalysis*, 4, 1923. P. 400–418.
- Alderson-Day B., McCarthy-Jones S. & Fernyhough C. Hearing voices in the resting brain: A review of intrinsic functional connectivity research on auditory verbal hallucinations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2015. 55. P. 78–87.
- Allen P., Laroï, F., McGuire P.K. & Aleman A. The hallucinating brain: A review of structural and functional neuroimaging studies of hallucinations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2008. 32(1). P. 175–191.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- American Psychological Association & Jansen M.A. *Recovery to practice initiative curriculum: Reframing psychology for the emerging health care environment*. Washington, DC: Author. 2014.
- Andreasen N. C., Liu D., Ziebell S., Vora A. & Ho B. C. Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia: A prospective longitudinal MRI study. *American Journal of Psychiatry*. 2013. 170(6). P. 609–615.
- Arieti S. *Interpretation of schizophrenia* (2nd ed.). New York: Basic Books. 1974.
- Arlow J. Unconscious fantasy and disturbances of conscious experience. *Psychoanalytic Quarterly*. 1969. 38. P. 1–27.
- Atwood G. E. *The abyss of madness*. New York: Routledge. 2012. Bailargeon R., Spelke E. S. & Wasserman, S. Object permanence in five-month-old infants. *Cognition*. 1985. 20(3). P. 191–208.

- Bartholomew K. Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1990. 7. P. 147–178.
- Bartholomew K. & Horowitz L.M. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991. 61(2). P. 226–244.
- Bastiampillai T., Sharfstein S.S. & Allison S. Increase in US suicide rates and the critical decline in psychiatric beds. *Journal of American Medicine*. 2016. 316(24). P. 2591–2592.
- Beck A. T., Rector N., Stolar N. & Grant P. M. *Schizophrenia: Cognitive theory, research and therapy*. New York: Guilford Press. 2009.
- Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. & Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press. 1979.
- Bellak L. *Ego functions in schizophrenics, neurotics, and normals*. Hoboken, NJ: Wiley. 1973.
- Benjamin L. Is chronicity a function of the relationship of the person and the auditory hallucination? *Schizophrenia Bulletin*. 1989. 15. P. 291–310.
- Bentaleb L. A., Beauregard M., Liddle P. & Stip E. Cerebral activity associated with auditory verbal hallucinations: A functional magnetic resonance imaging case study. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2002. 27(2). P. 110–115.
- Bentall R. P., Corcoran R., Howard R., Blackwood N. & Kinderman P. Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*. 2001. 21(8). P. 1143–1192.
- Berenbaum H. & Oltmanns T. F. Emotional experience and expression in schizophrenia and depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 1992. 101(1). P. 37–44.
- Bettelheim B. *The uses of enchantment: The meaning and importance of fairy tales*. New York: Knopf. 1977.
- Bion W. R. Differentiation of the psychotic from the nonpsychotic personalities. *International Journal of Psychoanalysis*. 1957. 38(3–4). P. 266–275.
- Bion WR. Attacks on linking. *International Journal of Psychoanalysis*. 1959. 40. P. 308–315.
- Blakemore S. J., Smith J., Steel R., Johnstone C. E. & Frith C. D. The perception of self-produced sensory stimuli in patients with auditory hallucinations and passivity experiences: Evidence for a breakdown in self-monitoring. *Psychological Medicine*. 2000. 30(5). P. 1131–1139.

- Blatt S. J. & Levy K. N. Mental representations in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Review of General Psychology*. 1997. 1. P. 351–374.
- Blatt S. J. & Wild C. M. *Schizophrenia: A developmental analysis*. New York: Academic Press. 1976.
- Bleuler E. *Dementia praecox or the group of schizophrenias* (M. Joseph Zinkin, Trans.). New York: International Universities Press. 1950.
- Bloss E. B., Janssen W. G., McEwen B.S. & Morrison J. H. Interactive effects of stress and aging on structural plasticity in the prefrontal cortex. *Journal of Neuroscience*. 2010. 30(19). P. 6726–6731.
- Bola J. R. & Mosher L. R. At issue: Predicting drug-free treatment response in acute psychosis from the Soteria project. *Schizophrenia Bulletin*. 2002. 28(4). P. 559–575.
- Bola J. R., & Mosher L. R. Treatment of acute psychosis without neuroleptics: Two-year outcomes from the Soteria project. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2003. 191(4). P. 219–229.
- Bollas C. *Catch them before they fall*. London: Routledge. 2012.
- Bornstein R. F. Reconnecting psychoanalysis to mainstream psychology: Challenges and opportunities. *Psychoanalytic Psychology*. 2005. 22. P. 323–340.
- Borst G. & Kosslyn S. M. Visual mental imagery and visual perception: Structural equivalence revealed by scanning processes. *Memory and Cognition*. 2008. 36(4). P. 849–862.
- Bowers M. *Retreat from sanity*. New York: Penguin Books. 1974.
- Bowlby J. (*Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). New York: Basic Books. (Original work published 1969). 1983.
- Braff D. L. Information processing and attention dysfunctions in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1993. 19(2). P. 233–259.
- Brent B. K., Seidman L. J., Thermenos H. W., Holt D. J. & Keshavan M. S. Self-disturbances as a possible premorbid indicator of schizophrenia risk: A neurodevelopmental perspective. *Schizophrenia Research*. 2014. 152(1). P. 73–80.
- Brown A. S. Prenatal infection as a risk factor for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2006. 32(2). P. 200–202.
- Cameron N. Experimental analysis of schizophrenic thinking. In J. S. Kasanin (Ed.), *Language and thought in schizophrenia* (pp. 50–64). Berkeley: University of California Press. 1954.
- Carey T. A. & Stiles W. B. Some problems with randomized controlled trials and some viable alternatives. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2015. 23(1). P. 87–95.

- Castonguay L. G., Goldfried M. R., Wisner S., Raue P. J. & Hayes A. M. Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996. 64(3). P. 497–504.
- Catani M., Craig M. C., Forkel S. J., Kanaan R., Picchioni M., Touloupoulou, T., McGuire P. Altered integrity of perisylvian language pathways in schizophrenia: Relationship to auditory hallucinations. *Biological Psychiatry*. 2011. 70(12). P. 1143–1150.
- Chadwick P., Birchwood M., & Trower P. *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester, UK: Wiley. 1996.
- Chapman L. J. & Chapman J. P. The genesis of delusions. In T. F. Oltmanns & B. A. Maher (Eds.), *Wiley series on personality processes: Delusional beliefs* (pp. 167–183). Oxford, UK: Wiley. 1988.
- Ciampi L. The natural history of schizophrenia in the long term. *British Journal of Psychiatry*. 1980. 136. P. 413–420.
- Clarkin J. F., Fonagy P. & Gabbard G. O. (Eds.). *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2010.
- Cliff M. A. Writing about psychiatric patients: Guidelines for disguising case material. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 1986. 50(6). P. 511–524.
- Colibazzi T., Yang Z., Horga G., Chao-Gan Y., Corcoran C. M., Klahr K., Peterson, B. S. Aberrant temporal connectivity in persons at clinical high risk for psychosis. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 2017. 2(8). P. 696–705.
- Conrad K. *La esquizofrenia incipiente* (J. M. Belda & A. Rabano, Trans.). Madrid: Fundacion Archivos de Neurobiologia. 1997.
- Craig T. K., Rus-Calafell M., Ward T., Leff J. P., Huckvale M., Howarth E., Garety P. A. AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: A single-blind, randomized controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2018. 5(1). P. 31–40.
- Crow T. J. Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. *British Journal of Psychiatry*. 1980. 137. P. 383–386.
- Crow T. J. The two-syndrome concept: Origins and current status. *Schizophrenia Bulletin*. 1985. 11(3), P. 471–486.
- Cullberg J., Levander S., Holmqvist R., Mattsson M. & Wieselgren I. M. One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002. 106(4). P. 276–285.

- Damasio A. The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness. New York: Mariner Books. 2000.
- Debbane M., Salaminios G., Luyten P., Badoud D., Armando M., Solida Tozzi A., Brent B. K. Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2016. 10. P. 406.
- Deegan P. Discovering recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2003. 26(4). P. 368–376.
- Deikman A. J. I = awareness. In S. Gallagher & J. Shear (Eds.), *Models of the self* (pp. 412–427). Exeter, UK: Imprint Academic. 1999.
- Diamond D. & Blatt S. J. Internal working models and the representational world in attachment and psychoanalytic theories. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 72–97). New York: Guilford Press. 1994.
- Docherty N. M., Evans I. M., Sledge W. H., Seibyl J. P. & Krystal J. H. Affective reactivity of language in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1994. 182(2). P. 98–102.
- Downing D. L. A proposed model for the outpatient treatment of psychosis in private practice settings. In D. L. Downing & J. Mills (Eds.), *Outpatient treatment of psychosis. psychodynamic approaches to evidence-based practice* (pp. 3–28). London: Karnac Books. 2017.
- Drake R. E. & Sederer L. I. The adverse effects of intensive treatment of chronic schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 1986. 27(4). P. 313–326.
- Eigen M. *The psychotic core*. New York: Jason Aronson. 1995.
- Eissler K. R. Notes upon defects of ego structure in schizophrenia. *International Journal of Psychoanalysis*. 1954. 35, P. 141–146.
- Ellis H. D., Young A. W., Quayle A. H. & De Pauw K. W. Reduced autonomic responses to faces in Capgras delusion. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*. 1997. 264(1384). P. 1085–1092.
- Erikson E. H. *Childhood and society*. New York London: Norton. 1963.
- Farina F. R., Mitchell K. J. & Roche R. A. Synaesthesia lost and found: Two cases of person- and music-colour synaesthesia. *European Journal of Neuroscience*. 2016. 45(3). P. 472–477.
- Fatemi S. H. & Folsom T. D. The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia, revisited. *Schizophrenia Bulletin*. 2009. 35(3). P. 528–548.

- Federn P. Ego psychology and the psychoses. New York: Basic Books. 1952.
- Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Marks J.S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998. 14(4). P. 245–258.
- Fonagy P. & Target M. Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*. 1996. 77(Pt. 2). P. 217–233.
- Fonagy P. & Target M. Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*. 2000. 81(Pt. 5). P. 853–873.
- Fonagy P., Target M., Gergely G., Allen J.G. & Bateman A.W. The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships. *Psychoanalytic Inquiry*. 2003. 23. P. 412–459.
- Fowler D., Garety P. & Kuipers E. Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice. Chichester, UK: Wiley. 1995.
- Freud S. A case of chronic paranoia. In J. Stracey (Ed. & Trans.). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 3, pp. 174–185). London: Hogarth Press. 1896.
- Freud S. The interpretation of dreams. In J. Stracey (Ed. & Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 5, pp. 588–609). London: Hogarth Press. 1900.
- Freud S. On beginning the treatment. In J. Stracey (Ed. & Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 121–144). London: Hogarth Press. 1913.
- Freud S. Instincts and their vicissitudes. In J. Stracey (Ed. & Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 111–140). London: Hogarth Press. 1915.
- Freud S. Mourning and melancholia. In J. Stracey (Ed. & Trans.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 239–258). London: Hogarth Press. 1917.
- Frith C.D. The cognitive abnormalities underlying the symptomatology and the disability of patients with schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*. 1995. 10 (Suppl. 3). P. 87–98.
- Frith C.D., Rees G. & Friston K. Psychosis and the experience of self: Brain systems underlying self-monitoring. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1998. 843. P. 170–178.

- Fromm-Reichmann F. Notes on the mother role in the family group. *Bulletin of the Mennigier Clinic*. 1940. 4. P. 132–148.
- Fromm-Reichmann F. *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press. 1950.
- Gabbard G. O. Disguise or consent: Problems and recommendations concerning the publication and presentation of clinical material. *International Journal of Psychoanalysis*. 2000. 81(Pt. 6). P. 1071–1086.
- Gabbard G. O. *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2010.
- Garcia-Sosa I. & Garrett M. Reasons patients doubt medication-resistant delusions in schizophrenia. *Psychiatric Times*. 2010. 27(10). P. 58.
- Garety P. A. & Hemsley D. R. Characteristics of delusional experience. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1987. 236(5). P. 294–298.
- Garety P. A., Kuipers E., Fowler D., Freeman D. & Bebbington P. E. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*. 2001. 31(2). P. 189–195.
- Garfield D. A. S. *Unbearable affect*. London: Karnac Books. 2009.
- Garfield D. A. S. & Steinman I. *Self psychology and psychosis: The development of the self during intensive psychotherapy of schizophrenia and other psychoses*. London: Karnac Books. 2015.
- Garrett M. Normalizing the voice hearing experience: The continuum between auditory hallucinations and ordinary mental life. In F. Larøi & A. Aleman (Eds.), *Hallucinations: A practical guide to treatment* (pp. 183–204). New York: Oxford University Press. 2010.
- Garrett M., Ahmed A. O., Athineos C., Cruz L., Harris K., Del Pozzo J., Foster V. & Galleg J. Identifying psychological resistances to using logic in cognitive-behavioral therapy for psychosis (CBTp) that limit successful outcomes for patients. *Psychosis*. 2019. 11(4). P. 287–297.
- Garrett M. & Silva R. Auditory hallucinations, source monitoring, and the belief that voices are real. *Schizophrenia Bulletin*. 2003. 29(3). P. 445–457.
- Garrett M., Singh A., Amanbekova D. & Kamarajan C. Lack of insight and conceptions of mental illness in schizophrenia, assessed in the third person through case vignettes. *Psychosis*. 2011. 3(2). P. 115–125.

- Garrett M. & Turkington D. CBT for psychosis in a psychoanalytic frame. *Psychosis*. 2011. 3(1). P. 2–13.
- Geekie J., Randal P., Lampshire D. & Read J. *Experiencing psychosis*. London: Routledge. 2011.
- Ghazanfar A. A. & Schroeder C. E. Is neocortex essentially multisensory? *Trends in Cognitive Science*. 2006. 10(6). P. 278–285.
- Gianaros P. J., Jennings J. R., Sheu L. K., Greer P. J., Kuller L. H. & Matthews K. A. Prospective reports of chronic life stress predict decreased grey matter volume in the hippocampus. *NeuroImage*. 2007. 35(2). P. 795–803.
- Glass L. L., Katz H. M., Schnitzer R. D., Knapp P. H., Frank A. F. & Gunderson J. G. Psychotherapy of schizophrenia: An empirical investigation of the relationship of process to outcome. *American Journal of Psychiatry*. 1989. 146(5). P. 603–608.
- Goffman E. (1981). *Forms of talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 1981.
- Goldstein K. Methodological approach to the study of schizophrenic thought disorder. In J. S. Kasanin (Ed.). *Language and thought in schizophrenia* (pp. 17–40). Berkeley: University of California Press. 1954.
- Gottdiener W. H. & Haslam N. The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia: A meta-analytic review. *Ethical Human Sciences and Services*. 2002. 4(3). P. 1–25.
- Greenberg J. *I never promised you a rose garden*. New York: St. Martin's Paperbacks. 1964.
- Grimm J. & Grimm W. (2011) *Grimm's fairy tales*. London: Puffin Books.
- Gumley A. I., Taylor H. E., Schwannauer M. & MacBeth, A. (2014). A systematic review of attachment and psychosis: Measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 129(4). P. 257–274.
- Gunderson J. G., Frank A. F., Katz H. M., Vannicelli M. L., Frosch J. P. & Knapp P. H. Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*. 1984. 10(4). P. 564–598.
- Hagen R., Turkington D., Berge T. & Gråwe R.W. (Eds.). *CBT for psychosis: A symptom-based approach*. London: Routledge. 2011.
- Haldane J. B.S. *Possible worlds*. London: Transaction. 2010.
- Harding C. M., Brooks G. W., Ashikaga T., Strauss J. S. & Breier A. (1987a). The Vermont longitudinal study of persons with severe

- mental illness: I. Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*. 1987a. 144(6). P. 718–726.
- Harding C. M., Brooks G. W., Ashikaga T., Strauss J. S. & Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: II. Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM–III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1987b. 144(6). P. 727–735.
- Harris R. *ACT made simple*. Oakland, CA: New Harbinger. 2009.
- Harrow M. & Jobe T. H. Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: A 15-year multifollow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2007. 195(5). P. 406–414.
- Harrow M., Jobe T. H. & Faull R. N. Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study. *Psychological Medicine*. 2014. 44(14). P. 3007–3016.
- Harrow M., Jobe T. H., Faull R. N. & Yang J. (2017). A 20-year multi-followup longitudinal study assessing whether antipsychotic medications contribute to work functioning in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2017. 256. P. 267–274.
- Hayes S. C. & Smith S. *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger. 2005.
- Ho B. C., Andreasen N. C., Ziebell S., Pierson R. & Magnotta V. (2011). Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: A longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 2011. 68(2). P. 128–137.
- Howes O. D. & Kapur S. The dopamine hypothesis of schizophrenia: Version III — the final common pathway. *Schizophrenia Bulletin*. 2009. 35(3). P. 549–562.
- Howes O. D., McCutcheon R. & Stone J. Glutamate and dopamine in schizophrenia: An update for the 21st century. *Journal of Psychopharmacology*. 2015. 29(2). P. 97–115.
- Howes O. D. & Murray R. M. Schizophrenia: An integrated sociodevelopmental–cognitive model. *Lancet*. 2014. 383(9929). P. 1677–1687.
- Hurn C., Gray N. S. & Hughes I. (2002). Independence of “reaction to hypothetical contradiction” from other measures of delusional ideation. *British Journal of Clinical Psychology*. 2002. 41(Pt. 4). P. 349–360.

- Isaacs S. The nature and function of phantasy. *International Journal of Psychoanalysis*. 1948. 29. P. 73–97.
- Jaspers K. *General psychopathology* (J. Hoenig & M. W. Hamilton, Trans.). Manchester, UK: Manchester University Press. 1963.
- Johannsen J. O., Martindale, B. & Cullberg J. (Eds.). *Evolving psychosis: Different states, different treatments*. London: Routledge. 2006.
- Jones E. E. & Pulos S. M. Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993. 61(2). P. 306–316.
- Jung C. G. *The psychogenesis of mental disease* (R. F. C. Hull, Trans.). London: Routledge & Kegan Paul. 1960.
- Jung C. G. *Man and his symbols*. New York: Doubleday. 1969.
- Jung C. G. (Ed.). *Memories, dreams, reflections*. New York: Vintage Books. 1989.
- Jung C. G. *The red book* (M. Kyburz, J. Peck, & S. Shamdasani, Trans.). China: Heirs of C. G. Jung. 2012.
- Kafka F. *The metamorphosis* (S. Corngold, Trans.). New York: Modern Library. 2013.
- Kane J. M., Robinson D. G., Schooler N. R., Mueser K. T., Penn D. L., Rosenheck R. A., Heinssen R. K. (2016). Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *American Journal of Psychiatry*. 2016. 173(4). P. 362–372.
- Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2003. 160(1). P. 13–23.
- Karon B. P. The tragedy of schizophrenia without psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. 2003. 31(1). P. 89–118.
- Karon B. P. & VandenBos G. R. The consequences of psychotherapy for schizophrenic patients. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. 1972. 9(2). P. 111–119.
- Karon B. P. & VandenBos G. *The psychotherapy of schizophrenia: The treatment of choice*. Northvale, NJ: Jason Aronson. 1981.
- Kemp R., Chua S., McKenna P. & David A. Reasoning and delusions. *British Journal of Psychiatry*. 1997. 170. P. 398–405.
- Kernberg O. *Bordeline states and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson. 1975.
- Kernberg O. *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson. 1976.

- Kernberg O. *Borderline conditions and pathological narcissism*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield. 1995.
- Keshavan M. S. Development, disease and degeneration in schizophrenia: A unitary pathophysiological model. *Journal of Psychiatric Research*. 1999. 33(6). P. 513–521.
- Keshavan M. S. & Brady R. Biomarkers in schizophrenia: We need to rebuild the Titanic. *World Psychiatry*. 2011. 10(1). P. 35–36.
- Kimhy D., Tarrier N., Essock S., Malaspina D., Cabannis D. & Beck A. T. Cognitive behavioral therapy for psychosis — Training practices and dissemination in the United States. *Psychosis*. 2013. 5(3). P. 296–305.
- Kingdon D. G. & Turkington D. (Eds.). *The case study guide to cognitive behaviour therapy of psychosis*. Chichester, UK: Wiley. 2002.
- Kingdon D. G. & Turkington D. *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York: Guilford Press. 2005.
- Klein M. A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*. 1935. 16. P. 145–174.
- Klein M. Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*. 1946. 27. P. 99–110.
- Klein M. The origins of transference. *International Journal of Psychoanalysis*. 1952. 33. P. 433–438.
- Kohut H. *The restoration of the self*. Chicago: University of Chicago Press. 1977.
- Kohut H. On empathy. *International Journal of Self Psychology*. 1981. 5(2). P. 122–131.
- Korver-Nieberg N., Berry K., Meijer C. J. & de Haan L. Adult attachment and psychotic phenomenology in clinical and non-clinical samples: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy*. 2014. 87(2). P. 127–154.
- Kring A. M. & Neale J. M. Do schizophrenic patients show a disjunctive relationship among expressive, experiential, and psychophysiological components of emotion? *Journal of Abnormal Psychology*. 1996. 105(2). P. 249–257.
- Langley-Hawthorne C. Modeling the lifetime costs of treating schizophrenia in Australia. *Clinical Therapeutics*. 1997. 19(6), P. 1470–1495; discussion P. 1424–1475.
- Larkin W. & Morrison A. (Eds.). *Trauma and psychosis*. London: Routledge. 2006.
- Lauveng A. *A road back from schizophrenia: A memoir* (S. S. Osttveit, Trans.). New York: Skyhorse. 2012.

- Leff J., Williams G., Huckvale M., Arbuthnot M. & Leff A.P. Avatar therapy for persecutory auditory hallucinations: What is it and how does it work? *Psychosis*. 2014. 6(2). P. 166–176.
- Legria M., Alvarez K., Pecosolido B. & Canino G. A sociocultural framework for mental health and substance abuse service disparities. In B. J. Sadock, V. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (10th ed., Vol. 2, pp. 4377–4387). Philadelphia: Wolters Kluwer. 2017.
- Leucht S., Arbter D., Engel R. R., Kissling W. & Davis J. M. How effective are second-generation antipsychotic drugs?: A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Molecular Psychiatry*. 2009. 14(4). P. 429–447.
- Leucht S., Kissling W. & Davis J. M. Second-generation antipsychotics for schizophrenia: Can we resolve the conflict? *Psychological Medicine*. 2009. 39(10). P. 1591–1602.
- Leudar I., Thomas P., McNally D. & Gliniski A. What voices can do with words: Pragmatics of verbal hallucinations. *Psychological Medicine*. 1997. 27(4). P. 885–898.
- Lieberman J. A. & Stroup T. S. The NIMH-CATIE schizophrenia study: What did we learn? *American Journal of Psychiatry*. 2011. 168(8). P. 770–775.
- Lin J. C. & Wang Z. Hearing of microwave pulses by humans and animals: Effects, mechanism, and thresholds. *Health Physics*. 2007. 92(6). P. 621–628.
- Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press. 1993.
- Liston C., Miller M. M., Goldwater D. S., Radley J. J., Rocher A. B., Hof P. R., McEwen B. S. Stress-induced alterations in prefrontal cortical dendritic morphology predict selective impairments in perceptual attentional set-shifting. *Journal of Neuroscience*. 2006. 26(30). P. 7870–7874.
- Litz T. *The origin and treatment of schizophrenic disorders*. Madison, CT: International Universities Press. 1990.
- Longden E. & Read J. Social adversity in the etiology of psychosis: A review of the evidence. *American Journal of Psychotherapy*. 2016. 70(1). P. 5–33.
- Lotterman A. *Psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia: Specific techniques*. London: Routledge. 2015.
- Lysaker P. H., Buck K. D., Carcione A., Procacci M., Salvatore G., Nicolo G. & Dimaggio G. Addressing metacognitive capacity for

- self reflection in the psychotherapy for schizophrenia: A conceptual model of the key tasks and processes. *Psychology and Psychotherapy*. 2011. 84(1). P. 58–69.
- Lysaker P. H., Carcione A., Dimaggio G., Johannesen J. K., Nicolo G., Proccacci M. & Semerari, A. Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: Associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005. 112(1). P. 64–71.
- Maher B. Anomalous experience and delusional thinking: The logic of explanations. In T. F. Oltmanns & B. Maher (Eds.), *Delusional beliefs* (pp. 15–33). New York: Wiley. 1988.
- Maher B. Delusional thinking and cognitive disorder. *Integrative Physiological and Behavioral Science*. 2005. 40(3). P. 136–146.
- Mahler M. S., Pine F. & Bergman A. *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books. 1975.
- Main M., Kaplan N. & Cassidy J. Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research* (pp. 66–104). Chicago: University of Chicago Press. 1985.
- Manoliu A., Riedl V., Zherdin A., Muhlau M., Schwerthoffer D., Scherr, M., Sorg C. Aberrant dependence of default mode/central executive network interactions on anterior insular salience network activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2014. 40(2). P. 428–437.
- Manschreck T. C. & Boshes R. A. The CATIE schizophrenia trial: Results, impact, controversy. *Harvard Review of Psychiatry*. 2007. 15(5). P. 245–258.
- Marcus E. *Psychosis and near psychosis* (3rd ed.). New York: Routledge. 2017.
- Martindale B. *Psychosis: Psychodynamic work with families*. *Psychoanalytic Psychotherapy*. 2011. 25(1). P. 75–91.
- Matussek P. *Studies in delusional perception*. In J. Cutting & M. Shepherd (Eds.), *The clinical roots of the schizophrenia concept: Translations of seminal European contributions on schizophrenia* (pp. 89–103). New York: Cambridge University Press. 1987.
- May P. R. A. *Treatment of schizophrenia: A comparative study of five treatment methods*. New York: Science House. 1968.

- McEwen B.S., Bowles N.P., Gray J.D., Hill M.N., Hunter R.G., Karatsoreos I.N. & Nasca C. Mechanisms of stress in the brain. *Nature Neuroscience*. 2015. 18(10). P. 1353–1363.
- McEwen, B. S., Gray, J., & Nasca, C. Recognizing resilience: Learning from the effects of stress on the brain. *Neurobiology of Stress*. 2015. 1. P. 1–11.
- McGuire P.K., Silbersweig D.A. & Frith C.D. Functional neuroanatomy of verbal self-monitoring. *Brain*. 1996. 119(Pt. 3). P. 907–917.
- McGuire P.K., Silbersweig D.A., Wright I., Murray R.M., David A.S., Frackowiak R.S. & Frith C.D. Abnormal monitoring of inner speech: A physiological basis for auditory hallucinations. *Lancet*. 1995. 346(8975). P. 596–600.
- McGuire P.K., Silbersweig D.A., Wright I., Murray R.M., Frackowiak R.S. & Frith C.D. The neural correlates of inner speech and auditory verbal imagery in schizophrenia: Relationship to auditory verbal hallucinations. *British Journal of Psychiatry*. 1996. 169(2). P. 148–159.
- McWilliams N. *Psychoanalytic case formulation*. New York: Guilford Press. 1999.
- McWilliams N. *Psychoanalytic psychotherapy*. New York: Guilford Press. 2004.
- McWilliams N. *Psychoanalytic diagnosis* (2nd ed.). New York: Guilford Press. 2011.
- Mearns R. *Borderline personality and the conversational model*. New York: Norton. 2012.
- Mizrahi R., Bagby R.M., Zipursky R.B. & Kapur S. How antipsychotics work: The patients' perspective. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2005. 29(5). P. 859–864.
- Modell A. *Imagination and the meaningful brain*. Cambridge, MA: MIT Press. 2006.
- Mojtabai R., Nicholson R.A. & Carpenter B.N. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bulletin*. 1998. 24(4). P. 569–587.
- Morrison A.P. Cognitive therapy for people experiencing psychosis. In J. Read & J. Dillon (Eds.), *Models of madness* (2nd ed., pp. 319–335). London: Routledge. 2013.
- Morrison A.P., Pyle M., Gumley A., Schwannauer M., Turkington D., MacLennan G., Kingdon D. Cognitive behavioural therapy in clozapine-resistant schizophrenia (FOCUS): An assessor-blinded,

- randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2018. 5(8). P. 633–643.
- Morrison A. P., Renton J., Dunn H., Williams S. & Bentall R. *Cognitive therapy for psychosis: A formulation based approach*. London: Routledge. 2004.
- Mosher L. & Boda J. Non-hospital, non-medication interventions in first-episode psychosis. In J. Read & J. Dillon (Eds.), *Models of madness. psychological, social and biological approaches to psychosis* (2nd ed., pp. 361–377). London: Routledge. 2013.
- Mueser K. T. & Berenbaum H. Psychodynamic treatment of schizophrenia: Is there a future? *Psychological Medicine*. 1990. 20. P. 253–262.
- Mueser K. T., Penn D. L., Addington J., Brunette M. F., Gingerich S., Glynn S. M., Kane J. M. The NAVIGATE Program for first-episode psychosis: Rationale, overview, and description of psychosocial components. *Psychiatric Services*. 2015. 66(7). P. 680–690.
- Nasca C., Bigio B., Zelli D., Nicoletti F. & McEwen B.S. (2015). Mind the gap: Glucocorticoids modulate hippocampal glutamate tone underlying individual differences in stress susceptibility. *Molecular Psychiatry*. 2015. 20(6). P. 755–763.
- Nelson B., Whitford T. J., Lavoie S. & Sass L. A. What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia?: Integrating phenomenology and neurocognition: Part 1 (Source monitoring deficits). *Schizophrenia Research*. 2014a. 152(1). P. 12–19.
- Nelson B., Whitford T. J., Lavoie S. & Sass L. A. What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia?: Integrating phenomenology and neurocognition: Part 2 (aberrant salience). *Schizophrenia Research*. 2014b. 152(1). P. 20–27.
- Norcross J. C. (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press. 2011.
- Ogden T. On the nature of schizophrenic conflict. *International Journal of Psychoanalysis*. 1980. 61. P. 513–533.
- Orwell G. *Keep the Aspistras flying*. New York: Harcourt. 1956.
- Panksepp J. & Biven L. *The archaeology of mind: Neuroevolutionary origins of human emotions*. New York: Norton. 2012.
- Parnas J., Moller P., Kircher T., Thalbitzer J., Jansson L., Handest P. & Zahavi D. EASE: Examination of anomalous self-experience. *Psychopathology*. 2005. 38(5). P. 236–258.

- Perrone-Bertolotti M., Rapin L., Lachaux J. P., Baciú M. & Loevenbruck H. What is that little voice inside my head?: Inner speech phenomenology, its role in cognitive performance, and its relation to self-monitoring. *Behavioural Brain Research*. 2014. 261. P. 220–239.
- Petkova V. I. & Ehrsson H. H. If I were you: Perceptual illusion of body swapping. *PLOS ONE*. 2008. 3(12), e3832.
- Pettersson-Yeo W., Allen P., Benetti S., McGuire P. & Mechelli A. Dysconnectivity in schizophrenia: Where are we now? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2011. 35(5). P. 1110–1124.
- Plitman E., Nakajima S., de la Fuente-Sandoval C., Gerretsen P., Chakravarty M. M., Kobylianskii J., Graff-Guerrero A. Glutamate-mediated excitotoxicity in schizophrenia: A review. *European Neuropsychopharmacology*. 2014. 24(10). P. 1591–1605.
- Pradhan B. *Yoga and mindfulness based cognitive therapy: A clinical guide*. Heidelberg, Germany: Springer. 2015.
- Pradhan B., Pinninti N. & Rathod S. (Eds.). *Brief interventions for psychosis*. Cham, Switzerland: Springer. 2016.
- Quijada Y., Kwapil T. R., Tizon J., Sheinbaum T. & Barrantes-Vidal N. Impact of attachment style on the 1-year outcome of persons with an at-risk mental state for psychosis. *Psychiatry Research*. 2015. 228(3). P. 849–856.
- Rapin L. A., Dohen M., Loevenbruck H., Whitman J. C., Metzack P. D. & Woodward T. S. Hyperintensity of functional networks involving voice-selective cortical regions during silent thought in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2012. 202(2). P. 110–117.
- Rathod S., Kingdon D., Weiden P. & Turkington D. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant schizophrenia: A review. *Journal of Psychiatric Practice*. 2008. 14(1). P. 22–33.
- Read J. & Dillon J. (Eds.). *Models of madness* (2nd ed.). London: Routledge. 2013.
- Read J., Fosse R., Moskowitz A. & Perry B. D. The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Neuropsychiatry*. 2014. 4(1). P. 65–79.
- Read J., & Gumley A. Can attachment theory help explain the relationship between childhood adversity and psychosis? In S. Benamer (Ed.), *Telling stories?: Attachment-based approach to the treatment of psychosis* (pp. 51–94). London: Karnac Books. 2010.

- Read J., Perry B. D., Moskowitz A. & Connolly J. The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: A traumatic neurodevelopmental model. *Psychiatry*. 2001. 64(4). P. 319–345.
- Read J., van Os J., Morrison A. P. & Ross C. A. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005. 112(5). P. 330–350.
- Riggs S. E., Garrett M., Arnold K., Colon E., Feldman E. N., Huangthaisong P., Lee E. Can frontline clinicians in public psychiatry settings provide effective psychotherapy for psychosis, if given the chance? *American Journal of Psychotherapy*. 2016. 70(3). P. 301–328.
- Riviere J. On the genesis of psychical conflict in earliest infancy. *International Journal of Psychoanalysis*. 1936. 17. P. 395–422.
- Robbins M. *Experiences of schizophrenia*. New York: Guilford Press. 1993.
- Robbins M. The primordial mind and the psychoses. *Psychosis*. 2012. 4(3). P. 258–268.
- Romme M., Escher S., Dillon J., Corstens D. & Morris M. *Living with voices: 50 stories of recovery*. Herefordshire, UK: PCCS Books. 2009.
- Rosenbaum B., Harder S., Knudsen P., Koster A., Lindhardt A., Lajer M., Winther G. Supportive psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for first-episode psychosis: Two-year outcome. *Psychiatry*. 2012. 75(4). P. 331–341.
- Rosenfeld H. Analysis of a schizophrenic state with depersonalization. *International Journal of Psychoanalysis*. 1947. 28. P. 130–139.
- Rosenfeld H. *Psychotic states*. London: Karnac Books. 1965.
- Rowling J. K. *Harry Potter and the sorcerer's stone*. London: Pottermore. 1997.
- Saks E. R. *The center cannot hold: My journey through madness*. New York: Hyperion. 2007.
- Sandler J. & Rosenblatt B. The concept of the representational world. *Psychoanalytic Study of the Child*. 1962. 17. P. 128–145.
- Sandler J. & Sandler A. M. On the development of object relationships and affects. *International Journal of Psychoanalysis*. 1978. 59(2–3). P. 285–296.
- Sapolsky R. M. Stress and the brain: Individual variability and the inverted-U. *Nature Neuroscience*. 2015. 18(10). P. 1344–1346.

- Sass L. A. & Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*. 2003. 29(3). P. 427–444.
- Sass L. A. & Pienkos E. Delusion: The phenomenological approach. In K. W. M. Fulford (Ed.), *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry* (pp. 632–657). Oxford, UK: Oxford University Press. 2013.
- Schafer R. *Aspects of internalization*. Madison, CT: International Universities Press. 1968.
- Schooler N. Cognitive behavioral therapy for clozapine non-responders. *Lancet*. 2018. 5(8). P. 607–608.
- Scott J. E. & Dixon L. B. Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1995. 21(4). P. 621–630.
- Searles H. F. The differentiation between concrete and metaphorical thinking in the recovering schizophrenic patient. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1962. 10. P. 22–49.
- Searles H. F. Integration and differentiation in schizophrenia. In H. F. Searles, *Collected papers on schizophrenia and related subjects* (pp. 304–348). New York: International Universities Press. 1965.
- Searles H. F. *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. London: Karnac Books. 1986.
- Seeman T. E., Singer B. H., Ryff C. D., Dienberg Love G. & Levy-Storms L. Social relationships, gender, and allostatic load across two age cohorts. *Psychosomatic Medicine*. 2002. 64(3). P. 395–406.
- Segal H. Some aspects of the analysis of a schizophrenic. *International Journal of Psychoanalysis*. 1950. 31. P. 268–278.
- Segal H. Notes on symbol formation. *International Journal of Psychoanalysis*. 1957. 38. P. 391–397.
- Seiden H. M. On relying on metaphor: What psychoanalysts might learn From Wallace Stevens. *Psychoanalytic Psychology*. 2004a. 21. P. 480–487.
- Seiden H. M. On the music of thought: The use of metaphor in poetry and in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*. 2004b. 22. P. 638–644.
- Sekar A., Bialas A. R., de Rivera H., Davis A., Hammond T. R., Kamitaki N., McCarroll S. A. Schizophrenia risk from complex variation of complement component 4. *Nature*. 2016. 530. P. 177–183.

- Shadish W. R., Jr. Policy research: Lessons from the implementation of deinstitutionalization. *American Psychologist*. 1984. 39(7). P. 725–738.
- Shergill S. S., Brammer M. J., Amaro E., Williams S. C., Murray R. M. & McGuire P. K. Temporal course of auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*. 2004. 185. P. 516–517.
- Shergill S. S., Bullmore E., Simmons A., Murray R. & McGuire P. Functional anatomy of auditory verbal imagery in schizophrenic patients with auditory hallucinations. *American Journal of Psychiatry*. 2000. 157(10). P. 1691–1693.
- Siegelman E. Y. *Metaphor and meaning in psychotherapy*. New York: Guilford Press. 1990.
- Sitko K., Bentall R. P., Shevlin M., O’Sullivan N. & Sellwood W. Associations between specific psychotic symptoms and specific childhood adversities are mediated by attachment styles: An analysis of the National Comorbidity Survey. *Psychiatry Research*. 2014. 217(3). P. 202–209.
- Skodlar B., Henriksen M. G., Sass L. A., Nelson B. & Parnas J. Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: A critical evaluation of its theoretical framework from a clinical–phenomenological perspective. *Psychopathology*. 2013. 46(4). P. 249–265.
- Slotnick S. D., Thompson W. L. & Kosslyn S. M. Visual memory and visual mental imagery recruit common control and sensory regions of the brain. *Cognitive Neuroscience*. 2012. 3(1). P. 14–20.
- Smith M. L., Glass G. V. & Miller T. I. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1980.
- Spitz R. A. The psychogenic diseases in infancy — An attempt at their etiologic classification. *Psychoanalytic Study of the Child*. 1951. 6. P. 255–275.
- Spitzer M. On defining delusions. *Comprehensive Psychiatry*. 1990. 31(5). P. 377–397.
- Stanton A. H., Gunderson J. G., Knapp P. H., Frank A. F., Vannicelli M. L., Schnitzer R. & Rosenthal R. Effects of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. *Schizophrenia Bulletin*. 1984. 10(4). P. 520–563.
- Steinman I. *Treating the untreatable*. London: Karnac Books. 2009.
- Stern D. N. *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books. 1985.

- Stoffregen T. A. & Bardy B. G. On specification and the senses. *Behavioral and Brain Sciences*. 2001. 24(2). P. 195–213.
- Stone M. H. The history of the psychoanalytic treatment of schizophrenia. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. 1999. 27(4). P. 583–601.
- Strauss J. S. Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry — II. *Schizophrenia Bulletin*. 1989. 15(2). P. 179–187.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2011). Recovery defined — A unified working definition and set of principles. Retrieved September 26, 2018, from <https://store.samhsa.gov/shin/content/PEP12-RECDEF/PEP12-RECDEF.pdf> (дата обращения: 7.03.2021).
- Sullivan H. S. *Clinical studies in psychiatry*. New York: Norton. 1973.
- Sullivan H. S. *Schizophrenia as a human process*. New York: Norton. 1974.
- Sullivan P. F., Agrawal A., Bulik C. M., Andreassen O. A., Borglum A. D., Breen G., O'Donovan M. C. Psychiatric genomics: An update and an agenda. *American Journal of Psychiatry*. 2018. 175(1). P. 15–27.
- Summers A. & Rosenbaum B. Psychodynamic psychotherapy for psychosis: Empirical evidence. In J. Read & J. Dillon (Eds.), *Models of madness* (2nd ed., pp. 336–344). London: Routledge. 2013.
- Susser E. & Widom C. S. Still searching for lost truths about the bitter sorrows of childhood. *Schizophrenia Bulletin*. 2012. 38(4), P. 672–675.
- Tandon R., Keshavan M. S. & Nasrallah H. A. Schizophrenia, just the facts what we know in 2008: 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research*. 2008. 102(1–3). P. 1–18.
- Tausk V. On the origin of the influencing machine in schizophrenia. In P. Buckley (Ed.), *Essential papers on psychosis* (pp. 49–77). New York: New York University Press. 1988.
- Teicher M. H., Samson J. A., Anderson C. M. & Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*. 2016. 17(10). P. 652–666.
- Thorup A., Petersen L., Jeppesen P. & Nordentoft M. Frequency and predictive values of first rank symptoms at baseline among 362 young adult patients with first-episode schizophrenia: Results from the Danish OPUS study. *Schizophrenia Research*. 2007. 97(1–3). P. 60–67.

- Tienari P., Sorri A., Lahti I., Naarala M., Wahlberg K. E., Pohjola J. & Moring J. Interaction of genetic and psychosocial factors in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1985. 71(S319). P. 19–30.
- Tienari P., Wynne L. C., Sorri A., Lahti I., Laksy K., Moring J., Wahlberg K. E. Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder: Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *British Journal of Psychiatry*. 2004. 184. P. 216–222.
- Tiihonen J., Tanskanen A. & Taipale H. 20-year nationwide follow-up study on discontinuation of antipsychotic treatment in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2018. 175(8). P. 765–773.
- Tost H., Champagne F. A. & Meyer-Lindenberg A. Environmental influence in the brain, human welfare and mental health. *Nature Neuroscience*. 2015. 18(10). P. 1421–1431.
- Turner E. H., Knoepflmacher D. & Shapley L. Publication bias in antipsychotic trials: an analysis of efficacy comparing the published literature to the US Food and Drug Administration database. *PLOS Medicine*. 2012. 9(3), e1001189.
- van der Gaag M. A neuropsychiatric model of biological and psychological processes in the remission of delusions and auditory hallucinations. *Schizophrenia Bulletin*. 2006. 32(Suppl. 1). P. 113–S122.
- van der Gaag M., Neiman D. & van den Berg D. CBT for those at risk of a first episode psychosis. London: Routledge. 2013.
- van Os J., Linscott R. J., Myin-Germeys I. & Delespaul P. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*. 2009. 39(2). P. 179–195.
- Varese F., Smeets F., Drukker M., Lieveise R., Lataster T., Viechtbauer W., Bentall R. P. Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2012. 38(4). P. 661–671.
- Volk L., Chiu S. L., Sharma K. & Haganir R. L. Glutamate synapses in human cognitive disorders. *Annual Review of Neuroscience*. 2015. 38. P. 127–149.
- Volkan V. Linking objects and linking phenomena. Madison, WI: International Universities Press. 1981.

- Vyas A., Mitra R., Shankaranarayana Rao B. S. & Chattarji S. Chronic stress induces contrasting patterns of dendritic remodeling in hippocampal and amygdaloid neurons. *Journal of Neuroscience*. 2002. 22(15). P. 6810–6818.
- Wampold B. E. Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*. 2007. 62(8). P. 855–873.
- Will O. A., Jr. Psychotherapeutics and the schizophrenic reaction. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1958. 126(2). P. 109–140.
- Wilson G., Farrell D., Barron I., Hutchins J., Whybrow D. & Kieran M. D. The use of eye-movement desensitization reprocessing (EMDR) therapy in treating post-traumatic stress disorder — A systematic narrative review. *Frontiers in Psychology*. 2018. 9, 923.
- Winnicott D. W. Ego distortions in terms of the true and false self. In D. W. Winnicott, *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 140–152). New York: International Universities Press. 1960.
- Winnicott D. W. The theory of the parent–infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis*. 1962. 43. P. 238–239.
- Wittgenstein L. *Philosophical investigations* (G. E. M. Asncombe, Trans.). Chichester, UK: Wiley-Blackwell. 2009.
- Wright J. H., Sudak D., Turkington D. & Thase M. E. *High-yield cognitive behavior therapy for brief sessions*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2010.
- Wright J. H., Turkington D., Kingdon D. & Basco M. *Cognitive-behavior therapy for severe mental illness: An illustrated guide*. Washington DC: American Psychiatric Publishing. 2009.
- Wykes T., Steel C., Everitt B. & Tarrrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*. 2008. 34(3). P. 523–537.
- Wynne L. C., Tienari P., Nieminen P., Sorri A., Lahti I., Moring J., Miettunen J. I. Genotype–environment interaction in the schizophrenia spectrum: Genetic liability and global family ratings in the Finnish Adoption Study. *Family Process*. 2006. 45(4). P. 419–434.
- Yoemans F. E., Clarkin J. F. & Kernberg, O. *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington DC: American Psychiatric Publishing. 2015.

- Young J. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Press. 1999.
- Zhou Y., Fan L., Qiu C. & Jiang T. Prefrontal cortex and the dysconnectivity hypothesis of schizophrenia. *Neuroscience Bulletin*. 2015. 31(2). P. 207–219.
- Zipursky R. B., Reilly T. J. & Murray R. M. The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophrenia Bulletin*. 2013. 39(6). P. 1363–1372.
- Zubin J. & Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 1977. 86(2). P. 103–126.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- А–В–С Модель.** 152-192, 213-234, 328, 425, см. также:
Активирующее событие 152, 213-266
Убеждения 18-38, 139, 142-193, 201-266, 305-375, 430
Последствия 34-66, 152, 162-178, 213-277, 340, 345
Бредовые идеи 12-63, 112, 141-188, 192-194, 290-293, 348-376, 406
Примеры выявления источников страдания 67, 95, 180
Начало работы с пациентами
Чувство реальности пациента и лечение
Рабочие формулировки 221, 222, 224-236, 367
- AVATAR-терапия** 282
- DCM-5**
- NAVIGATE-процедура** 19
- SMART цели (конкретные, измеримые, достижимые, реалистичные и ограниченные во времени)**
- Агрессия** 106, 208, 288
- Администрация** 358-369, 401-432, см. также:
Персонал 162, 228, 296, 338, 397-403, 409-415, 420-424, 426
- Сотрудники 20, 35, 258, 340-399, 411-414, 420-424, 426, 431-436
- Активирующее событие**
см. также:
А–В–С Модель 152, 192, 213, 217-220, 234, 328, 425
Бредовые идеи — примеры 258, 320, 357, 358
Голоса 36-62, 70-83, 170-192, 211-237, 303-358, 401-406, 436
Рабочие формулировки 221, 222, 224-236, 367
- Альтернативные объяснения** 220, 264, 276, 279, 289, 307, 330
- Бред 27, 55-61, 106-132, 207-265, 304-348, 399
- Психоз 11-21, 84-88, 103-142, 205-266, 385-392, 407-411, 433
- Амбициозная психотерапия** 11-18, 152-161, 328-394, 400-417, 422-424, 426, 435, см. также:
Государственная система охраны психического здоровья 426
Когнитивно-поведенческая терапия психозов (КПТп) 11, 22-28, 139-192, 267-305, 402-424
Непрерывность медицинской помощи
Препятствия на пути реформирования системы

- Психодинамическая психотерапия психозов (ПДПп) 11, 139, 140-145, 245, 274, 282
- Психотерапия психоза
- Сохранение надежды 16, 205, 435
- Супервизия, обучение 26, 35, 140-160, 225-260, 346-357, 409-412, 433
- Анальные темы** 111, 335
- Анастрофа** 49
- Анонимность** 273
- Антецеденты** 217, 222, 241
- см. также:
- Активирующие события 152, 213, 217, 236, 244, 266
- Апофения** 48
- Ассоциации в общении**
- Аффект** 40, 89-92, 126-129, 192-213, 226-237, 297-300, 306-323
- Аффективная лабильность** 298
- Аффективное притупление** 298
- Безнадзорность** 65, см. также:
- Жестокое обращение в детстве 365
- Безопасность** 47, 92, 151, 208, 369, 378, 425
- Правила безопасности
- Примеры
- Теория разума 100, 107
- Безусловное восстановление** 319
- Бессознательная фантазия** 114, 191, см. также:
- Амбициозная психотерапия 11-18, 152-161, 328-394, 400-417, 422-424, 426, 435
- Вертикальные расколы при психозе 302
- Государственная система охраны психического здоровья 426
- Насилие 64, 101, 294, 325, 429
- Сознание 31, 74, 102, 187, 268, 307, 356
- Фантазии 32-46, 131-133, 232-286, 300-324, 405
- Бессонница** 255
- Биологические модели психоза** 43, 44, см. также
- Амбициозная психотерапия 11-18, 152-161, 328-394, 400-417, 422-424, 426, 435
- Генетические факторы 69
- Государственная система охраны психического здоровья 426
- Психологические границы
- Стили привязанности
- Супервизия 241, 405, 409-411, 424-426, 432-434
- Теория сознания
- Феноменологическая психодинамическая модель психоза 71
- Биологическая теория нейроразвития** 56, см. также:
- Биологические модели психоза 43, 44
- Бостонское исследование психотерапии**
- Бред** 27, 55-61, 106-132, 207-265, 304-348, 399, см. также:
- Альтернативные объяснения 220, 264, 276, 279, 289, 307, 330
- Бредовые идеи 258, 320, 357, 358
- Воспринимающий мысли, а не думающий мыслью
- Доказательственные цепочки
- Игра детей, сказки и бред 94, 109
- Информированное согласие 162
- Копинг 152, 207, 208, 211, 212
- КПТ и психодинамические техники 38, 141-143, 254, 279
- Мысли 21, 31-43, 210-219, 222-225, 310-323, 430

- От конкретных метафор к бреду 131
- Отбор пациентов 139, 144
- Отдаленные результаты психотерапии
- Оценка вероятности 258
- Оценка конкретных доказательств 259
- Ощущение, что заблуждение реально, 305
- Поощрение сомнения 175
- Построение временной шкалы 170
- Прогрессирование психоза
- Рабочие формулировки 221, 225, 226, 228, 234-236
- Расстройство мышления 121, 149, 150, 151, 167
- Реальность 33-87, 105-107, 186-203, 231-257, 292, 301, 315, 316
- Свидетельство 53, 68, 173, 206, 239, 240, 272, 276, 327, 372
- Симптомы 13, 41, 139-181, 212-283, 289, 307-379, 390-398, 429
- Сложности в лечении
- Травма 55, 114, 224, 271, 347, 419
- Третичная психическая реальность 188
- Феноменологическая психодинамическая модель психоза 71
- Центральные бредовые идеи 175, 219, 234, 235, 364
- Чувство реальности пациента 79, 190, 192, 304, 306
- Бред преследования** 93, 164, 266, 287, 358
- Информированное согласие 162
- Непсихотические опосредующие защиты 285, 286, 288
- Поздние фазы психотерапии
- Бредовая атмосфера**
- Бредовое восприятие**
- Бредовые идентичности** 87, 120, 135
- Буквальная ложность бредовых идей** 38,
см. также:
Побуждение в лечении
- Сомнения по поводу заблуждений
- Бустерные сеансы**
- Взаимодействие с равными**
- Взаимосвязи** 48, 157
- Вмешательства** 141, 426, 431. См.:
Методы КПТп 38, 140, 268, 326, 430
- Психодинамические техники 38, 141, 282, 284
- Внимание** 41-49, 80, 122-151, 211-237, 270-290, 315-361, 430
- Внутренние диалоги** 247,
см. также:
Голоса 31-50, 101-144, 277-303, 360-362, 401-436
- Внутренние объектные отношения** 88, 89, 116, 118
- Взаимопонимание 82, 176, 434
- Травма 55, 114, 224, 271, 347, 419
- Внутренняя речь** 60, см. также:
Поток сознания 46, 51, 52, 60, 71-73, 80, 253
- Восприятие** 32-38, 131-186, 223-240, 299-302, 317, 345, 350
- Воспринимать мысли, а не думать мыслью
- Гибридные психические состояния
- Гиперрефлексивное самосознание. 50, 51, 53, 74, 75, 77, 271, 360
- Психоз и Реальность 35, 43, 88, 188, 189, 191, 192, 292, 315, 316
- Травма 55, 114, 224, 271, 347, 419
- Умственные границы
- Феноменологическая психодинамическая модель психоза 71

- Восприятие мыслей** 50, 51, 52, 237, 300, см. также:
Гиперрефлексивное самосознание 50, 51, 53, 75, 77, 271, 360
Мысли 21, 31-43, 210-219, 222-225, 310-323, 430
Прогрессирование психоза
- Восприятие реальности** 33-35, 86, 116, 237, 248, см. также:
Границы 31-36, 41, 87, 96, 98, 102-134, 188, 238, 265-286
Прогрессирование психоза
Реальность 33-43, 87, 105-107, 189-194, 196-203, 257, 316
Самоощущение 277
Травма 55, 114, 224, 271, 347, 419
Феноменологическая психодинамическая модель психоза 71
Цепочки доказательств 171, 172, 197, 327
- Восприятие «Я»** 50, 75, 76, 135, 222, см. также:
Восприятие реальности 33-35, 86, 116, 237, 248
Прогрессирование психоза
Феноменологическая психодинамическая модель психоза 71
- Вовлечение** 152, 154
- Воображение** по сравнению с бредом
Психотические симптомы 13, 42, 54-72, 134-164, 181, 209-219, 391-398, 429
- Восстановление** 14, 16, 17, 206, 315, 319-321, 356, 395, 432, 436
Государственная система охраны психического здоровья 426
Отдаленные результаты психотерапии
- Врачи** 11-27, 142-144, 394-397, 407-418, 433, 435. См.:
Обучение 26, 64, 160, 282, 409-412, 425
Терапевтические отношения 41, 135, 139, 154, 162, 299, 306
Штат сотрудников
- Выгорание** 391, 409
- Генетические факторы** 69, см. также:
Биологические модели психоза 43, 44
Модель биологического развития нервной системы
Феноменологическая психодинамическая модель психоза 71
- Гибридные психические состояния**
Примеры
Психологические границы 53
Травма 55, 114, 224, 271, 347, 419
- Гиперрефлексивное самосознание** 50, 51, 53, 77, 271, см. также:
«Я»
- Гипотетическое противоречие** 259
- Голоса** 31-50, 101-144, 277-303, 360-362, 401-436 см. также:
Биологические модели 43, 44, 388
Воспринимать мысль, а не думать
Галлюцинации 41, 71, 75, 146, 192, 246, 254, 273, 323, 328, 350, 399
Гибридные психические состояния
Информированное согласие 162
Нормализация 214, 219
Обсуждение в лечении
Первая терапевтическая встреча
Посланники изнутри

- Преодоление 207, 208, 210
- Расстройство мышления 121, 149-151, 167
- Слуховые галлюцинации 246
- Бред 27, 55-61, 106-132, 207-265, 304-348, 399;
- Техники КПТп, построение временной шкалы 170
- Горизонтальные расколы**
- Госпитализация** 179, 391, 394
- Государственная система охраны психического здоровья** 426
- Амбициозная психотерапия 11-18, 152-161, 328-394, 400-417, 422-424, 426, 435
- Непрерывность ухода
- Обучение 26, 64, 160, 282, 409-412, 425
- Препятствия на пути реформ 412
- Психотерапия 11-22, 64, 126-144, 163-186, 264-283, 296, 317-323, 401-417
- Супервизия 241, 405, 409-411, 424-426, 432-434
- Государственная система психического здоровья** 426, 427
- См.:
- Общественное психическое здоровье
- Грандиозные бредовые идеи**
- Границы, психологические.** См.:
- Психологические границы 53
- Границы Эго** 33, 36
- Деинституционализация** 387,
- см. также:
- Государственная система охраны психического здоровья 426
- Десенсибилизация и переработка движением глаз ДПДГ (EMDR)** 27, 282
- Детализация «А»** 257, 276,
- см. также:
- Активационные события
- Детство** 90, 199, см. также:
- Жестокое обращение в детстве 365
- Игры детей, сказки и бред 94
- Стили привязанности
- Диаграмма «Окно в сознании»** 250
- Дистресс** 237
- Доказательства** 24, 139, 171, 236-242, 307-331, 338
- Оценка ценности 259
- Доказательная цепочка** 327
- Ожидание 11, 17, 47-66, 126-148, 227-269, 318-334, 435
- Отдаленные результаты психотерапии
- Оценка конкретных доказательств 259
- Примеры
- Рабочие формулировки 221, 225, 226, 228, 234-236
- Реальность 33-43, 87, 105-107, 189-194, 196-203, 257, 316
- Цикл Опыт — Убеждение — Действие — Подтверждение 174
- Шкала оценки аномальных ошушений (EASE) 46
- Домашнее задание между сеансами.** См.: Домашнее задание
- Домашние задания** 255, 262, 279
- Дофаминовая теория шизофрении,** см. также:
- Биологические модели психоза 43, 44
- Жестокое обращение в детстве** 365, см. также:
- Биологические модели 43, 44, 388
- Получение истории
- Ранний опыт

- Стили привязанности
- Теория сознания
- Травматогенная модель
нейроразвития
- Жилье** 203, 282, 398
- Заверение** 167, 168, 215
- Закон о мобильности и подотчетности в области медицинского страхования (HIPAA)**
- Запускающие события**, см. также:
Антецеденты 217, 222, 241;
Психология привязанности двух
лиц 90, 91
Стресс 52, 63-65, 170-184, 205-214,
255-265, 320-334
- Защита** 25, 80-85, 89, 95-98, 105-129,
209-211, 292-294, 373-377, 434,
см. также:
Вертикальные расколы 302
Непсихотические опосредующие
защиты 285, 286, 288
Отрицание реальности 288, 304
Проективная идентификация
Проекция 80-95, 107, 111-135, 311
Расщепление 40, 135, 288, 292, 379
Сопrotивление 67, 160-184, 204-235,
285-288, 306, 427-429, 431
- Защитные реакции**. См.
Опосредующие защиты 285, 286, 288
- Злоупотребление алкоголем или
наркотиками**
- Значения слов**, см. также: Язык
- Игра** 44, 45, 62, 64, 87, 90, 94, 99, 103,
105, 106, 109, 125, 212, 333, 345,
380, 394
- Идеи отношения** 35, 48, 63, 71, 73-
75, 239, 317, 326, 327, 330, 333, 338,
342
- Биологические модели 43, 44, 388
Прогрессирование психоза
- Измененное восприятие** 38, 65, 73,
74, 86, 134, 135, 223
- Измененные состояния личности**
72, 243, 244, см. также:
Рабочие формулировки 221, 222,
224-236, 367
Самостояния как антецеденты
Свидетельства 23, 173, 240,
306, 404
- Инсайт-ориентированная
психотерапия (ЕЮ)** 21, 22
- Институционализация**, см. также:
Государственная система охраны
психического здоровья 426
- Интервизия** 436, см. также:
Супервизия 241, 405, 409-411, 424-
426, 432-434
- Интерпретации** 26, 128-141, 265-
279, 281-299, 308-310, 434
- Информированное согласие** 162
- Искажения, когнитивные**. См.:
Когнитивные искажения 63, 266,
268, 281, 330
- Искажение самореференции** 242,
268, 330, см. также:
Альтернативные объяснения 220,
264, 276, 279, 289, 307, 330
Бред 27, 55-61, 106-132, 207-265, 304-
348, 399
Когнитивные искажения 63, 266,
268, 281, 330
- Испытание реальности** 140, 194,
261, 279, 286, 356
- Третичная психическая реальность
188
- Исследовательская психотерапия**
38, 39, 286
- История больного**. См.:
История пациента 22, 156, 161, 169,
170, 310, 311, 314

- История пациента** 22, 156, 161, 169, 170, 310, 311, 314
- Доказательственные цепочки 371
- Информация о повседневной жизни
- Определение источников страдания
- Определение проблем и постановка целей 180
- Побуждение сомнений в бредовых идеях
- Построение временной шкалы 170
- Карательное суперэго** 106
- Качество жизни** 170, 387, 395, 409
- Амбициозная психотерапия 11-18, 152-161, 328-394, 400-417, 422-424, 426, 435,
- Деинституционализация
- Клинические испытания эффективности терапевтического вмешательства (САТIE)**
- Клиническое наблюдение**
- Когнитивные искажения**
- Когнитивная модель**
- Когнитивно-поведенческая психотерапия психоза (КПТ)**, см. также:
- Альтернативные объяснения 220, 264, 276, 279, 289, 307, 330
- Амбициозная психотерапия 11-18, 152-161, 328-394, 400-417, 422-424, 426, 435
- Буквальная ложность 38, 141, 326
- Бустерные сессии
- Взаимопонимание 82, 155, 157, 166, 434
- Голоса 31-50, 101-144, 277-303, 360-362, 401-436
- Интеграция с биологическими моделями,
- Копинг-стратегии 208
- Логика 34, 50, 115-127, 288, 305, 329, 418
- Негативные симптомы 57, 146, 148, 149
- Образная истинность 38, 39
- Обучение 26, 35, 140-160, 225-260, 346-357, 409-412, 433
- Определение проблем и постановка целей 180
- Отбор пациентов 139, 144
- Отдаленные результаты психотерапии
- Ощущение, что психотический опыт реален
- Представление трех базовых моделей 205
- Психотерапия психоза
- Рабочие формулировки 221, 222, 224-236, 367
- Результаты лечения 21, 419
- Чувство реальности пациента 190, 304-306
- Конкретные метафоры** 120, 125, 126, 128, 130, 131, 133, 135, см. также:
- Аффект 40, 89-92, 126-129, 192-213, 226-237, 297-300, 306-323
- Метафоры 41-54, 122-131, 271-275, 325, 373
- Понимание 25, 85, 122, 161, 224, 319, 408
- Прогрессирование психоза
- Симптомы как метафоры 134
- Консультант-психотерапевт** 427-429
- Контекст событий**
- Конфиденциальность** 166, 180
- Концепция автобиографической пьесы, поставленной в реальном мире** 85, см. также:

- Бред 27, 55-61, 106-132, 207-265, 304-348, 399
- Игры детей 94, 109, 345
- Психоаналитическая теория объектных отношений 28, 84, 85, 87
- Психоз 11-21, 84-88, 103-142, 205-266, 385-392, 407-411, 433
- Преследующие психологические объекты 92, 94
- Психологические объекты и развитие 99
- Сказки 68, 94, 109, 110, 113, 169, 310
- Травма 55, 114, 224, 271, 347, 419
- Феноменологическая психодинамическая модель психоза 71
- Кратковременная память**
- Креативность**
- Кризис** 47, 315, 391, 394, 412, 418, 425
- Биологические модели 43, 44, 388
- Прогрессирование психоза
- Лечение в целом**, см. также:
- Информированное согласие 162
- Когнитивно-поведенческая терапия психоза (КПТп) 11, 22-28, 139-192, 267-305, 402-424
- Нарушение мышления 150
- Негативные симптомы 57, 146, 149
- Определение проблем и постановка целей 180
- Отбор пациентов 139, 144
- Первая встреча
- Психодинамическая психотерапия психозов (ПДПп) 11, 139, 140, 142, 144, 145, 245, 274, 282
- Психотерапия при психозах
- Результаты лечения 21, 419
- Чувство реальности пациента 190, 304-306
- Логика** 34, 50, 115-127, 288, 305, 329, 418
- Логическое мышление**
- Ложная идентификация**
- Ложные воспоминания** 360, см. также:
- Воспоминания 32, 117, 127, 238, 309, 332, 372
- Магический контроль, фантазии** 32-46, 131-133, 232-286, 300-324, 405
- Воспоминания 32, 117, 127, 238, 309, 332, 372
- Ложные воспоминания 360
- Примеры
- Психодинамические техники 38, 141, 282, 284, 308
- Травма 55, 114, 224, 271, 347, 419
- Медикаменты**. См.:
- Психофармакология 15, 63
- Межличностные отношения** 62, 65-67, 299
- Межличностные привязанности**, см. также:
- Стили привязанности
- Ментальные границы** 53, 71, 135
- Альтернативные объяснения 220, 264, 276, 279, 289, 307, 330
- Биологические факторы 32, 43, 56, 63, 70
- Прогрессирование психоза
- Феноменологическая психодинамическая модель психоза 71
- Ментальные представления** 53, 54, 66, 92, 102, см. также:
- Вертикальные расколы 302
- Игра детей, сказки и бред 94, 109
- Первичный раскол
- Представления объектов

- Прогрессирование психоза
 Психологические объекты в развитии психоза 99
 Стили привязанности
 Умственные границы
Метакогнитивная рефлексия и инсай-терапия (MERIT) 145
 Метакогнитивная терапия 12
Метапознание 145
Метафоры 1-54, 122-131, 271-275, 325, 373, см. также:
 Аффект 40, 89-92, 126-129, 192-213, 226-237, 297-300, 306-323
 Бред 27, 55-61, 106-132, 207-265, 304-348, 399
 Конкретные метафоры 120, 125, 126, 128, 130, 131, 133, 135
 Континуум 125, 146, 152, 213, 214, 220
 Образные метафоры 125
 Общение 53, 145, 150, 158, 212, 227, 256, 272, 294, 336, 427, 428, 436
 Психотические симптомы 13, 42, 54-72, 134-164, 181, 209-219, 391-398, 429
Методы КПТп 38, 140, 268, 326, 430, см. также:
 Бредовые идеи 258, 320, 357, 358
 Голоса 31-50, 101-144, 277-303, 360-362, 401-436
 Когнитивно-поведенческая терапия психоза (КПТ) 11, 12, 20, 22-28, 38-40, 139-192, 204-229, 253-255, 267, 305, 336, 360, 379, 402-424
 Свидетельства об измененных состояниях сознания
Механизмы преодоления бредовых идей
 Голоса 31-50, 101-144, 277-303, 360-362, 401-436
 Когнитивно-поведенческая терапия психоза (КПТп) 11, 22-28, 139-192, 267-305, 402-424
Модель дисконнективности 57, 59, см. также:
 Биологические модели психоза 43, 44
Модель континуума 213, 214, 220
Модель стресс-уязвимости 152, 213, 220, 266
 Альтернативные объяснения 220, 264, 276, 279, 289, 307, 330
 Знакомство с пациентами
 Лечение 17, 27, 161, 227, 306, 320, 435, 436
Модель травматогенного развития нервной системы, см. также: Биологические модели психоза 43, 44
Моральные проблемы
Мысли 21, 31-43, 210-219, 222-225, 310-323, 430, см. также:
 Бред 27, 55-61, 106-132, 207-265, 304-348, 399;
 Внутренняя речь 60
 Гибридные психические состояния 117, 134, 187
 Гиперрефлексивное самосознание 50, 51, 53, 75, 77, 271, 360
 Обсуждение голосов в лечении 248
 Перевод измененного восприятия в психоз
 Побуждение к сомнениям
 Прогрессирование психоза
 Психическая эквивалентность 103
 Психодинамические техники 279
 Психоз 11-21, 84-88, 103-142, 205-266, 385-392, 407-411, 433
 Расстройство мышления 121, 149, 150, 151, 167

- Травма 55, 114, 224, 271, 347, 419
- Умственные границы
- Феноменологическая психодинамическая модель психоза 71
- Цепочки доказательств 171-173, 197, 327
- A-B-C-модель 152, 192, 213, 217-220, 234, 328, 425
- Мышление** 52, 77, 100, 102, 282, 301, 334, см. также:
- Гиперрефлексивное самосознание 50, 51, 53, 75, 77, 271, 360
- Мысли 21, 31-43, 210-219, 222-225, 310-323, 430
- Прогрессирование психоза
- Наблюдающее Эго** 192, 274
- Набор методов.** См.:
- Методы КПТп 38, 140, 268, 326, 430
- Нагрузка** 415, 416, 420, 425, 432
- Препятствия на пути реформирования системы 412
- Психотерапевт-консультант (BCP) 428, 429, 431, 432
- Супервизия 241, 405, 409-411, 424-426, 432-434
- Надежда** 16, 93, 108, 205-207, 353, 435
- Модель континуума 213, 214, 220
- Непрерывность медицинской помощи
- Надежный стиль привязанности**
- Неврология**
- Неврологические модели,** см. также:
- Биологические модели психоза 43, 44
- Бред 27, 55-61, 106-132, 207-265, 304-348, 399
- Модель биологического развития нервной системы 55, 56
- Модель дисконнективности 57, 59
- Травматогенная модель нервного развития 55
- Негативные симптомы** 57, 146, 149, см. также:
- Лечение 17, 27, 161, 227, 306, 320, 435, 436
- Отбор пациентов 139, 144
- Симптомы 13, 41, 139, 256, 321, 429
- Нейрокогнитивное функционирование**
- Нейролептики** 15, 18, 217, см. также:
- Психотерапия
- Психофармакология 15, 63
- Результаты лечения 21, 419
- Теория «шизофреногенной матери»
- Ненадежный тип привязанности.** См.:
- Ненадежные стили привязанности
- Ненадежный тревожно-избегающий стиль привязанности**
- Ненадежный тревожно-устойчивый стиль привязанности**
- Непредвиденные ситуации**
- Непрерывность ухода**
- Непсихотические опосредующие защиты** 285, 286, 288
- Нормализация способностей человеческого воображения**
- Взаимопонимание 82, 155, 157, 166, 176, 434
- Голоса 31-50, 101-144, 277-303, 360-362, 401-436
- Модель континуума 213, 214, 220
- Примеры
- Образная истинность в психотических симптомах**

- Образный язык** 135
- Образные метафоры** 125,
см. также:
Аффект 40, 89-92, 126-129, 192-213,
226-237, 297-300, 306-323
Метафоры 1-54, 122-131, 271-275,
325, 373
Симптомы как метафоры 134
- Обсуждение диагноза в лечении**
Государственная система охраны
психического здоровья 426
Штампы
- Объективная реальность** 33,
см. также:
Реальность 33-43, 87, 105-107, 189-
194, 196-203, 257, 316
- Объектные фантазии** 89, 116-119,
356, см. также:
Когнитивно-поведенческая терапия
психоза (КПТп) 11, 22-28, 139-192,
267-305, 402-424
Представления объектов
Стили привязанности
Травма 55, 114, 224, 271, 347, 419
Фантазии 32-46, 131-133, 232-286,
300-324, 405
Феноменологическая
психодинамическая модель
психоза 71
- Озабоченность** 111, 208, 348, 394
Феноменологическая
психодинамическая модель
психоза 71
- Опосредующая защита** 292, 294, 296
- Определение объекта** 284
- Опросы, периферийные.**
См.: Взаимопонимание 82, 155,
157, 166, 176, 434
Техника периферийного опроса 257
- Осознанность** 12
- Острый реактивный психоз**
- Основополагающие события**
- Отбор пациентов** 139, 144
- Ответ через борьбу** 208
- Ответ через замирание**
- Ответ через побег**
- Отказ** 24, 168, 278, 348, 391
- Отрицание реальности** 228, 305,
см. также:
Защиты 95
- Откровения** 134, 172, 174, 181, 186,
321
- Оральные темы** 109, 110, 112, 113
- Оценка** 103, 141, 205, 225, 258, 259,
388, 398, 409, см. также:
Государственная система
психического здоровья 426, 427
История пациента 22, 156, 161, 169,
170, 310, 311, 314
Отбор пациентов 139, 144
Патогенез психоза 46
- Параноидный бред** 208, 348,
см. также:
Преодоление бреда 207
- Пассивность** 52, 59, 61, 404
Бред пассивности 59, 61
- Патогенез психоза** 46
- Первичное «Я»** 79, 108
- Первичный раскол**
- Петля вины** 223
- Планирование лечения,**
см. также:
Рабочие формулировки 221, 222,
224-236, 367
- Повторные госпитализации** 365,
389, 395-401, 403, 409, 426,
см. также:
Амбициозная психотерапия 11-18,
152-161, 328-394, 400-417, 422-424,
426, 435

- Государственная система охраны психического здоровья 426
- Стационарное лечение 386
- Повторяющиеся**
- перцептуализированные мысли**, см. также:
- Восприятие мыслей 36, 51, 52, 236
- Препятствия на пути 412, 435
- Рецидив 14, 181, 319, 402-406
- Поддерживающая адаптивная психотерапия (RAS)** 21, 22
- Подростки** 47, см. также:
- Метафоры 1-54, 122-131, 271-275, 325, 373
- Модель А-В-С 152, 192, 213, 217-220, 234, 328, 425,
- Перевод измененного восприятия в мысли и чувства
- Прогрессирование психоза
- Психоаналитическая теория объектных отношений 28, 84, 85, 87
- Ранний опыт
- Регулирование аффекта 297
- Травма 55, 114, 224, 271, 347, 419
- Показатели самоубийств**
- Положительный аффективный фон**
- Полногеномный поиск ассоциаций (GWAS)** 56
- Последствия** 34-66, 152, 162-178, 213-277, 340, 345, см. также:
- А-В-С Модель 152, 192, 213, 217-220, 234, 328, 425
- Бредовые идеи 258, 320, 357, 358
- Рабочие формулировки 221, 222, 224-236, 367
- Постановка целей** 180
- Государственная система охраны психического здоровья 426
- Определение проблем и постановка целей 180
- Постепенное восстановление** 319, см. также:
- Восстановление 14, 16, 17, 206, 315, 319-321, 356, 395, 432, 436
- Построение временной шкалы** 170, см. также:
- История пациента 22, 156, 161, 169, 170, 310, 311, 314
- Поток сознания** 46, 52, 71, 72, 253, см. также:
- Воспринимать мысли, а не думать мыслью
- Модель дисконнективности 57, 59
- Последствия психоза
- Прогрессирование психоза
- Сознание 31, 74, 102, 187, 268, 307, 356
- Умственные границы
- Потребности безопасности** 47
- Предвзятость поспешных выводов**. См.:
- Когнитивные искажения 63, 281
- Пациенты
- Примеры разговоров с больным психозом
- Шизофрения 14, 23, 149-177, 379, 385
- Представления, мысленные**. См.:
- Ментальные представления
- Представления объектов**, см. также:
- Взаимопонимание 82, 155, 157, 166, 176, 434
- Ментальные представления 53, 54, 66, 92, 102,
- Объектные фантазии 89, 116-119, 356
- Стили привязанности
- Теория психоаналитических объектных отношений 84, 85, 87

- Представления о других** 95, 102, 103, 109, 116
- Представления о себе.** См.: Само-репрезентации
- Представления о «Я»**, см. также: Гибридные психические состояния
Игра детей, сказки и бред 94, 109
Совершенство
Стили привязанности
Теория психоаналитических объектных отношений 84, 85, 87
- Прекращение лечения** 163
- Причинно-следственные отношения** 171
- Прогресс в психотерапии**
- Программа поощрительных выплат в связи с реформой системы здравоохранения (DSRIP)** 389
- Продромальный психоз**
- Проекция** 80-95, 107, 111-135, 311, см. также: Защиты 95
Реальность 33-43, 87, 105-107, 189-194, 196-203, 257, 316
Совершенство
Умственные границы
- Процессы развития** 284
Прогрессирование психоза
Психологические объекты 92, 99
Теория психоаналитических объектных отношений 84, 85, 87
Эмоциональное развитие
- Психическая эквивалентность** 103
- Психическая реальность** 34, 188, см. также: Реальность 33-43, 87, 105-107, 189-194, 196-203, 257, 316
- Психоаналитическая теория объектных отношений** 28, 84, 85, 87
- Психообразование** 260
- Психодинамическая психотерапия психоза (ПДПп)** 11, 139, 140, 142, 114, 145, 245, 274, 282, см. также: Амбициозная психотерапия 11-18, 152-161, 328-394, 400-417, 422-424, 426, 435
Долгосрочные результаты 319
Обучение 26, 35, 140-160, 225-260, 346-357, 409-412, 433
Отбор пациентов 139, 144
Поздние фазы лечения
Психодинамические техники 38, 141, 282, 284, 308
Психотерапия психоза
Рабочие формулировки 221, 222, 224-236, 367
Регулирование аффекта 297
Чувство, что психотический опыт реален
- Психодинамические техники** 38, 141, 282, 284, 308, см. также: Бред 27, 55-61, 106-132, 207-265, 304-348, 399
Непсихотические опосредующие защиты 285, 286, 288
Перевод измененного восприятия в мысли и чувства
Психодинамическая психотерапия психоза (ПДПп) 11, 139, 140, 142, 114, 145, 245, 274, 282
Психотические симптомы 13, 42, 54-72, 134-164, 181, 209-219, 391-398, 429
Регулирование аффекта 297

- Свидетельство об измененных состояниях сознания
- Психодинамические формулировки**, см. также:
- Альтернативные объяснения психотических симптомов
- Психодинамические интерпретации 141, 282, 320
- Психодинамические рабочие формулировки в сочетании с формулировкой КПТп
- Центральные бредовые идеи 175, 219, 234, 235, 364
- Психоз** 11-21, 84-88, 103-142, 205-266, 385-392, 407-411, 433, см. также:
- Автобиографическая пьеса, поставленная в реальном мире 85
- Вертикальные расколы 302
- Воспринимать мысли, а не думать мыслью
- Игра детей, сказки и бред 94, 109
- Информированное согласие 162
- Когнитивная модель
- Концепция
- Непсихотические опосредующие защиты 285, 286, 288
- Нормализация 214, 219
- Отдаленные результаты психотерапии
- Ощущение, что психотический опыт реален
- Построение временной шкалы 170
- Прогресс 124, 291, 302, 399, 404, 436
- Реальность 33-43, 87, 105-107, 189-194, 196-203, 257, 316
- Свидетельство 53, 68, 173, 206, 239, 240, 272, 276, 327, 372
- Травма 55, 114, 224, 271, 347, 419
- Третичная психическая реальность 188
- Чувство реальности пациента 190, 304-306
- Психология** 44, 90, 93, 176, 191, 272
- Психологические защиты** 81, 286, см. также:
- Защиты 95
- Психологические модели психоза** 43, 44
- Интеграция с биологическими моделями
- Феноменологическая психодинамическая модель психоза 71
- Психологические объекты преследования** 92
- Преследующее суперэго
- Психосоциальная поддержка**, см. также:
- Психотерапия при психозах
- Психотерапевт-консультант** (ВСП) 428, 429, 431, 432
- Психологические объекты в развитии 99
- Психотерапия при психозах**, см. также:
- Амбициозная психотерапия 11-18, 152-161, 328-394, 400-417, 422-424, 426, 435;
- Аргументы в пользу 407
- Государственная система 426
- Долгосрочные результаты 319
- Когнитивно-поведенческая терапия психозов (КПТп) 11, 22-28, 139-192, 267-305, 402-424
- Мифы 20
- Обучение 26, 35, 140-160, 225-260, 346-357, 409-412, 433
- Отбор пациентов 139, 144

- Поздние фазы 267-305, 402-424
- Психодинамическая психотерапия психоза (ПДПп) 11, 139, 140, 142, 144, 145, 245, 274, 282
- Язык 13, 39, 125-127, 254, 377
- Психотические особенности сенсорных переживаний**, см. также: Сенсорные переживания
- Психотические симптомы** 13, 42, 54-72, 134-164, 181, 209-219, 391-398, 429. См.:
- Психотический язык**. См.: Язык 13, 39, 125-127, 254, 377
- Психофармакология** 15, 63, см. также: Нейролептики 15, 18, 217 Непрерывность ухода Психотерапия дополнительно к обычному лечению Результаты лечения 21, 419 Система охраны психического здоровья 426
- Работа галлюцинаций** галлюцинации 41, 71, 75, 146, 192, 246, 254, 273, 323, 328, 350, 399, см. также: Симптомы 13, 41, 139, 256, 321, 429 Слуховые галлюцинации 246 Феноменологическая психодинамическая модель психоза 71
- Рабочие формулировки** 221, 222, 224-236, 367, см. также: Альтернативные объяснения 220, 264, 276, 279, 289, 307, 330 Бред 27, 55-61, 106-132, 207-265, 304-348, 399 Когнитивно-поведенческая терапия психоза (КПТп) 11, 22-28, 139-192,
- Основные бредовые идеи 357 Психодинамические формулировки Психодинамический компонент 222, 225 Супервизия 241, 405, 409-411, 424-426, 432-434 Формулировки КПТп 221, 226, 228, 229, 232, 235, 236
- Ранний опыт**, см. также: Жестокое обращение в детстве 365 Игра детей, сказки и бред 94, 109 Получение истории Построение временной шкалы 170 Цепочки доказательств 171, 172, 197, 327, 338
- Ранние отношения** 66
- Раскрытие эмоциональных реакций терапевта**
- Расстройство мышления** 121, 149, 150, 151, 167, см. также: Бред; Симптомы; Мысли Информированное согласие 162 Отбор пациентов 139, 144
- Расширение** 17, 260, 284
- Расщепление**, см. также: Защита ментальных границ Первичный раскол Психологические объекты в развитии 99 Реальность 33-43, 87, 105-107, 189-194, 196-203, 257, 316 Совершенство
- Реальность** 33-43, 87, 105-107, 189-194, 196-203, 257, 316 Пациент спрашивает: «Вы верите, что я говорю правду?» Примеры разговоров с психотическими пациентами

- Психоз 11-21, 84-88, 103-142, 205-266, 385-392, 407-411, 433
- Чувства пациента
- Чувство, что психотический опыт реален
- Информированное согласие 162
- Режим притворства** 103, 104, 107, 110
- Результаты лечения** 21, 419, см. также:
- Лечение в целом
- Лечение — результаты
- Мифы о психотерапии
- Отдаленные результаты психотерапии
- Речь** 51, 60, 62; 89, 120-122, 125-126, 248, 251
- Решение проблем в лечении**
- Симптомы 13, 41, 139, 256, 321, 429
- Риск** 15, 65, 164, 214, 403
- Рольевые игры**
- Самоисполняющееся пророчество** 174
- Само-КПТ-терапия**
- Самопсихотерапия**
- Самооценка** 37, 347, 348, 351
- Домашнее задание между сеансами
- Прогрессирование психоза
- Режим притворства 103-105, 107, 110
- Совершенство
- Самость** 49, 216, см. также:
- Осознание «Я»
- Прогрессирование психоза
- Свидетельство об измененных состояниях сознания
- Свидетельство об измененных состояниях сознания**
- Гиперрефлексивное самосознание 50, 51, 53, 75, 77, 271, 360
- Прогрессирование психоза
- Феноменологическая психодинамическая модель психоза 71
- Свободные ассоциации** 362
- Континуум метафор
- Понимание 5, 85, 122, 161, 224, 319, 408
- Сексуальное насилие** 65, 178, см. также:
- Жестокое обращение в детстве 365
- Сексуальные потребности**
- Семейная психотерапия**
- Семейные факторы**
- Государственная система охраны психического здоровья 426
- Объектные фантазии 89, 116-119, 356
- Поощрение сомнений в бредовых идеях 175
- Сенсорные переживания**
- Гиперрефлексивное самосознание 50, 51, 53, 75, 77, 271, 360
- Прогрессирование психоза
- Сенсорные переживания
- Сильные стороны**
- Симптомы** 13, 41, 139, 256, 321, 429, см. также:
- Бред 27, 55-61, 106-132, 207-265, 304-348, 399
- Галлюцинации 41, 71, 75, 146, 192, 246, 254, 273, 323, 328, 350, 399
- Метафоры 1-54, 122-131, 271-275, 325, 373
- Негативные симптомы 57, 146, 149
- Нормализация 214, 219
- Отбор пациентов 139, 144
- Психодинамические интерпретации 282, 320
- Расстройство мышления 121, 149, 150, 151, 167

- Реальность 33-43, 87, 105-107, 189-194, 196-203, 257, 316
- Регулирование аффекта 297
- Способность воображения человека
- Синестезия** 58
- Синхронность в общении**, см. также:
- Взаимопонимание 82, 155, 157, 166, 176, 434
- Континуум метафор
- Метафоры 1-54, 122-131, 271-275, 325, 373
- Нарушение мышления
- Несвязанные ассоциации
- Понимание 5, 85, 122, 161, 224, 319, 408
- Язык 13, 39, 125-127, 254, 377
- Ясность в лечении
- Система ответа Бей-беги-замри**
- Система привязанности** 67
- Система ухода Вращающейся двери** 391, см. также:
- Государственная система охраны психического здоровья 426
- Сказки** 68, 94, 109, 110, 113, 169, 310
- Случайные моменты** 97. См.:
- Слуховые галлюцинации** 52, 59-62, 192, 246, 325, 326, см. также:
- Биологические модели 43, 44, 388
- Галлюцинации 41, 71, 75, 146, 192, 246, 254, 273, 323, 328, 350, 399
- Голоса 31-50, 101-144, 277-303, 360-362, 401-436
- Нормализация 214, 219
- Смертность** 408
- Сны на яву**
- Соблюдение режима приема лекарств**, см. также:
- Психофармакология 15, 63
- Совершенство**
- Фантазии о совершенстве 96-97
- Содействие в лечении**, см. также:
- Буквальная ложность бредовых идей 38
- Сознание** 31, 74, 102, 187, 268, 307, 356, см. также:
- Биологические модели 43, 44, 388
- Вертикальные расколы 302
- Влияние психоза на сознание
- Гиперрефлексивное самосознание 50, 51, 53, 75, 77, 271, 360
- Измененные состояния 71-76, 244, 273-275, 324
- Поток сознания 46, 51, 52, 60, 71-73, 80, 253
- Психологические объекты в развитии 99
- Состояния «Я» 61, 74-76, 243, 324
- Феноменологическая психодинамическая модель психоза 71
- Сознательные фантазии**, см. также:
- Фантазии 32-46, 131-133, 232-286, 300-324, 405
- Сомнения в бредовых идеях** 175
- Соппротивление** 67, 160-184, 204-235, 285-288, 306, 427-429, 431, см. также: Защита
- Состояния «Я»** 61, 74-76, 243, 324, см. также:
- Альтернативные объяснения в качестве антецедентов
- Измененные состояния 71-76, 244, 273-275, 324
- Рабочие формулировки 221, 222, 224-236, 367
- Сознание 31, 74, 102, 187, 268, 307, 356

- Феноменологическая
психодинамическая модель
психоза 71
- Сотерия Хаус — Soteria House 18**
- Социальные возможности**
- Спутанность сознания** 347
- Стабильность** 11, 100, 426
- Отдаленные результаты
психотерапии
- Психологические объекты
в развитии 99
- Стационарное лечение** 386
- Государственная система охраны
психического здоровья 426
- Межсистемный консультант-
психотерапевт (BCP) 427, 431, 432
- Обучение 26, 35, 140-160, 225-260,
346-357, 409-412, 433
- Повторные госпитализации 365, 389,
395-401, 403, 409, 426
- Препятствия на пути
реформирования системы
- Теория психоаналитических
объектных отношений 84, 85, 87
- Стили привязанности**
- Страх** 47, 92, 158, 160, 236, 326, 434
- Страшный стиль привязанности,
гибридные психические состоя-
ния и перевод измененного
восприятия в психоз
- Прогрессирование психоза
- Психическая эквивалентность 103
- Психодинамические техники 38,
141, 282, 284, 308
- Психоз 11-21, 84-88, 103-142, 205-266,
385-392, 407-411, 433
- Психологические границы
- Психологические объекты
в развитии 99
- Регулирование аффекта 297
- Теория психоаналитических
объектных отношений 84, 85, 87
- Травма 55, 114, 224, 271, 347, 419
- Чувства 18, 31-34, 183, 279-284, 345-
347, 400
- Стресс** 52, 63-65, 170-184, 205-214,
255-265, 320-334, см. также:
Активирующие события 230, 255,
277
- Биологические модели 43, 44, 388
- Обсуждение голосов в лечении
- Субъективная реальность** 34, 191,
194, см. также:
Обзор 55, 139, 181, 241, 245
Прогрессирование психоза
Рабочие формулировки 221, 222,
224-236, 367
Реальность 33-43, 87, 105-107, 189-
194, 196-203, 257, 316
- Супервизия** 241, 405, 409-411, 424-
426, 432-434
- Суперэго** 89, 97, 101, 106, 108, 170,
319
- Схемы** 40, 58, 142, 218, 267
- Темы** 75, 109-113, 167, 290, 377, 399
- Теория разума** 100, 107
- Теория психоаналитических
объектных отношений.** См.:
Психодинамические подходы
Теория объектных отношений 28,
84, 85, 87
- Теория «сверху вниз»** 60, см. также:
Амбициозная психотерапия 11-18,
152-161, 328-394, 400-417, 422-424,
426, 435
- Биологические модели 43, 44, 388
- Неврологические модели
- Перенос
- Получение истории
- Препятствия на пути

- реформирования системы
- Прогрессирование психоза
- Стили привязанности
- Супервизия 241, 405, 409-411, 424-426, 432-434
- Травма 55, 114, 224, 271, 347, 419
- Феноменологическая психодинамическая модель психоза 71
- Теория «снизу вверх»** 60, см. также: Нейрологическая модель
- Теория Фрейда**
- Теория «Шизофреногенная мать»**
- Терапевтические отношения**
- Бред 27, 55-61, 106-132, 207-265, 304-348, 399;
- Взаимопонимание 82, 155, 157, 166, 176, 434
- Выяснение истории пациента
- Заверение 215
- Определение проблем и постановка целей 180
- Ощущение, что психотический опыт реален
- Пациент спрашивает: «Вы мне верите?»
- Поощрение сомнений в бредовых идеях 175
- Ясность общения
- Терапия принятия и ответственности (АСТ)**
- Техника активного воображения**
- Теория объектных отношений** 28, 84, 85, 87
- Преследующие психологические объекты 92, 94
- Игра детей, сказки и бред 94, 109
- Психологические объекты в развитии 99
- Психотические симптомы 13, 42, 54-72, 134-164, 181, 209-219, 391-398, 429
- Травма 55, 114, 224, 271, 347, 419
- Техника логического вывода**
- Техника периферийных вопросов**
- Техники** 38, 144, 267, 322, 357. См.: Вмешательства 141, 426, 431
- Методы КПТп 38, 140, 268, 326, 430
- Психодинамические техники 38, 141, 282, 284, 308
- Травля**, см. также: Жестокое обращение с детьми
- Тревога уничтожения** 100
- Тревожное самосознание** 74. см. также
- Прогресс психоза
- Феноменологическая психодинамическая модель психоза 71
- Тревожная чрезмерная реакция**, см. также:
- Чрезмерная реакция 191
- Третичная психическая реальность** 188, см. также: Реальность 33-43, 87, 105-107, 189-194, 196-203, 257, 316
- Треугольник КПТ** 143, 218, см. также: Модель А-В-С 152, 192, 213, 217-220, 234, 328, 425
- Убеждения** 18-38, 139, 142-193, 201-266, 305-375, 430, см. также: А-В-С Модель 152, 192, 213, 217-220, 234, 328, 425
- Альтернативные объяснения 220, 264, 276, 279, 289, 307, 330
- Бредовые идеи 258, 320, 357, 358
- Доказательные цепочки
- Информированное согласие 162

- Рабочие формулировки 221, 222, 224-236, 367
- Третьичная психическая реальность 188
- Удовлетворение** 47, 275, 278, 317, 318
- Улучшение** 23, 181, 291, 389, 395
- Объект-ориентированная пьеса
- Психическая эквивалентность 103
- Уплощенный аффект** 218
- Управляемое открытие**
- Уход** 11, 155, 278, 397, 413-431, см. также:
- Негативные симптомы 57, 146, 149
- Факторы финансирования**
- Государственная система охраны психического здоровья 426
- Препятствия на пути реформирования системы
- Фантазии** 32-46, 131-133, 232-286, 300-324, 405, см. также:
- Игра детей, сказки и бред 94, 109
- Объектные фантазии о магическом контроле
- Перевод измененного восприятия в мысли и чувства
- Психическая эквивалентность 103
- Теория психоаналитических объектных отношений 84, 85, 87
- Психодинамические техники 38, 141, 282, 284, 308
- Травма 55, 114, 224, 271, 347, 419
- Чувство реальности пациента 190, 304-306
- Чувство совершенства
- Фармакология.** См.:
- Психофармакология 15, 63
- Феноменологическая психодинамическая модель психоза** 71
- Физиологические стрессовые реакции** 63
- Физические потребности**
- Физическое насилие** 64, 65, 178, 325, 388, см. также:
- Жестокое обращение в детстве 365
- Формулировка.** См.:
- Рабочие формулировки 221, 222, 224-236, 367
- Формулировки КПТп** 221, 226, 228, 229, 232, 235, 236, см. также:
- Рабочие формулировки КПТп — сочетание с психодинамическими формулировками
- Центральные бредовые идеи 175, 219, 234, 235, 364
- Формулировки, рабочие.** См.:
- Рабочие формулировки 221, 222, 224-236, 367
- Функционирование** 57, 82, 307, 401
- Негативные симптомы 57, 146, 148, 149
- Результаты лечения 21, 419
- Функционирование головного мозга,** см. также:
- Модель дисконнективности 57, 59
- Модель травматогенного нейроразвития
- Нейролептики 15, 18, 217
- Нейрологические модели
- Биологическая модель нейроразвития 56
- Допаминовая теория шизофрении 55, 57
- Сочетание подходов
- Чрезмерная реакция** 191
- Ощущение, что психотический опыт реален

- Травма 55, 114, 224, 271, 347, 419
- Чувство реальности пациента 190, 304-306
- Чувство личности как агента** 91
- Чувство эго**
- Чужой опыт**
- Биологические модели 43, 44, 388
- Воспринимающий мысль, а не думающий мыслью
- Шизофрения** 14, 23, 149-177, 379, 385, см. также:
- Негативные симптомы 57, 146, 148, 149
- Психоз 11-21, 84-88, 103-142, 205-266, 385-392, 407-411, 433
- Результаты лечения 21, 419
- Штат сотрудников**
- Амбициозная психотерапия 11-18, 152-161, 328-394, 400-417, 422-424, 426, 435
- Государственная система охраны психического здоровья 426
- Обучение 26, 35, 140-160, 225-260, 346-357, 409-412, 433
- Поддержание надежды
- Препятствия на пути реформирования системы
- Финансирование 22, 387, 392, 412, 418, 421
- Химиотерапия** 23
- Центральные бредовые идеи** 175, 219, 234, 235, 364, см. также:
- Бредовые идеи 258, 320, 357, 358
- Поощрение сомнений в бредовых идеях 175
- Рабочие формулировки 221, 222, 224-236, 367
- Эго психология**
- Эдипальный период**
- Психология трех лиц Эдипова периода 90, 91
- Элементы окружающей среды становятся на первый план
- Эмоции** 34, 102, 279, 320, см. также:
- Психологические объекты – развитие
- Регулирование аффекта 297
- Теория психоаналитических объектных отношений 84, 85, 87
- Чувства 18, 31-34, 183, 279-284, 345-347, 400
- Эмоциональная индукция**
- Эмоциональная регуляция**
- Эмпатия** 272
- Бред 27, 55-61, 106-132, 207-265, 304-348, 399
- Поощрение сомнений в бредовых идеях 175
- Эпигенетические факторы,** см. также:
- Генетические факторы 69
- «Я», см. также:
- Игра детей, сказки и бред 94, 109
- Психологические объекты в развитии 99
- Саморепрезентации
- Самосознание 49, 50, 51, 53, 74, 77, 78, 99, 271, 360
- Самостояния 272
- Теория психоаналитических объектных отношений 84, 85, 87
- Язык** 13, 39, 125-127, 254, 377 см. также:
- Метафоры 1-54, 122-131, 271-275, 325, 373

Модели психоза 13, 43, 44, 62, 63, 71,
84, 141, 152, 334
Общение 53, 145, 150, 158, 212, 227,
256, 272, 294, 336, 427, 428, 436
Оценка вероятности 258
Понимание 5, 85, 122, 161, 224, 319,
408

Ясность общения

Взаимопонимание 82, 155, 157, 166,
176, 434
Заверение 167, 168, 215
Конфиденциальность 166, 180
Название диагноза 166
Первая встреча 155, 161, 330

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОБ АВТОРЕ	7
БЛАГОДАРНОСТИ	8
ВВЕДЕНИЕ	11
Чем отличается эта книга.....	13
Доводы в пользу применения психотерапии при психозе	16
Опровержение мифов о психотерапии при психозе	20
ЧАСТЬ I.	
ТЕОРИЯ.....	29
ГЛАВА 1. Центральные проблемы психоза и основные определения.....	31
Некоторые основные определения реальности	33
Джеймел и его восприятие реальности	35
Буквальная ложность и образная истинность	38
Применение методов КПТп с Джеймелом.....	40
ГЛАВА 2. Биологические и психологические модели психоза	44
Патогенез психоза.....	46
Современные биологические теории психоза.....	55

Типы привязанности и ранние отношения	66
Феноменологическая психодинамическая модель психоза.....	71
«Я» как основной воспринимающий	76
Влияние биологически ослабленных границ на психодинамические процессы	80
ГЛАВА 3. Психоз: автобиографическая пьеса, поставленная в реальном мире	85
Психоаналитическая теория объектных отношений: сценарий.....	87
Преследующие психологические объекты.....	92
Психологические объекты в обычном развитии.....	99
Игра обычных детей, сказки и бред	109
Травма поднимает занавес перед премьерой.....	114
ГЛАВА 4. Нарушения образного языка, конкретные метафоры и бредовые идентичности.....	120
Ослабленные ассоциации.....	121
Понимание языка при психозе	122
Континуум метафоры.....	125
Метафора и аффект	126
Психотические симптомы как подходящие метафоры	134
ЧАСТЬ II.	
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА	137
ГЛАВА 5. Обзор лечения и отбор пациентов.....	139
Отбор пациентов	144
Негативные симптомы	146
Расстройство мышления.....	149

ГЛАВА 6. Вовлечение пациента	154
Установление взаимопонимания	155
Практические особенности первой встречи	161
Уход от реальности и информированное согласие.....	162
Название диагноза.....	166
Конфиденциальность.....	166
Заверения.....	167
ГЛАВА 7. Изучение истории пациента	169
Построение временной шкалы.....	170
Понимание цепочки доказательств.....	171
Поощрение сомнения в бредовых идеях	175
Выявление основной причины беспокойства пациента	177
ГЛАВА 8. Обсуждение реальности с человеком, страдающим психозом	185
Особое изящество вопроса о реальности.....	187
Психотические симптомы как третичная психическая реальность.....	188
Понимание чувства реальности пациентов с психозом.....	190
Беседа с Мелоди	199
ГЛАВА 9. Оценка стратегий преодоления стресса и представление трех моделей КПТп	205
Механизмы преодоления стресса и сохранение надежды	205
Преодоление бреда	207
Методы преодоления голосов.....	211
Введение в фазу КПТп	213

ГЛАВА 10. Рабочие формулировки КПТп и психодинамического подхода	221
Определение рабочей формулировки	221
Компонент КПТп	222
Психодинамический компонент	225
Сочетание психодинамической рабочей формулировки и рабочей формулировки КПТп.....	226
Рабочая формулировка Эдисона	228
Рабочая формулировка Упалы.....	231
Начало изучения центральной бредовой идеи	234
ГЛАВА 11. Работа с голосами и другие техники КПТп	246
Голоса как посланники из внутреннего мира	246
Обсуждение объяснений голосов с пациентами.....	248
Набор методов КПТп	254
ГЛАВА 12. Оспаривание бредовых идей	264
КПТп и психодинамический подход.....	267
Свидетельства об измененных состояниях сознания.....	270
Сочетание когнитивно-поведенческой терапии, эмпатии и психодинамической психотерапии	274
ГЛАВА 13. Психодинамическая интерпретация психотических симптомов	281
Привлечение внимания к мыслям, чувствам, фантазиям и воспоминаниям.....	282
Непсихотические опосредующие защиты.....	285
Управление аффектом	297
Переведение измененных восприятий в мысли и чувства	299

Глубокие вертикальные расколы в психике.....	302
Отказ от чувства реальности психотического опыта.....	304
Психотические симптомы представляются выходящими за пределы возможностей воображения человека	307
Психодинамическая интерпретация психотических симптомов в объектно-ориентированной системе.....	308
Изменения на более поздних этапах психотерапии.....	316
Долгосрочные результаты психотерапии.....	319
ГЛАВА 14. История болезни Ариэль.....	323
Ариэль: фаза КПТ	326
Психодинамическая фаза	344
Постскрипtum.....	355
ГЛАВА 15. Истории Аши и Каспера.....	357
Аша: женщина, которую больше никогда не госпитализировали	357
Каспер: человек, убивший своего отца и свою сестру.....	365
ЧАСТЬ III.	
ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОЗА	
В ГОСУДАРСТВЕННОМ СЕКТОРЕ	383
ГЛАВА 16. Текущие клинические условия государственной системы охраны психического здоровья	385
Текущее состояние дел.....	386
Роль психотерапии в государственном здравоохранении.....	396
ГЛАВА 17. Модель амбициозной психотерапии в условиях государственной медицины.....	408
Обучение.....	409

Препятствия на пути к реформам.....	412
Супервизия.....	432
Сохранение надежды у медицинских работников.....	435
ПОСЛЕСЛОВИЕ	436
ЛИТЕРАТУРА	438
ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ	461

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «ГОРОДЕЦ» ПРЕДСТАВЛЯЕТ

Серия книг для практикующих психологов и широкого круга читателей, интересующихся возможностями практического применения психологической науки, а также популярной и просветительской литературой по психологии

Р.А. Беккер, Ю.В. Быков, П.В. Морозов

ВЫДАЮЩИЕСЯ ПСИХИАТРЫ XX ВЕКА



В данном издании представлены те исследователи, чьи биографии менее знакомы отечественным психиатрам, хотя их фамилии всегда были на слуху.

Книга адресована в первую очередь молодым врачам-психиатрам: они, безусловно, должны знать жизнеописания ученых из разных стран, которых объединяли два важнейших качества — любовь к профессии и преданность науке. Для удобства читателей биографии расположены в алфавитном порядке.

Интернет-магазин gorodets.ru

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «ГОРОДЕЦ» ПРЕДСТАВЛЯЕТ

Серия книг для практикующих психологов и широкого круга читателей, интересующихся возможностями практического применения психологической науки, а также популярной и просветительской литературой по психологии

Кеннет Дж. Цукер, Сьюзен Дж. Брэдли

УЧЕБНИК ПО МУЗЫКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ



В учебнике представлены теоретические основы музыкальной терапии, описываются различные музыкально-терапевтические техники и способы их применения в клинических условиях. Композиционное построение материала основывается на выявлении роли музыки как терапевтического средства, начиная с исследования звукового пространства во время внутриутробного развития и заканчивая последним периодом жизни человека. Дается разъяснение таким понятиям, как терапевтическая сессия, факторы воздействия, показания и инструментарий. Способы практического использования рассматриваются применительно к различным стадиям возрастного и психологического развития с учетом характерных для того или иного периода нарушений и конфликтов и с привлечением большого количества примеров из практики.

Интернет-магазин gorodets.ru

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «ГОРОДЕЦ» ПРЕДСТАВЛЯЕТ

Серия книг для практикующих психологов и широкого круга читателей, интересующихся возможностями практического применения психологической науки, а также популярной и просветительской литературой по психологии

Екатерина Корзун

STOP LOVE. РАЗЛЮБИТЬ ЗА СТО ДНЕЙ, ИЛИ КОГДА НУЖНО РАССТАТЬСЯ



Что делать, если вы никак не можете разлюбить? Как пережить расставание с любимым человеком? Как избавиться от душевной боли? Что делать, если вас бросили? Нужно ли прощать измену? Если вы не можете ответить на эти вопросы, эта книга для вас. Здесь собраны самые лучшие практические упражнения. Если вы выполните хотя бы четвертую часть всех заданий, вам действительно станет легче. Описание клиентских случаев даст вам уверенность в положительном результате. Возможно, вы прислушаетесь к советам этой книги, и ваши новые отношения принесут вам радость. Цель книги — избавление. От боли. От себя самого. От своих иллюзий.

Интернет-магазин gorodets.ru

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «ГОРОДЕЦ» ПРЕДСТАВЛЯЕТ

Серия книг для практикующих психологов и широкого круга читателей, интересующихся возможностями практического применения психологической науки, а также популярной и просветительской литературой по психологии

АУТСАЙДЕР АРТ: КОЛЛЕКЦИЯ «ИНЬЕ»



В альбоме представлены произведения авторов из коллекции «ИНЬЕ» (Ярославль), не ориентированные на классические или современные визуальные практики.

Интернет-магазин gorodets.ru

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «ГОРОДЕЦ» ПРЕДСТАВЛЯЕТ

Серия книг для практикующих психологов и широкого круга читателей, интересующихся возможностями практического применения психологической науки, а также популярной и просветительской литературой по психологии

Дмитрий Лобачёв

ИСТОРИЯ ФРАНЦУЗСКОГО ПСИХОАНАЛИЗА В ЛИЦАХ



В книгу «История французского психоанализа в лицах» вошло пятнадцать биографических очерков о наиболее ярких и значимых деятелях французского психоанализа двадцатого века. Эта работа — первая попытка подробно рассказать на русском языке об истории французского психоанализа в лицах. Часть представленных очерков по-настоящему уникальна, поскольку целостных жизнеописаний некоторых из героев книги ранее не было как на русском, так и на французском и других европейских языках. Книга исправляет это упущение, предлагая читателю ознакомиться с историями жизни и творчества, теоретическими аспектами учений как «классиков», например Андре Грина, Жана Лапланша, Франсуазы Дольто, так и их менее известных коллег — Сержа Лебовичи, Раймона де Соссюра, Сержа Леклера и др.

Интернет-магазин gorodets.ru

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «ГОРОДЕЦ» ПРЕДСТАВЛЯЕТ

Серия книг для практикующих психологов и широкого круга читателей, интересующихся возможностями практического применения психологической науки, а также популярной и просветительской литературой по психологии

Кеннет Дж. Цукер, Сьюзен Дж. Брэдли

**РАССТРОЙСТВА
ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ
И ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**



Данная монография знакомит читателя с всесторонним анализом клинической и исследовательской литературы, посвященной детям и подросткам с расстройствами гендерной идентичности и другими психосексуальными проблемами. Раздел, посвященный детям (главы 2–10), предлагает подробный анализ расстройств гендерной идентичности как у девочек, так и у мальчиков, что включает в себя важнейшую феноменологию, медицинскую, биологическую, психосоциальную этиологию, клиническую формулировку, лечение, долгосрочное наблюдение. Раздел, посвященный подросткам (главы 11–13), предлагает сведения о расстройствах гендерной идентичности, трансвестистском фетишизме и гомосексуальности. Эта монография неопределима для детских психиатров и психологов, сексологов, педиатров, социальных работников, ученых и студентов.

Интернет-магазин gorodets.ru

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «ГОРОДЕЦ» ПРЕДСТАВЛЯЕТ

Серия книг для практикующих психологов и широкого круга читателей, интересующихся возможностями практического применения психологической науки, а также популярной и просветительской литературой по психологии

Наталья Богданова

НАРКОЛОГИЯ: ПОМОЩЬ ИЛИ УТОПИЯ? ЗАЧЕМ КОШКЕ ПИРОЖНОЕ?



Правдивые истории о том, как глубоки и устойчивы неправильные представления о природе зависимости у большей части людей, включая самих зависимых, их родственников и медработников. Как сложно и мучительно обретать это понимание при попытках оказания помощи зависимым. Насколько непримирима, неэффективна и драматична борьба ценностей зависимых и здоровых. Книга о том, что существующее мироустройство безнадежно в плане надежд на освобождение человечества от пут зависимости. Бороться с кем, чем, зачем и как — вечные вопросы; они сродни экзистенциальным, которые волнуют любого столкнувшегося с проблемой зависимости не понаслышке. Истории из практики, описание особенностей работы наркологического стационара, яркие запомнившиеся ситуации, размышления о полученном опыте.

Интернет-магазин gorodets.ru

Майкл Гарретт

Психотерапия при психозах

*Когнитивно-поведенческая и психодинамическая терапия:
комплексный подход*

Выпускающий редактор М. Маряшина

Редактор В. Чагина

Корректор Е. Полукева

Дизайн обложки И. Викторов

Компьютерная верстка Е. Климентьева

На обложке использованы иллюстрации:

Ekaterina Kapacheva / www.shutterstock.com

Используется по лицензии от www.shutterstock.com

Подписано в печать 07.10.2021. Формат 60×90/16

Печ. л. 31. Тираж 1000 экз. Заказ

«Издательский дом “Городец”»

105082, г. Москва, Переведеновский пер., д. 17, к. 1

www.gorodets.ru, e-mail: info@gorodets.ru

тел.: +7 (985) 8000 366

Отпечатано в АО

«Первая Образцовая типография».

Филиал «Чеховский Печатный Двор».

142300, Московская область, г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1

www.chpd.ru, тел. +7 (499) 270-73-59



Книга предназначена для специалистов в области психического здоровья, которые уже участвуют в уходе за людьми, страдающими психозом, и для ординаторов и стажеров, рассматривающих возможность посвятить себя этой работе. В порядке, который служит логическим следствием понимания психологии психоза, описывается подход к психотерапии психоза, сочетающий последовательное применение когнитивно-поведенческой терапии психозов и психодинамической психотерапии психозов. Автор не претендует на то, что он изобрел новый метод психотерапии. Скорее, словно соединяя две детали головоломки, он совместил два уже существующих вида терапии.

www.gorodets.ru

ISBN: 978-5-907358-54-6



9 785907 358546



СОЮЗ ОХРАНЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ