

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

ОБ АВТОРЕ

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

БЛАГОДАРНОСТИ

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

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

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

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

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

ВВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

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

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

Чем отличается эта книга

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

Эта книга:

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

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

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

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

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

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

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОБ АВТОРЕ	7
БЛАГОДАРНОСТИ	8
ВВЕДЕНИЕ	11
Чем отличается эта книга.....	13
Доводы в пользу применения психотерапии при психозе	16
Опровержение мифов о психотерапии при психозе	20
ЧАСТЬ I.	
ТЕОРИЯ.....	29
ГЛАВА 1. Центральные проблемы психоза и основные определения	31
Некоторые основные определения реальности	33
Джеймел и его восприятие реальности	35
Буквальная ложность и образная истинность	38
Применение методов КПТп с Джеймелом.....	40
ГЛАВА 2. Биологические и психологические модели психоза	44
Патогенез психоза.....	46
Современные биологические теории психоза.....	55

Типы привязанности и ранние отношения	66
Феноменологическая психодинамическая модель психоза.....	71
«Я» как основной воспринимающий	76
Влияние биологически ослабленных границ на психодинамические процессы	80
ГЛАВА 3. Психоз: автобиографическая пьеса, поставленная в реальном мире	85
Психоаналитическая теория объектных отношений: сценарий	87
Преследующие психологические объекты.....	92
Психологические объекты в обычном развитии.....	99
Игра обычных детей, сказки и бред	109
Травма поднимает занавес перед премьерой.....	114
ГЛАВА 4. Нарушения образного языка, конкретные метафоры и бредовые идентичности.....	120
Ослабленные ассоциации.....	121
Понимание языка при психозе	122
Континуум метафоры.....	125
Метафора и аффект	126
Психотические симптомы как подходящие метафоры	134
ЧАСТЬ II.	
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА	137
ГЛАВА 5. Обзор лечения и отбор пациентов.....	139
Отбор пациентов	144
Негативные симптомы	146
Расстройство мышления.....	149