
Оглавление

Предисловие к изданию на русском языке	6
Предисловие к изданию на английском языке	9
Участники издания	13
Список сокращений и условных обозначений	18
Глава 1. Проблемы диагностики	19
Глава 2. Познавая психическое	37
Глава 3. Метакпознание как общий фактор патологий личности	67
Глава 4. Интеграция лечения	79
Глава 5. Предваряющая лечение фаза: оценочная беседа и информирование о диагнозе	102
Глава 6. Терапевтические отношения	121
Глава 7. Общие цели лечения и порядок проведения сессий	159
Глава 8. Мониторинг и интеграция	168
Глава 9. Дифференциация и децентрация	208
Глава 10. Почти невозможные случаи	254
Глава 11. Групповые мероприятия: обучение навыкам	276
Глава 12. Фармакологическое лечение пациентов с расстройствами личности	304
Глава 13. Синтез: метакогнитивная межличностная терапия	320
Список литературы	335
Предметный указатель	336

Глава 1

Проблемы диагностики

Антонио Семерари, Фабио Морони, Джузеппе Николо
и Антонино Карсионе

1.1. Проблема: сложный случай

Первая беседа только закончилась, и психотерапевт сомневался в отношении диагноза. Он начал пересматривать свои записи. Энрико, 25-летний студент университета с невыдающейся внешностью, владеющий изящным слогом, более года назад перестал сдавать экзамены и посещать занятия. Единственный ребенок в семье, все еще живущий со своими родителями, он обратился в Третий центр когнитивной психотерапии с довольно необычной проблемой. Энрико падает в обморок или, точнее сказать, неожиданно засыпает, когда другие обращаются к нему, внезапно падая на стул или диван в любом месте, где бы он ни находился. Без сомнения, он теряет сознание, и это происходит часто — три или четыре раза в неделю. По этой причине он был направлен в престижное неврологическое отделение в Риме. После череды тщательных обследований, тестов и наблюдений были исключены эпилепсия, нарколепсия или другие органические причины. Вердикт врачей был следующим: «Это психологическая проблема!», и они рекомендовали ему обратиться в Третий центр. Во время госпитализации врачи наблюдали эпизод потери сознания, и у них не возникло сомнения в исключении любой возможности симуляции этого состояния. Они любезно отправили нам видео вместе с регистрацией электроэнцефалограммы и измерениями мышечного тонуса. Когда пациент на видео упал, электроэнцефалограмма показала активность мозга, соответствующую состоянию бодрствования (что позволило исключить нарколепсию), в то время как электромиограмма зарегистрировала резкое падение мышечного тонуса. «Возможно, это обморок?» — подумал психотерапевт, подразумевая диссоциативную защиту от ситуации,

несущей непреодолимую угрозу, характеризующуюся потерей мышечного тонуса. Однако во время расспроса пациент не отметил какой-либо мысли или представления об угрозе, предшествующей потерям сознания. Психотерапевт аккуратно попытался изучить эмоции и когниции, возникающие сразу перед обмороком, но всегда упирался в стену из ответов «не знаю», «ничего» и «не помню». «Алекситимичный и со скудными навыками метакогнитивного наблюдения», — отметил психотерапевт в своих записях. Обмороки стали симптомом, из-за которого Энрико обратился в психотерапевтический центр, но у него присутствовали еще минимум две проблемы, каждая из которых сама по себе требовала психотерапевтического вмешательства. Первой являлось социальное отчуждение. С первой беседы стало понятно, что Энрико практиковал активное избегание межличностных отношений. В частности, ситуации, в которых ему предстояло общаться более чем с одним человеком, сразу же вызывали беспокойство. К сожалению, когда психотерапевт попытался копнуть поглубже в природу этого недуга, он вновь столкнулся с привычной стеной из «не знаю» и туманных ответов. Он прямо и открыто спросил Энрико, боится ли тот критики или осуждения, ощущает ли смущение и стыд, но психическое состояние Энрико так и осталось неясным. Все, что психотерапевту удалось получить от Энрико, — когда он общается с людьми, то испытывает чувство нервозности, в общих чертах описываемое как ощущение отчуждения и обособленности — «странное чувство», как он это описал. Впрочем, Энрико, как казалось, не слишком страдал от своей социальной изоляции. Он расценивал ее как данность и говорил о ней тоном, выражающим смиренное и сдержанное сожаление. Его тенденция избегания отношений усилилась с началом учебы в университете, но, без сомнения, она всегда была его отличительной особенностью. Ощущения отчужденности и непохожести на других можно было проследить вплоть до его учебы в начальной школе. Действительно, были и романтические отношения с девушкой, которые закончились не лучшим образом — болезненный разрыв перед началом учебы в университете, что, вероятно, еще больше расстроило пациента и усилило тенденцию избегания социальных контактов. «Избегающее расстройство личности? Или шизоидное?» — пометил психотерапевт в своих записях со знаками вопроса.

У этого психотерапевта, однако, было достаточно опыта в лечении пациентов с тяжелым социальным отчуждением. Первые сессии всегда

проходили тяжело, оставляя после себя чувство необходимости выпытывать у пациента любые крохи информации и ощущение неловкости и усталости от попыток поддержать отношения «психотерапевт—пациент». Эта усталость рисковала перерасти в скуку и желание закончить сессию как можно скорее. Однако с Энрико подобного не произошло. Если не считать трудностей в исследовании эмотивного и идеационного содержания психического состояния пациента, сессии проходили легко и плавно. Конечно же, диагностика не может полагаться на ощущения, но психотерапевту не показалось, что он имеет дело с человеком, страдающим тяжелыми проблемами с построением отношений.

Другой проблемой Энрико, в которую также требовалось психотерапевтическое вмешательство, были навязчивые состояния. На этой стадии состояние пациента стало проясняться. Энрико припоминал, что часто был терзаем мучительными сомнениями о том, выключил ли он газ или закрыл ли входную дверь. Сама мысль о том, что из-за беспечности или забывчивости он мог причинить вред другим, особенно своим родителям, вызывала сильную тревогу. Но вместо того чтобы породить компульсивные побуждения, как можно было ожидать, эти страхи спровоцировали сложные руминации, в которых пациент путем логической дедукции пытался определить, выключил ли он газ и закрыл ли дверь.

Объяснение, данное им, продемонстрировало как остроту его ума, так и эксцентричность. Эти переживания, сказал Энрико, без сомнения, мучают его с самой юности и усилились в последнее время. Сначала он действительно проводил длительные проверки, чтобы убедиться, что не совершил досадных просчетов. Позже он понял, что эти проверки не уменьшают сомнений в собственной забывчивости, а просто трансформируют их в страх того, что проверка не была проведена достаточно тщательно. Таким образом, он решил составить цепочку рассуждений, которая сможет подарить ему уверенность.

Вторым значительным аспектом навязчивых состояний Энрико была эгосинтонность их природы. Чрезвычайная внимательность к некоторым вещам была для него самым настоящим моральным долгом. Он не мог и не хотел поступать иначе. Без сомнения, Энрико страдал от обсессивно-компульсивного расстройства. Психотерапевт знал, что обсессивно-компульсивное РЛ не всегда равняется обсессивно-компульсивному расстройству. Он перечитал несколько поразивших его фраз, записанных почти дословно: «Ежедневно я составляю

план дел на день. Я пытаюсь составить программу и следую расписанию. Даже небольшое отклонение от намеченного плана, по моей вине или из-за окружающих, заставляет меня сходить с ума». Нет, навязчивые состояния и обсессивные черты характера не всегда неразрывно связаны, подумал психотерапевт, но это показалось ему как раз таким случаем. Он попытался подытожить: нарушения сознания, алекситимия и скудные навыки метакогнитивного наблюдения, социальное отчуждение, навязчивые состояния и обсессивные черты характера — все это приправлено щепоткой эксцентричности, однако при прямом контакте особых трудностей не наблюдается. Как все это резюмировать? Какие аспекты этой психопатологии являются наиболее важными? С чего начать лечение?

В Третьем центре, когда психотерапевт затрудняется воссоздать взаимодействия между психопатологическими факторами сложного случая, он просит рассмотрения случая на еженедельном клиническом собрании, на котором участвует весь персонал Третьего центра и обсуждаются только вызывающие затруднения случаи. Последние обычно попадают в три категории: случаи, при которых психотерапевту трудно провести оценку; случаи, в которых имеют место проблемы или кризис терапевтического альянса; и случаи, при которых техники и процедуры с доказанной эффективностью не работают.

Обсуждение было довольно лаконичным. «Навязчивые состояния и социальное отчуждение с долей эксцентричности могут быть проявлениями синдрома Аспергера», — сказал кто-то. Но психотерапевт чувствовал, что этот диагноз можно исключить. Сложилось совершенно иное впечатление, а социальные отношения в анамнезе хоть и были простыми, все же не были настолько выражены.

Были изучены отношения между навязчивыми состояниями, диссоциацией и социальным отчуждением. Нельзя было предположить наличие прямого взаимодействия. Отчуждение, возможно, было обусловлено независимостью как чертой личности, которая, однако, могла усилить навязчивые состояния и диссоциацию, оберегая Энрико от стимулов внешнего мира, но и препятствуя взаимодействию с ним.

Дискуссия началась с формулирования гипотез об отношениях между различными элементами. Одна гипотеза сделала акцент на первичности диссоциации. Исходя из этого мнения, будучи сначала ребенком, а затем молодым человеком, Энрико был напуган и сбит с толку отношениями и все больше их избегал, развивая свои навязчивые со-

стояния в попытке разобраться с мнимым чувством угрозы, характерным для пациентов с диссоциативной дисфункцией. Но Энрико не мог вспомнить особенно травмирующих событий из своей жизни. Однако было крайне важным исследовать даже незначительные ситуации, такие как общение с разозленным родителем, травмирующие и пугающие не потому, что родитель был агрессивен, а потому что также был напуган.

Другая гипотеза предполагала, что корнем всего были навязчивые состояния. Обсессивные черты характера, проявлявшиеся в преморбидном периоде, могли заставить Энрико чувствовать свою непохожесть на других, сделать невозможным обмен интересами и ценностями со сверстниками, что объясняет прогрессирование социального отчуждения. Совместно с этим его навязчивость в сочетании с одиночеством могла способствовать развитию диссоциативного феномена.

Подводя итог дискуссии, руководитель отметил, что у этого пациента не было достаточных элементов для создания иерархической структуры между различными психопатологическими компонентами. Все разнообразные гипотезы необходимо было изучить. Однако с позиции лечения можно было сформулировать тему предварительной программы для пересмотра на основании обновленных оценок. Сформулированная программа принимала во внимание различные препятствия на пути терапии. Отчужденность и навязчивые состояния не могли стать первоочередными задачами, потому что на тот момент были слишком эгосинтонными. В этом случае помехой могло стать отсутствие терапевтического альянса: действительно, слишком большое препятствие, чтобы разобраться с ним напрямую. Энрико пришел в Третий центр для лечения обмороков. Создать альянс, основанный на этой цели, будет легко.

Самым большим препятствием в устранении этого симптома стали скудные навыки метакогнитивного наблюдения, отображавшие неясность в сознании пациента в моменты, предвещающие обмороки. «Взывайте к его чувству ответственности, — сказал руководитель психотерапевту. — Объясните ему домашние задания по самонаблюдению. Поясните, что это является необходимым условием успеха терапии. Напомните ему записывать каждое изображение или мысль, приходящие на ум, как только он заметит даже малейшее снижение мышечного тонуса. Если необходимо, проведите эмоциональное психообразование. Во время сессий комментируйте любую обнаруженную деталь.