



ВВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

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

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕХНИКИ

Основы когнитивно-поведенческой терапии

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

Общие навыки

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

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

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

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

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

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

Вовлечение

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

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

Отслеживание antecedентов

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

Понимание объяснений пациентов

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

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

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

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

Бред

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

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

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

Галлюцинации

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

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

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

Нарушения мышления

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

Негативные симптомы

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

Клинические подгруппы

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

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

Постепенное начало

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

Острое начало

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

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

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

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

Вопросы, связанные с лекарствами

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

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