

СОДЕРЖАНИЕ

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

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

Глава 3. Управление голосами

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

Глава 4. Клинический опыт, полученный в реабилитационном центре

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

Первоначальный контакт и группа “Голоса”	101
Терапия: подход взаимодействующих когнитивных подсистем	102
Терапевтическое применение	104
Формулирование случая	105
Индивидуальная психотерапия	106
Заключение	108

Глава 5. Разоблачение “мышей-агентов”

Случай 5 (Кэти): Пол Мюррей	109
Кэти	110
Сессия 1: вовлечение и разработка альтернативных объяснений	110
Сессия 2: разработка альтернативных объяснений и формулирование случая	111
Сессия 3: управление симптомами	112
Сессия 4: приверженность лечению	113
Сессия 5: восприятие себя и других	113
Сессия 6: предотвращение рецидивов	114
Заключение	115

Глава 6. Установление диалога с голосами

Случай 6 (Ники): Дэвид Кингдон	117
Ники	117
Предыстория	118
Развитие болезни	118
Лекарства	119
Психологическая интервенция	120
Заключение	124

Глава 7. Борьба с психозом, вызванным употреблением психоактивных веществ и изоляцией

Случай 7 (Дэмьен): Дэвид Кингдон	125
Дэмьен	125
Психиатрический анамнез	126
Прогресс	126
Амбулаторное лечение	127
Психологическая интервенция	127
Формулирование случая	128
Заключение	130

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

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

Глава 9. Коммуникация с родителями

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

Глава 10. Два случая паранойи

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

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

Глава 11. Управление ожиданиями

Случай 12 (Джейн): Джереми Пелтон 173

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

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

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

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

Глава 15. Клиническая супервизия

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

Глава 16. Как осуществляется внедрение

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

Глава 2

С ПОЗИЦИИ ЗНАНИЯ: ПУТЕШЕСТВИЕ В НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ДЖАНЕТ

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

Причина обращения

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

Вовлечение

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Оценивание

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

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

Описание проблемы

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

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

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

История развития и социальный анамнез

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

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

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

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

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

Стандартизированный оценочный инструментарий

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

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

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

Рефлексии по поводу оценочного процесса

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

Первоначальное формулирование случая

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

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

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

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

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