



Глава 2



С ПОЗИЦИИ ЗНАНИЯ: ПУТЕШЕСТВИЕ В НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ

Случай 2 (Джанет): Лора Макгроу и Элисон Брabbан

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]). Книжки 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 вспоминают, насколько трудно убедить людей выполнять домашние задания, особенно если они кажутся им бессмысленными. Поставьте себя на место такого человека: если вы не совсем понимаете цель того, что кажется одновременно трудным (попробуйте вести дневник мыслей в течение недели) и бессмысленным (вспомните о тех или иных курсах, на которых приходилось выполнять формальные задания), то какие аргументы вы бы привели? Важно дать четкое обоснование и объяснение цели вашей интервенции и вашего присутствия в их доме.

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

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

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

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

Оценивание

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

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

Описание проблемы

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

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

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

История развития и социальный анамнез

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

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

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

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

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

Стандартизированный оценочный инструментарий

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

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

Хотя я провела несколько лет, отслеживая, как Джанет принимает лекарства, я спросила ее, есть ли у нее какие-либо побочные эффекты, и вздохнула с облегчением, когда она сказала, что у нее их нет. Оценочная шкала побочных эффектов нейролептиков Ливерпульского университета (Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating Scale — 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 невысказанным, что я не знала подробностей ее переживаний и не задавала эти вопросы за все время нашего знакомства. Казалось, я подвела ее и оказала ей медвежью услугу. Я никогда не считала себя лучшим клиницистом в мире, но признавала себя разумной. Теперь это было, мягко говоря, сомнительно. В этот момент я почувствовала, что у меня есть два варианта: я могу либо бросить работу и открыть кофейню, о чем мечтала в трудные дни, либо решить, что обучение КПТ вообще не для меня. Что плохого в том, чтобы просто раздавать лекарства? Я не сделала ни того, ни другого выбора, но это было трудное время, 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-

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

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

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

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

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

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

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

Формулирование проблем Джанет

Ранний опыт

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

Дисфункциональные убеждения и предположения

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

Критические инциденты

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

Негативные автоматические мысли

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

Поддерживающие факторы

- Изоляция.
- Защитная функция заблуждений.

- Постоянный акцент на академической успеваемости.

Поведение — избегание/отказ.

Чувства — депрессия/гнев/паранойя.

Физиология — плохой сон/беспокойство/неспособность сконцентрироваться.

Терапевтический курс

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

Медикаментозное лечение

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

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

Нормализация

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

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

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

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

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

Модель стресс-уязвимости

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

Лечение сопутствующей депрессии

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

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

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

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

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

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

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

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

Бредовые убеждения

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

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

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

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

Я: Вы думаете, вам в голову вживили имплантат?

Джанет: Не знаю.

Я: Вам когда-нибудь делали операции на голове?

Джанет: Нет.

Я: У вас есть шрамы на голове?

Джанет: Нет.

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

Джанет: Я думала, да.

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

Итак, у вас нет свидетельств?

Джанет (делает паузу подольше и становится более робкой):

Кажется, нет, нет.

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

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

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

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

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

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

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

Работа над голосами

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

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