



ПРЕДИСЛОВИЕ

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

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

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

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

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

Дуглас Теркингтон
Дэвид Кингдон
18 декабря 2001 г.