

Дж. Нардонэ

# СТРАХ, ПАНИКА, ФОБИЯ

Краткосрочная терапия



Giorgio NARDONE

PAURA,  
PANICO, FOBIE

*La terapia in tempi brevi*

*Prefazione di Paul Watzlawick*

*Introduzione di Alessandro Salvini*

**Ponte Alle Grazie  
Milano  
1999**

Дж. НАРДОНЭ

# СТРАХ, ПАНИКА, ФОБИЯ

*Краткосрочная терапия*

*Предисловие Пола Вацлавика*

*Введение Алессандро Сальвини*



«Психотерапия»

Москва

2008

ББК 88.5  
УДК 159.9  
Н 82

**Нардонэ, Джорджио**

**Н 82 СТРАХ, ПАНИКА, ФОБИЯ: Краткосрочная терапия:** Предисловие Пола Вацлавика: Введение Алессандро Сальвини: Пер. с ит.: — М.: Психотерапия, 2008. — 352 с.

Книга представляет собой дальнейшее развитие стратегического подхода, дающего самые быстрые и эффективные результаты в решении разного рода психологических проблем: фобических, обсессивных состояний, паники и т.д.

Книга предназначена для специалистов-психотерапевтов, психологов и медиков, для студентов означенных специальностей. Она также адресована тем, кто интересуется, как возникают и разрешаются человеческие проблемы.

*Перевод книги осуществлен с разрешения автора  
Перевод с итальянского О. Игошиной  
Научный редактор: Е. Первышева*

*No part of this book may be reproduced or transmitted  
in any form or by any means, electronic or mechanical,  
including photocopying, recording or any information storage  
and retrieval system, without permission,  
in writing, from the Publisher.*

ISBN 978-5-903182-48-0

© 1993, 1995, 1999 Ponte alle Grazie srl — Milano

© Giorgio Nardone, 2007

© Издательство «Психотерапия», 2008

## Содержание

<i>Предисловие к русскому изданию</i>	
<i>Джорджо Нардорнэ</i> .....	10
<i>Предисловие Пола Вацлавика</i> .....	12
<i>Введение Алессандро Сальвини</i> .....	17
Структура книги .....	27
Краткая история исследования-вмешательства .....	33
<b>СТРАХ, ПАНИКА, ФОБИЯ</b> .....	45
Глава 1.	
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ И МЕТОДОЛОГИЯ</b> .....	46
1. <i>Проблема: определение и/или описание</i> <i>тяжелых форм страха, паники и фобий</i> .....	46
2. <i>Выборка субъектов исследования-вмешательства</i> .....	55
Глава 2.	
<b>ФОРМИРОВАНИЕ</b>	
<b>И УСТОЙЧИВОЕ СУЩЕСТВОВАНИЕ</b>	
<b>ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ</b> .....	59
1. <i>Предварительное замечание по эпистемологии</i> .....	59
2. <i>Эмпирическое познание</i> .....	66
3. <i>Устойчивое существование агорафобической</i> <i>перцептивно-реактивной системы</i> <i>и попытки решения проблемы</i> .....	76
4. <i>Устойчивое существование</i> <i>панического расстройства и попытки</i> <i>решения проблемы</i> .....	77
5. <i>Устойчивое существование</i> <i>панического расстройства с агорафобией</i> <i>и попытки решения проблемы</i> .....	79
6. <i>Устойчивое существование</i> <i>обсессивно-компульсивного расстройства</i>	

и попытки решения проблемы .....	80
7. Устойчивое существование ипохондрической фобии и попытки решения проблемы .....	82
8. Модель взаимодействия между попытками решения и устойчивым существованием фобических расстройств .....	84

### Глава 3.

<b>ВЫЗЫВАЕМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ .....</b>	<b>91</b>
1. <i>Изначальные эпистемологические предпосылки, гипотезы и эксперименты, нацеленные на разработку терапевтического вмешательства .....</i>	<i>91</i>
2. <i>Модель краткосрочной стратегической терапии фобических расстройств .....</i>	<i>99</i>
3. <i>Стратегия и обходные маневры для решения проблем агорафобии .....</i>	<i>104</i>
4. <i>Стратегия и обходные маневры для лечения панического расстройства .....</i>	<i>117</i>
5. <i>Стратегия и обходные маневры терапевтического вмешательства в случае панического расстройства с агорафобией .....</i>	<i>127</i>
6. <i>Стратегия и обходные маневры терапевтического вмешательства при обсессивно-компульсивном расстройстве .....</i>	<i>129</i>
7. <i>Стратегия и обходные маневры терапевтического вмешательства при ипохондрической фобии .....</i>	<i>139</i>
8. <i>Размышления об используемых техниках .....</i>	<i>140</i>

### Глава 4.

<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ЭКОНОМИЧНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА .....</b>	<b>143</b>
1. <i>Оправданность модели терапевтического вмешательства .....</i>	<i>143</i>
2. <i>Эффективность терапии .....</i>	<i>145</i>
3. <i>Данные полученные на основе 152 клинических случаев: результаты терапевтического вмешательства .....</i>	<i>151</i>
4. <i>Анализ экономичности терапии .....</i>	<i>154</i>

Глава 5.	
СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СРАВНЕНИИ С ДРУГИМИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ МОДЕЛЯМИ .....	159
ЭПИЛОГ. «ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ» .....	174
ПРИЛОЖЕНИЯ .....	177
ДВА КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯ .....	178
1. <i>Как победить страх страха: случай агорафобии         с приступами паники</i> .....	179
2. <i>Ритуал и контр-ритуал:         обсессивно-компульсивное расстройство</i> .....	261
БИБЛИОГРАФИЯ .....	341





Характерная черта панического страха  
заключается в том, что люди,  
испытывающие страх,  
неясно представляя себе его причины,  
воображают их себе еще более значительными,  
чем им об этом известно,  
и даже начинают видеть сам страх  
как причину страха.

*Артур Шопенгауэр*

Страх похож на слишком короткое одеяло:  
как бы ты ни поворачивался,  
как бы ты ни тянул его на себя,  
какая-нибудь часть тела  
все равно остается непокрытой.

*Из фильма «Ускользящее мгновение»*

## **Предисловие к русскому изданию**

### **Джорджи Хардонэ**

Написание предисловия к русскому изданию моей книги, посвященной краткосрочному терапевтическому вмешательству при фобических и обсессивных расстройствах, является для меня большой честью и удовольствием. Испытываемое мной удовольствие умножается еще и тем фактом, что это уже вторая моя книга, переведенная на русский язык, и что уже запланирован перевод всех моих самых значимых работ. Это позволит российскому читателю проследить эволюцию деятельности Центра Стратегической Терапии за последнее десятилетие, направленной на разработку специфических протоколов для различных типов психологических проблем и на создание усовершенствованных техник в рамках метода Problem Solving и Стратегической Коммуникации.

Я испытываю особенное чувство именно к данной книге, потому что она стала первой презентацией целой серии усовершенствованных моделей терапевтического вмешательства при наиболее часто встречающихся расстройствах, которые нередко накладывают много ограничений на жизнь человека.

И действительно, по данным Международной Организации Здравоохранения, обсессивно-фобические расстройства — от панических атак до обсессивно-компульсивных расстройств и ипохондрии — представляют собой наиболее серьезные патологии, которыми страдает 20% людей. Принимая во внимание этот факт, как читатели-специалисты, так и просто заинтересованные тематикой читатели смогут удостове-

риться, что возможность реального избавления за короткий срок от расстройств этого типа не только вносит вклад в развитие научного и медицинско-психологического знания, но и способствует укреплению благосостояния и здоровому личностному росту человека.

*Центр стратегической терапии*

*Ареццо, Италия,*

*8 марта 2008*

## **Предисловие**

### **Пола Вацлавика**

Введение к данной книге я пишу с большим удовольствием, поскольку она, по моему мнению, вносит фундаментальный вклад, предлагая конструктивистско-кибернетическую модель для описания формирования и устойчивого существования человеческих проблем, основанных на страхе. Данная модель представляет собой основу для будущих исследований в данном направлении. В книге описываются показавшие себя особо эффективными стратегии, приводящие к изменению проблемной ситуации и к решению проблем, связанных со страхом. К тому же тот, кто уже имел случай познакомиться с работами Джорджио Нардонэ, не будет удивлен тем, что и в данной работе он вносит существенный вклад в изучение означенной тематики как с теоретической, так и с прикладной точки зрения.

Книга открывается отчетом об исследовании-вмешательстве (по терминологии автора) в случаях тяжелых форм страха, паники и фобий. В этом разделе ясно видна строгость и систематичность, принятые Нардонэ в его исследованиях, а так же его творческий подход, часто позволяющий ему «придумывать» оригинальные терапевтические «реальности». Важно подчеркнуть тот факт, что излагаемые им теоретические утверждения и терапевтические стратегии являются плодом экспериментально-эмпирического исследования-вмешательства более чем в 150 клинических случаях. Следовательно, здесь мы не имеем дело с одной из теорий, построенных на анализе единичного клинического случая, как это часто случается в области психотерапии.

Для изучения клинических проблем, относящихся к тяжелым формам страха, автор, шагая в ногу с современной конструктивистской эпистемологией («если хочешь увидеть, научись действовать»), применяет исследовательский метод, основывающийся на конструкте «изучение проблемы посредством ее решения». Иными словами, реальность познается через стратегии, способные изменить ее и тем самым открыть, каким образом она функционировала.

В своем стратегическом исследовании автор, вместо того, чтобы интересоваться тем, «почему» возникают расстройства, основывающиеся на страхе, интересуется тем, «как» подобные проблемы функционируют на протяжении своего существования. Вместо того, чтобы привести пациентов к инсайту и к познанию причин их проблем, автор концентрирует свою работу на предпринятых пациентами дисфункциональных попытках решения проблемы, а именно на всех маневрах, осуществленных пациентами с целью победить страх, которые, вместо того чтобы облегчить проблему, еще больше усложняют ее. Особый интерес вызывает то, каким образом автору удалось выделить специфические предпринятые нефункциональные попытки решения, свойственные различным формам фобических расстройств. Он явным образом показал, что если удается заставить пациента изменить его дисфункциональные и повторяющиеся типы реакции на собственный страх, то эти расстройства исчезают, как по мановению волшебной палочки. Это осуществляется с помощью терапевтического вмешательства, которое может показаться простым и которое основывается на утонченных суггестивных техниках, на парадоксах и поведенческих ловушках, приводящих пациентов к изменению их способа восприятия реальности и реагирования на нее.

Двигаясь в этом направлении, Нардонэ разработал специфические стратегии, состоящие из целой серии

маневров в рамках заранее заданной процессуальности, которые способны привести к быстрому и эффективному излечению различных вариантов фобических расстройств.

Эти стратегии являются синтезом его личной изобретательности, эластичности мышления и методологической строгости. Терапевтическое вмешательство, заранее запланированное на уровне специфической процессуальности и специфических процедур, должно адаптироваться к каждому отдельному человеку и к каждому особому контексту взаимоотношений. Полная расшифровка записи двух клинических случаев показывает, каким образом систематически разработанная процедура должна приспосабливаться к языку и перцептивным особенностям каждого пациента. К тому же подобная процедура должна быть способной к изменению в зависимости от вариаций во взаимодействии терапевта с пациентом и в зависимости от целей терапевтического вмешательства. Этот вид приспособляемости и стратегической эластичности, свойственный данной модели краткосрочной терапии, является особенностью, выражаясь языком Бейтсона, «системы правил, способной к самокоррекции». Эта характеристика довольно редко встречается среди психотерапевтических моделей. И наконец, представленные в данной работе результаты, относящиеся к эффективности и экономичности вмешательства, осуществленного на большом числе субъектов, поражают своим положительным исходом. Это становится еще очевиднее, когда достигнутые автором результаты сравниваются с результатами классических форм психотерапии в случае рассматриваемых сложных проблем.

В связи с этим книга может принести большую пользу заинтересованным специалистам.

Тем не менее, поскольку она написана в ясном и доступном стиле, я считаю возможным посоветовать

ее и читателю-неспециалисту, который сможет для себя открыть, что такие сложные, многолетние и выстраданные проблемы, как тяжелые формы страха, не обязательно требуют столь же сложного, многолетнего и выстраданного решения.

*Пол Вацлавик*

*Пало Альто, июль 1992*





## **Введение**

### **Алессандро Сальвини**

Скорее всего, наилучший способ презентации новой книги заключается не в том, чтобы заместить своим мнением суждение читателя, а в том, чтобы направить его внимание на самые характерные черты книги и помочь оценить их. Презентация не должна быть ритуалом взаимного поглаживания по головке, о котором Автор книги и Автор введения стовариваются за спиной читателя; презентация должна иметь функцию предваряющего введения, и изложенные в нем замечания должны быть полезны для того, чтобы подчеркнуть особенности следующей за введением работы.

Данная книга излагает стратегический конструктивистский подход к лечению фобико-обсессивных расстройств. Представленная в ней модель и техники краткосрочной терапии были разработаны Джорджио Нардонэ и с успехом применены к разнообразной феноменологии фобических расстройств, являющихся особым классом психологических проблем и проявляющихся в виде патологического страха.

Предложенная автором и примененная им в клинической практике модель представляет собой совокупность техник, с помощью которых терапевт вызывает изменения в системе отношений пациента, в когнитивной и эмоциональной структурах, которые стоят за простыми и обобщенными формами фобических расстройств. Одной из особенностей этого терапевтического метода является краткосрочность вмешательства, позволяющая немедленный контроль его эффективности. Действительно, терапевт ставит своей целью ис-

чезновение симптомов и психологического страдания пациента. Используемые терапевтом стратегии направлены на реструктурирование представлений (и восприятия) пациента о самом себе, о других людях и об окружающем мире, то есть тех существующих в системе отношений пациента схем, которые поддерживают и подтверждают его фобическое восприятие окружающей действительности.

Задача вмешательства проста в постановке, но сложна в достижении, и тем не менее данная модель имеет дар ясности, негромоздкости и может быть контролируема как в процедурах, так и в результатах. Терапевт и его техники в этом случае лишены всякого алиби: они либо действуют, либо не действуют, и все, включая самого пациента, могут заметить это и высказать свое удовлетворение или неудовольствие. Это является большим шагом вперед по сравнению с другими ситуациями, в которых, как известно, утверждается, что психотерапия является единственной профессией, которую никто другой, включая клиента, не может опровергнуть, поскольку терапевт, опираясь на множество софизмов, является единственным авторитетом, который может установить, кто прав. По этой причине психологи, наиболее информированные о всех хитростях и возникающих в науке проблемах, так невысоко ценят психотерапию, и особенно психоанализ.

Краткосрочной стратегической конструктивистской терапии удастся добиться изменений, которые быстро, эффективно и прослеживаемым путем вызывают кризис в когнитивных и эмоциональных схемах, организующих самовосприятие и модели взаимоотношений пациента. Речь идет о схемах и моделях, которые вынуждают пациента к поддержанию симптома в результате сопротивляемости к изменению. Разработанные Джорджио Нардонэ техники, изложенные в данной книге, направлены на то, чтобы прагматично вызвать кризис предпринятых попыток решения и в

адаптации пациента к проблеме; постоянно повторяющееся поведение пациента, направленное на защиту от тревожности, в результате создает самое настоящее гомеостатическое равновесие.

Книга не только описывает модель вмешательства и пунктуально приводит описание используемых техник, но она также содержит прямую демонстрацию их применения на примере клинических случаев (не просто пересказываемых, как это обычно делается, а записанных на видео с последующей транскрипцией). Если верно мнение о том, что лучше всего учиться на практике, то заинтересованный читатель может быть непосредственно вовлечен и в процесс обучения. Подобная структура книги, позволяющая «потрогать руками», рискует из-за своей «суггестивности» отодвинуть на задний план другие важные моменты и другие наставления. В рамках стратегического подхода хороший терапевт является также и хорошим учителем. Действительно, если терапевт способен освоить, «сделать своими» категории и умственные процессы пациента, то и при написании книги, и при обучении он — исходя из этой предпосылки — не пренебрегает возможностью, отталкиваясь от точки зрения читателя или слушателя, приводить в действие манипулирующее, суггестивное, реорганизирующее влияние на их умственные категории, необходимое для того, чтобы изменить их точку зрения и, таким образом, облегчить процесс обучения.

Книга Нардонэ, предлагая конкретные клинические случаи, способствует данному типу обучения; если бы автор организовал свою книгу и отношения с читателем, следуя своим техникам, это было бы настолько сильным воздействием, что его оценили бы все читатели. Это было бы полезно, поскольку в каждом читателе есть сопротивляемость к изменениям, особенно если он в течение долгого периода был приверженцем других терапевтических подходов с их явно отличающейся точкой зрения на мир, с их лингвистическими

категориями и стоящими за ними эпистемологическими парадигмами. Чем теснее психолог или психиатр примыкает к определенному терапевтическому кредо — независимо от того, каких результатов оно позволяет ему достигнуть — тем больше с его помощью он защищает свою личную, а не просто профессиональную, идентификацию.

Это отступление сделано для того, чтобы отметить, что данная книга для более полной оценки ее теоретических предпосылок требует предварительной информации (или обучения), которая позволила бы «сопротивляющемуся» читателю соотнести ее с определенной традицией мышления, выявление которой могло бы снизить сопротивление, непонимание или двусмысленность. Разработанный Джорджио Нардонэ подход является самым продвинутым результатом слияния традиций Пало Альто и Феникса, и — даже без помощи генеалогических выкладок — просвещенный, проинформированный, профессиональный читатель сразу почувствует их присутствие, тем более, что они упоминаются в разных частях книги. Короче говоря, самыми непосредственными предшественниками являются: а) системно-стратегическая терапия, разработанная в Институте психических исследований в Пало Альто, особо ясно представленная в работах П. Вацлавика и Дж. Уикленда — автор был вначале учеником института, а впоследствии стал его членом-корреспондентом; б) техники, созданные М. Эриксоном в рамках так называемого «гипноза без транса». Несмотря на свою автономию, работа Нардонэ, засвидетельствованная в данной книге, представляет собой наиболее современный и новаторский плод системной традиции. Не следует смешивать его вклад с системным направлением в семейной терапии, от которого он существенно отличается в эпистемологии, в теории и в терапевтической практике. С точки зрения эпистемологии, предлагаемый в книге терапевтический метод очень близок к

подходу Г. Бейтсона (в большей степени, нежели другие, ранее разработанные варианты системного подхода), который увидел своего последователя в П. Вацлавике, в том числе и из-за присущего ему культурного багажа и антропологической чувствительности, свойственных самому Бейтсону. Это направление в познании не всегда присутствует в сообществах терапевтов-подражателей, превративших богатство системного подхода в ограниченную амбулаторную практику.

Как я уже упоминал, некоторые виды психотерапии вызывают у многих психологов недоверие и опасение, что их авторитет упадет, если они будут заниматься подобной психотерапией. Следует заметить, что существуют виды психотерапии, которые заслуживают доверия, потому что соблюдают, насколько это возможно, правила научной игры, а именно правила гласности и публичной проверки результатов, непротиворечивости теоретических предпосылок и терапевтических действий. Работа Хардонэ имеет тенденцию отвечать этим характеристикам. Кроме того, следует принять во внимание, хотя бы как упоминание, тот факт, что стратегический конструктивистский подход содержит много теоретических фрагментов, полностью разделяемых в свете новых знаний, полученных многими областями психологии, от социальных представлений («social cognition») до интеракционизма, от исследований здравого смысла до соответствующих им теорий личности, не говоря уже о самом современном вкладе исследователей, занятых изучением процессов самовосприятия и самости («self»).

Кроме того, к заслуге стратегического подхода следует отнести то, что в нем терапевт и используемая им модель терапии имеют ограниченные цели. Теория разрабатывается и применяется с точки зрения прагматики. Цель теории — предоставить действиям терапевта предпосылки, логическую связь и непротиворечивость. Терапевт должен открыть, каким образом паци-

ент организует собственную систему восприятия и взаимоотношений — внешнюю и внутреннюю — с тем, чтобы привнести в нее реструктурирующие тактики, успех которых приведет к решению психологической проблемы. Хотя гипотезы автора и принимаемые им прагматичные объяснения во многом сходны с разделом познания, объясняющим интерактивное поведение и его механизмы (например, как возникает убеждение или как индивиды обманывают самих себя), тем не менее автор не ставит своей задачей разработку теории умственных процессов и ее экспериментальную проверку. Действительно, стратегический терапевт придает своей теоретической карте лишь временную ценность, а не онтологический статус («карта не есть территория»), но это продиктовано конструктивистским выбором. В самом деле, часть теории дополняется тем, что пациент предлагает в качестве собственного видения мира, представления о самом себе и объяснения самого себя, а также того, как он старается бороться со своими проблемами и какое значение он им придает. Чтобы понять эту позицию, достаточно обратиться к написанному Бейтсоном много лет назад: «В естественной истории человеческого существа невозможно разделить эпистемологию и онтологию; его убеждения, как правило, неосознанные, о мире, который его окружает, определяют то, как он его видит и его действия, и этот способ чувствовать и действовать определит его убеждения о природе мира. Живущий человек, следовательно, заключен в переплетающуюся сеть эпистемологических и онтологических предпосылок, которые — независимо от того, верны ли они в конечном счете или ложны — принимают для него характеристику частичного самоподтверждения».

То, что человек делает, говорит и думает в отношении самого себя, других людей и окружающего мира, производит конкретный эффект: от чувств до действий, от иллюзий до эмпирических ощущений реальности, от ин-

тераптивных схем до убеждений и того особого класса феноменов, которые в форме симптомов вызывают страдание. Однако все они являются не чем иным, как плодом придаваемых событиям значений и привычными типами поведения, созданных субъектом. Сознательное намерение действовать не всегда предполагает адекватный уровень осознания: страдающий фобией субъект является парадигматическим тому примером.

Цель стратегической терапии заключается в продуцировании изменений в том способе, с помощью которого человек выстроил свою частную нефункциональную реальность. Если терапевт желает вызвать изменения в этом способе представлений или действий, он должен стараться освоить стиль и способ мышления пациента, другими словами, «выучить и использовать язык самого пациента»: только таким образом становится возможным использование его смыслового кода и его ресурсов. Предпосылка здесь следующая: человеческая психика не пассивна, predetermined или реактивна, она в большей части своих процессов является активной и конструктивной, то есть производит реальность, воздействию которой затем подвергается.

Работа Нардонэ описывает и предлагает определенные последовательности терапевтических действий и адаптируемых стратегий, которые были применены для ломки когнитивных и операциональных схем пациента в отношении привычных взаимодействий и соответствующих механизмов ретроактивного подтверждения этих схем. Однако метод и стратегии предлагаются с учетом оценки их эффективности. Как всем хорошо известно, трудно количественно оценить и подвергнуть сравнению результаты применения в клинике определенной терапевтической техники, поскольку переменные, относящиеся к психологическому расстройству, к индивидуальным биографическим сведениям, к информации о взаимоотношениях и к индивидуальным реакциям, не являются однородными и,

следовательно, предоставляют малую возможность контроля, в то время как другие переменные остаются неизвестными, как, например, знаменитые «вмешивающиеся» переменные. Тем не менее, Нардонэ, честно и конкретно, взял за индикатор «исчезновение симптомов»: таким образом становится возможной оценка эффективности с помощью эмпирических данных и с помощью отсроченного контроля (*follow up*), вместе с документированным представлением течения терапевтического процесса клинических случаев, приведенных в пример. Безусловно, многое из того, что делает терапевт, принадлежит его профессиональному умению. Терапевтические маневры только кажутся простыми, на самом же деле они требуют разработки для каждого случая оригинальных, индивидуализированных, зависящих от контекста решений. Это умение не может быть передано вместе с пакетом инструкций к употреблению и не может считаться второстепенной переменной в отношении результатов и сравнений, предлагаемых Нардонэ для оценки эффективности терапии. Однако в книге говорится также и прежде всего о «страхе» или, еще лучше, о типе страхов, кажущихся беспричинными, парализующих человека, повышающих уровень тревожности, вызывающих панику, множественное разнообразие которых не передается диагностической этикеткой, отправляющей их в раздел «фобий». Фобическая структура личности определяет то, как человек действует, думает, воображает себе реальность, отправляясь от своей собственной точки зрения, в которую включается представление о самом себе, а также система взаимоотношений, в которой он принимает активное участие. Посему страдающий фобией человек не является результатом какого-то пережитого им события, это человек, который, против собственной воли, предписывает самому себе собственную проблему, каким бы парадоксальным это не казалось. Другими словами, он как актер, который пу-



гается и испытывает тревожность в той роли, которую он сам себе предписывает, а аплодисменты зрителей (они же беспокойство и помощь других людей) делают для него эту роль еще более убеждающей, «реалистичной» и правдивой, и приводят его к идентификации с патологичной ролью. Отставив театральную метафору, Нардонэ явно показывает нам, каким образом представления о самом себе и схемы взаимоотношений с окружающей реальностью, с которой борется страдающий фобией человек, в действительности являются важными компонентами, поддерживающими расстройство.

На этом этапе можно завершить мою пропедевтическую «записку», уступая основное место в обсуждении фобий и способов стратегического вмешательства самой книге. Однако совершенно ясно, что термин «фобия» — как неизменно предупреждает Нардонэ — это только лингвистический прием, этикетка, призванная сообщать в общепринятой манере сложную феноменологию психологической проблемы: феномен не может быть подменен или редуцирован до слова, указывающего на его симптом. Тем не менее, как писал Герман Мелвилл в заключительной главе о Билли Баде, «если правда излагается без компромиссов, то ее границы не определены».

*Алессандро Сальвини*



## **Структура книги**

Все гораздо проще, чем можно подумать,  
и в то же время гораздо сложнее,  
чем можно понять.

*Иоганн Вольфганг Гете*

Структура, выбранная для книги, — синтез между сугубо научным изложением, с его неизменным отчетом о проделанной научно-исследовательской работе, и в то же время захватывающим рассказом с обращением к анекдотам и метафорам, создающий стиль изложения, доступный и неспециалисту. Это задумано для того, чтобы облегчить чтение и в то же время сохранить строгий и систематичный подход, необходимый для изложения сугубо научной теории прикладных конструктов. Действительно, книга адресована, с одной стороны, специалистам, которые найдут в ней подробное изложение новаторской теории о страхе с точки зрения его образования, существования во времени и изменения, а с другой — широкой публике, заинтересованной такой социально значимой проблемой, как страх в его тяжелых формах. Данная проблема слишком часто представляется в психологической и психиатрической литературе как нечто неразрешимое, которое можно уменьшить только в результате многих лет многотрудной и дорогостоящей терапии.

С точки зрения данного подхода тот факт, что проблема сложна, существует в течение долгого времени и обладает тяжелой симптоматикой, не означает, что для избавления от нее непременно требуется столь же сложное, длительное, вымученное решение. Другими словами, эта книга хотела бы быть также инструментом распространения среди широкой публики информации о новаторских и эффективных формах терапевтического вмешательства в случае проблем, которые часто остаются нерешенными на протяжении многих лет. Это происходит не из-за особых характеристик этих проблем, а из-за особенностей и неэффективности осуществляемого терапевтического вмешательства. С этой целью

изложение начинается с представления данных, относящихся к значительной выборке субъектов, обратившихся в наш Центр по поводу фобических и фобико-обсессивных расстройств. Подобный способ изложения выбран для того, чтобы с самого начала подчеркнуть, что содержащиеся внутри работы утверждения (как теоретические выкладки, так и утверждения чисто прикладного характера) не являются плодом «ночных фантазий» или «утренних озарений» очередного мыслителя-целителя. Кроме того, приводимые теоретико-прикладные конструкты не являются результатом работы с единичным клиническим случаем или с очень ограниченной выборкой (к сожалению, это очень часто случается в нашей области). Вместе с изложением клинических случаев будет представлен весь процесс работы, следствием которого стала разработка описываемой модели вмешательства.

Следовательно, будут приведены все формулировки и гипотезы, на основании которых была начата работа, процедуры, использованные для изучения, экспериментирования и разработки специфических техник вмешательства и их наиболее подходящая организация во времени. После чего будут представлены теоретические и прикладные выводы о том, каким образом, — согласно осуществленному на широкой выборке исследованию-вмешательству, — образуются рассматриваемые расстройства (формирование проблемы) и как они продолжают существовать во времени (существование проблемы), благодаря способу восприятия реальности и вытекающему из него типу реакции самого субъекта, страдающего расстройством, и самых близких ему людей. Затем будет детально представлен протокол вмешательства (изменение ситуации и решение проблемы), заключительный результат проделанной работы по выделенному типу исследования-вмешательства, во всех его вариантах, содержащих специфические терапевтические процедуры и адекватную организацию во времени. Этот раздел книги сопровождается прямой транскрипцией видеозаписи полных завершённых терапевтических вмеша-

тельств, со всеми маневрами от начала до завершения терапевтической работы. За этим представлением последует изложение достигнутых результатов по эффективности и экономичности осуществленного вмешательства на выборке из 152 субъектов.

Последующий раздел книги будет посвящен сравнению некоторых традиционных моделей вмешательства при фобических расстройствах с моделью, предложенной в книге, для того чтобы выявить как общие черты, так и теоретико-прикладные расхождения, и таким образом подчеркнуть специфические особенности нашей модели вмешательства. В эпилоге будет рассмотрена, в слегка парадоксальной манере, проблема противопоказаний к описанному му во всей книге типу терапевтического вмешательства.

### ***Кибернетико-конструктивистская эпистемология: познать проблему посредством ее решения***

Данная работа является прежде всего подробным отчетом о проведенном эмпирическом исследовании клинических случаев. Изучение результатов неоднократно повторенного экспериментирования привело к разработке психотерапевтической модели, позволяющей быстро и эффективно решать проблемы, связанные с тяжелыми формами страха, паники и фобий. В то же время данный подход, основывающийся на методе исследования-вмешательства, осуществленного в течении 6 лет на более чем 150 пациентах, зарекомендовал себя с операциональной точки зрения как удивительный инструмент познания обсессивно-фобических расстройств. Это означает, что полученные данные позволяют сформулировать познавательную и операциональную модель, относящуюся к возникновению, существованию во времени и решительному изменению расстройств рассматриваемой типологии. Это означает также, что клиническая работа, ориентированная на быстрое и эффективное решение проблем, представленных пациентами, позволила собрать информацию, приведшую к новым

перспективам познания проблем, которыми занималась терапия.

Короче говоря, исследование, направленное прежде всего на разработку эффективных и экономичных типов клинического вмешательства, позволило также получить дальнейшие, и иногда новаторские, сведения о типе самого расстройства, ставшего объектом этого вмешательства.

Методология нашего исследования-вмешательства согласуется с идеями К.Левина относительно психосоциального исследования-действия и с концепциями изменения и застоя. Один из основных вкладов К.Левина в психосоциальную мысль, как это было замечено Фестингером, состоит в идее «изучать вещи, изменяя их и рассматривая результаты. Данная идея о том, что для того, чтобы понять какой-то определенный процесс, необходимо создать изменение и затем наблюдать его различные эффекты и новую динамику, звучит на протяжении всей работы Левина и еще сегодня продолжает быть исключительно актуальной». (P. Amerigo, 1982, 189). На основании этого положения, которое перекликается и с современной конструктивистской эпистемологией (von Glaserfeld, 1979, 1984; von Foerster, 1970, 1973, 1974, 1987); реальность познавалась посредством вмешательства в нее; в то же время и само вмешательство постепенно отлаживалось, приспособляясь к получаемым впоследствии знаниям, которые формировались на основании наблюдения эффектов, произведенных самим вмешательством. В соответствии с предписаниями теоретиков кибернетики второй волны (фон Форстер, Кини), изучалась и принималась во внимание как наблюдаемая система, так и система наблюдающая, при этом за единицу изучения принималось, в первую очередь, взаимодействие между двумя системами и его влияние на решение проблемы, представленной пациентом.

Данный тип получения знаний или, как мы предпочитаем его называть, «исследование-вмешательство», привел к разработке специфического протокола терапевтического вмешательства, особо эффективного и удивительно экономичного в случае обсессивно-фобических расстройств.

Исследование-вмешательство позволило нам лучше познать реальность, в отношении которой производилось вмешательство, — это то, что мы определили как «перцептивно-реактивная система», свойственная людям, имеющим тяжелые формы фобических расстройств.

На основании всего этого данная работа становится трактатом не только об изменении проблемной ситуации и о решении проблемы, но также о формировании и существовании во времени проблемы страха. Вместе с тем мы, конечно же, не претендуем на то, чтобы теоретико-прикладные конструкции, содержащиеся в нашей работе, были признаны абсолютной и всеобъемлющей теорией о страхе. Данное замечание продиктовано тем фактом, что мы, являясь клиницистами и терапевтами, использовали в наших наблюдениях «линзу» наблюдения, присущую терапевтическому контексту.

Это означает — в согласии с современной эпистемологией, — что какой бы тип знания ни был получен в результате взаимодействия между терапевтом и пациентами, он является плодом той особой «созданной реальности», которой является терапевтическое взаимодействие. Из наблюдений этого контекста невозможно получить никакой теории, которая не относилась бы именно к этому контексту. В противном случае мы стали бы жертвой той трагической эпистемологической ошибки, которую, к сожалению, совершают в большинстве психологических и психиатрических теоретических выкладок, происходящих из клинических исследований. Эта ошибка заключается в переносе знаний, полученных из клинического опыта, на неклинический контекст, что является необоснованным и методологически некорректным. Как если бы зоолог сделал выводы относительно поведения животных на свободе, исходя из наблюдений за домашними животными. И даже тот факт, что в нашем случае «созданная реальность» между терапевтом и пациентом в ходе терапии была прослежена на большой выборке пациентов и привела к конкретным эффектам, изменяющим индивидуальную реальность пациентов вне терапевтического

контекста, не может считаться критерием эпистемологической конкретности в отношении познания реальности, находящейся за пределами клинического контекста, а именно — в отношении взаимодействия между индивидом и окружающей его действительностью.

Клиническая ситуация является, следовательно, особой и частичной точкой зрения в отношении некой реальности, в данном случае в отношении страха, паники и фобии. В лучшем случае, в качестве результата изучения, исследования и экспериментирования внутри этого особого и частичного контекста может быть получено лишь простое оперативное знание, которое фон Глазерсфельд определил бы как «оперативное осознание». Стало быть, с нашей точки зрения, теоретико-прикладные конструкты, которые будут представлены в книге, должны рассматриваться не как теории познания, желающие описать страх, панику и фобии в их абсолютной экзистенциальной сущности, а только как технологические сведения и конструкты. Эти конструкты являют собой познающее моделирование, позволяющее разработать все более эффективные и экономичные инструменты и техники для решения тех проблем, к которым они применяются, или же для достижения заданных целей. К тому же, как утверждал Г. Бейтсон (1984) в совершенном согласии с современной философией науки (Popper, 1972, 1983), задачей науки является не построение совершенных теоретических замков, а разработка эффективных техник вмешательства, основывающихся на поставленных целях. Следовательно, тот декларируемый нами как исходно ограничивающий нашу работу факт, что данное исследование не может стать исчерпывающим описанием феномена страха во всех его сложных проявлениях в человеческой действительности, а фокусирует свое внимание только на разработке эффективных и экономичных стратегий *ad hoc*<sup>4</sup> для представляемых пациентами проблем, парадоксальным образом оказывается ее настоящим достоинством, поскольку соответствует критерию научности и эпистемологической корректности.

<sup>4</sup> (Lat.) — специальный; для данной цели.



## **Краткая история исследования-вмешательства**

Именно настоящие реальности  
можно придумывать.

*Карл Краус*

В 1983 году, в один из обычных рабочих дней ко мне обратился один господин, проживающий в городке недалеко от Ареццо, который представлял собой безнадежный случай страхов и обсессивных состояний, преследовавших его на протяжении многих лет. Он превращал любое минимальное отклонение в своих телесных ощущениях в явный признак неизвестно какой «таинственной болезни». Он не выходил из дома один, боясь внезапно почувствовать себя плохо.

Что бы он ни читал и что бы он ни смотрел по телевизору, любая информация, касающаяся болезней или различного типа загрязнения и заражения, воспринималась им как относящаяся непосредственно к нему, и это вызывало у него приступ паники. Этот человек пришел ко мне после многолетнего фармакологического и психоаналитического лечения, а также после попыток магического лечения у колдунов, ясновидцев и отправителей религиозного культа.

Я спросил у господина, почему он, испробовав так много разных видов лечения, обратился ко мне, такому молодому и неопытному, и заявил ему, что мало чем смогу ему помочь, ввиду сложности его проблемы и моего незначительного опыта. Наша первая встреча, на которой он рассказал мне о всех своих несчастьях, а я неоднократно заявил о его маловероятном выздоровлении и особенно о том, что я не строю никаких иллюзий насчет моих способностей помочь в его случае, прошла целиком и полностью в атмосфере пессимизма и уныния. Господин вернулся ко мне через неделю, и я увидел перед собой совершенно другого человека. Улыбающийся и спокойный, он рассказал мне, что уже в течение нескольких дней у него больше не возникало серьезных проблем и что он как никогда чувствовал желание начать новую жизнь

на основе своего нового состояния здоровья и психологического заряда. Я больше него самого был удивлен такой переменой и, стараясь понять, как это могло произойти, попросил его рассказать мне о том, что случилось за прошедшую неделю. Выйдя из моего кабинета неделю назад, пациент чувствовал глубокую депрессию, безнадежность и желание покончить со всем этим, к тому же он в прошлом уже совершал попытки самоубийства. В последующие дни эти мрачные мысли участились. Пациент рассказал, что в течение двух-трех дней он размышлял о том, какой была бы его жизнь без всякой надежды на выздоровление, и что на фоне всех этих мыслей он начал активно думать о том, как покончить с собой. Отбросив все уже опробованные способы (фармакологическое отравление, организация дорожного происшествия), он подумал о том, чтобы броситься под поезд, может быть потому, что рядом с его домом проходила железная дорога. Таким образом, цитируя его собственные слова, когда солнце было готово исчезнуть за линией горизонта, он улепсился на рельсах, воображая себе все ужасы своего существования, ожидая, когда пройдет поезд-«освободитель». Но, странным образом, в тот момент ему виделись только лишь всевозможные положительные стороны существования. Короче говоря, пока он лежал на рельсах и ждал поезда, у него начала формироваться положительная идея о существовании, в результате чего он вошел в состояние глубокой релаксации, отдаваясь всем этим мысленным образам, относящимся к возможной счастливой жизни, свободной от ужасных симптомов. Внезапно шум приближающегося поезда вывел его из этого приятного состояния. В первый момент он почти удивился тому, где он находится, и одним рывком удалился с рельсов. Он вернулся к действительности. Он понял, что сначала он оказался там, чтобы покончить с собой, а теперь, как по волшебству, начал смотреть на вещи новым взглядом, чувствовал себя другим человеком, который не имел никакого желания умирать. С этого момента, как по волшебству, из его мыслей исчезли все страхи, он начал выходить из дома, отыскивая своих старых друзей, которых

покинул из-за изоляции, вызванной его болезнью. Он больше не чувствовал у себя всех прежних симптомов. У него появилось большое желание жить, и он начал искать себе работу, поскольку из-за своего расстройства оставил всякую профессиональную деятельность.

Я еще в течение нескольких месяцев принимал этого пациента, «сопровождая» его постепенную неуклонную эволюцию в сторону жизни, свободной от страхов и обсессивных состояний, приведшую в итоге к полному возврату личной и профессиональной жизни. Этот клинический случай внес полное смущение в мои тогдашние представления о терапии, поскольку в свете традиционных психотерапевтических концепций подобное внезапное и быстрое выздоровление не представлялось возможным. Этот опыт стал для меня своего рода «озарением».

Тогда мне вновь пришли в голову прочитанные ранее работы Эриксона, деятельность которого в то время считалась «шаманством», а не серьезной терапией. В моей голове возникла и укрепилась идея о том, как было бы замечательно, если бы удалось при помощи систематически разработанных вмешательств сознательно вызывать быстрые изменения, подобные этому, случайно произошедшему. На практике я начал думать о том, что мне действительно пришлось бы по душе изучение возможностей вмешательства — в случае так называемых психопатологий — такого свойства, чтобы вызывать, как по волшебству, быстрые и эффективные изменения ситуации. С этой идеей в голове я внимательно перечитал работы Эриксона и открыл для себя, что его методы, которые могли показаться после первого недоверчивого прочтения чем-то недостаточно систематическим, обладают изысканными стратегическими и явно систематическими тактическими построениями. Эту стратегическую изысканность и тактическую систематичность, еще более скрупулезно изученную в свете современной эпистемологии и исследований в области гуманитарных наук, я позднее нашел в опубликованных работах Вацлавика и Уикленда и их коллег из школы Пало Альто. Короче

говоря, благодаря этому случайному и удивительному случаю внезапного выздоровления, мои представления эластично распахнулись перед новаторскими перспективами в отношении формирования человеческих проблем и их решения. В дальнейшем, при внимательном изучении работ группы Пало Альто, для меня стало очевидным возможное соответствие эпистемологических исследований в естественных науках исследованиям в психологических и социальных науках, в то время как до этого момента это казалось совершенно невозможным в свете сравнения исследовательских методов в физике и естествознании и традиционного понимания психотерапии.

Именно в этот период произошел еще один столько же приятный, сколько случайный эпизод. В июле того же года в моем кабинете находилась женщина, страдающая приступами паники и агорафобией. На протяжении нескольких лет ей не удавалось выходить из дома одной, без сопровождения, и даже дома ей не удавалось оставаться одной, не испытывая при этом приступов паники. Поскольку было очень жарко, я встал и подошел к окну, чтобы открыть его; отодвигая штору, я подвинул перекладину, к которой та была подвешена. Перекладина вышла из опоры и упала мне прямо на голову, сильно ударив меня своим заостренным концом. Я сначала попытался не придавать большого значения происшедшему, подшучивая над этим гротескным эпизодом, и вернулся за стол, продолжая беседу с посетительницей. Сначала я увидел, как она побледнела, а потом явно ощутил, что кровь течет по моей голове. Я поднялся, стараясь успокоить ее, обращая все в шутку, вышел в туалет, посмотрел на себя в зеркало и убедился в серьезности ранения. Я вернулся в кабинет и заявил, что необходимо поехать на станцию скорой помощи для обработки раны. Пациентка тут же предложила свои услуги, забыв о том, что она из-за своей фобии уже в течение нескольких лет не водила машину. Она отвезла меня в городскую больницу, где, опять-таки забыв о своих страхах, невозмутимо сопровождала меня во время всех медицинских процедур, вклю-

чая дезинфекцию и наложение швов, сохраняя по отношению ко мне покровительственный и успокаивающий тон. Затем мы вернулись к зданию, где находился мой кабинет и где нас ожидал муж пациентки, который пришел забрать ее к концу сессии. Ошарашенный, он смотрел на свою жену, которая невозмутимо ехала за рулем машины. Тем не менее, еще более его удивил рассказ о событиях, предшествующих нашему возвращению, которые, принимая во внимание «исторические» проблемы страхов пациентки, казались не просто удивительными, но даже похожими на чудо. Однако на этом сюрпризы для мужа не закончились. Действительно, в последующие за описанным эпизодом дни, пациентка начала выходить из дома одна, спокойно управляя автомобилем, и постепенно возвращаясь ко всем видам деятельности, которые она забросила из-за своих страхов. Нам понадобилось еще несколько сессий для постепенного сопровождения пациентки в ее экскурсах и в постепенной встрече ее с ситуациями, до этого считавшимися пугающими, вплоть до окончательного освобождения от фобических симптомов.

Как читатель прекрасно понимает, и этот случайный и удивительный эпизод стал поводом к размышлениям о том, как было бы прекрасно уметь при помощи предписаний, сознательно сделанных пациентам, создавать конкретные ситуации, подобные случившейся, создавать события, позволяющие пациенту пережить альтернативные способы восприятия реальности и реагирования на нее, и в силу этого способные незаметно привести его к преодолению страха.

Начиная с этого момента моя учеба и практика в области клиники сконцентрировались на экспериментальном исследовании и разработке подобных типов «стратегического» вмешательства: а именно, краткосрочных форм терапии, разработанных на основании заранее заданных целей, способных привести субъекта к изменениям так, чтобы он почти не отдавал себе отчета в происходящем изменении. Однако для осуществления такого проекта была необходима решительная эмансипация от традиционных концепций

психотерапии и доступ к исследованиям изменений, взаимодействий, коммуникации человека. Этот поиск знаний привел меня к непосредственному контакту в качестве «подмастерья» с группой MRI в Пало Альто, и, в частности, с Полом Вацлавиком, который на примере конкретного клинического опыта и с помощью новаторских форм эпистемологии показал мне, каким образом возможно конструировать во взаимодействии между людьми «созданные реальности», способные произвести реальные эффекты.\* Вацлавик и Уикленд были прекрасными, строгими и в то же время подбадривающими супервизорами в изучении и разработке специфического протокола краткосрочной терапии для обсессивно-фобических расстройств. Таким образом изучение и клиническое исследование тяжелых случаев страха, паники и фобий начало принимать конкретные формы. Выбор заниматься именно этой клинической проблематикой был продиктован несколькими факторами:

а) моя неудовлетворенность результатами, достигнутыми с помощью традиционных форм психотерапии;

б) в тот период ко мне обращалось много пациентов с фобическими расстройствами, поскольку два описанных странных эпизода послужили мне хорошей рекламой, несмотря на все мои заявления о моей абсолютной непричастности к происшедшим изменениям;

в) модель «Краткосрочной терапии» («Brief Therapy»), разработанная в Институте психических исследований (MRI) и применяемая к самым разнообразным человеческим проблемам, в силу своей традиции системно-семейных исследований, казалась мало применимой в случае подобных специфических проблем.

---

\* Взаимоотношения с Вацлавиком и его коллегами в дальнейшем развились из изначальных отношений между мастером и учеником в отношении сотрудничества и обмена в исследованиях. Это сотрудничество привело к публикации книги «Искусство изменения». (Опубликована на русском языке под названием «Искусство быстрых изменений: Краткосрочная стратегическая терапия», Нардонэ, Вацлавик, 2006)

Таким же образом, другие модели краткосрочной терапии на основе системного подхода не являлись особо специализированными на фобических расстройствах, в то время как, напротив, в работах Эриксона приводилось много примеров краткого и стратегического вмешательства в случае тяжелых фобий и обсессивных состояний. Данный исследовательский подход, помимо привлекательной идеи стать «мощным целителем» тяжелых форм психических расстройств, нес в себе идеи новизны и оригинальности, которые только увеличивали мой энтузиазм.

Прежде всего я оснастил свой кабинет в классической манере системных исследователей Бейтсона: телекамерами и залом наблюдений. Я начал делать видеозаписи моих сессий с фобическими пациентами, к которым применял модель краткосрочной терапии MRI с некоторыми внесенными мной изменениями и изначальной ее адаптацией. После чего я вновь и вновь наблюдал сам процесс терапевтического взаимодействия и его эффекты, уделяя особое внимание маневрам и использованным видам коммуникации. Таким образом, я начал исправлять маневры, показавшие себя неэффективными и уводящими в сторону, и повторять то, что, казалось, приводит к изменениям в пациентах. Подобное экспериментирование составило лейтмотив моей работы по типу «исследования-вмешательства» при фобических расстройствах. Действительно, именно успех или неуспех в стимулировании изменений и последующая отладка процедуры вмешательства позволили выявить, «каким образом» некоторые дисфункциональные человеческие системы действуют в случае наличия проблем и «каким образом» можно было бы эффективно и экономично разрешить подобные проблемы. Первые три года моей работы стали постоянным экспериментированием с различными техниками, казавшимися полезными, заимствованными из разнообразных терапевтических подходов или же просто придуманными. Каждый терапевтический маневр, помимо его разработки, анализировался и с точки зрения его самых эффективных способов исполнения и средств кому-

никации. Очень скоро выявилась полезность не только особых «процедур» в случае специфических проблем, с которыми приходилось сталкиваться в ходе терапии, но и полезность специфической «процессуальности» вмешательства (последовательности процедур), которая усиливала в геометрической прогрессии могущество маневров и более экономично приводила к достижению заданных целей.\*

После этих первых трех лет работы мы пришли к первой версии модели краткосрочной терапии, специфической для обсессивно-фобических расстройств, состоящей из серии специфических терапевтических процедур и имеющей специфическую процессуальность. По аналогии с шахматной игрой, терапевтический процесс подразделялся на стадии и последовательные фазы. Каждая фаза имела специфические цели для достижения; по этой причине были задуманы и разработаны специфические тактики и столь же специфические формы терапевтической коммуникации. С этой целью была разработана и целая серия возможных маневров, направленных на то, чтобы обойти некоторые виды превосходящей сопротивляемости, оказываемой пациентом.

Экспериментируя с первыми двумя типами стратегического протокола, мы пришли к разработке модели вмешательства, состоящей из заранее назначенной серии процедур и в то же время обладающей гибкостью и тактической приспособляемостью к предусматриваемому развитию терапевтического взаимодействия. Здесь опять-таки уместна аналогия с тем, как поступает опытный игрок в шахматы, который, чтобы как можно скорее привести игру к мату, заранее планирует определенные ходы, стараясь предусмотреть контр-ходы противника.

Как легко понять, для разработки протокола подобного вмешательства, показавшего себя в дальнейшем не только эффективным, но и превосходящим и эвристическим, понадобилась терпеливая и трудоемкая эмпиричес-

---

\* По этой тематике см. Нардонэ, Вацлавик, 2006, гл.3.



кая и экспериментальная работа по изучению характерных для фобических пациентов реакций на определенные маневры, а также разработка специфических техник, которые позволили бы достигнуть поставленных целей в следующих одна за другой стадиях терапии. Конечный результат может быть описан, как нечто похожее на достижение мата в шахматной игре за малое количество ходов. Тем не менее, по сравнению с шахматами, нам очень скоро стало ясно, насколько в терапии в отличие от шахмат с их холодной и математической игрой межличностные отношения между терапевтом и пациентом/пациентами являются критерием, определяющим заключительный исход. В этой связи учение Эриксона об использовании суггестивных методов внутри терапевтической коммуникации и учение Вацлавика об использовании парадокса, «двойного ограничения» и других техник прагматики коммуникации\* стали незаменимыми элементами для разработки стратегических планов и специфических терапевтических техник. Модель, выраженная в двух формах, одна из которых специфична для расстройств, основанных на обсессивных состояниях, а другая — для расстройств, основанных на фобиях, на сегодняшний день была применена более чем к 200 случаям (хотя мы и рассматриваем в качестве объекта исследования лишь 152 случая, в которых осуществлялось последующее наблюдение (follow-up) с целью отсроченного контроля эффективности с интервалом в три месяца, шесть месяцев, один год по окончании терапии. Полученные результаты вызывают несомненное удовлетворение как своей эффективностью (86% положительных исходов), так и своей экономичностью (средняя продолжительность терапии — 14 сессий).

Посему сегодня можно считать достигнутой поставленную цель по разработке систематической строгой модели вмешательства, которая запланированно и с меньшим

---

\* См. напр. русскоязычное издание: Вацлавик П. и др. Прагматика человеческой коммуникации, М., 2000.

риском вызывает тот эффект, который случайно был достигнут в двух процитированных случаях, то есть конструирует в терапевтическом взаимодействии «придуманную реальность», способную приносить конкретные эффекты в повседневной реальности пациентов. Терапевт, который проводит подобный тип вмешательства, подобен мудрецу из следующей притчи: «Али Баба после своей смерти оставил своим сыновьям в наследство 39 верблюдов. Завещание предусматривало следующий раздел имущества: старший сын должен был унаследовать половину верблюдов, второй сын — четверть, третий сын — восьмую часть, а самому младшему сыну должна была достаться десятая часть верблюдов. Четверо братьев яростно спорили между собой, поскольку никак не могли прийти к согласию. В это время в тех краях проходил странствующий мудрец, которого привлек спор, и он почти волшебным способом решил проблему братьев. Мудрец добавил своего собственного верблюда к 39 верблюдам, составлявшим наследство, и начал раздел имущества под недоумевающими взглядами братьев: старшему брату он дал 20 верблюдов, второму — 10, третьему — 5, а самому младшему — 4 верблюда. После чего он сел на оставшегося верблюда, который был его собственным, и отправился в свои странствия» (Eigen, 1990, 140).

При решении проблемы мудрец добавил один элемент, необходимый для решения, а потом вновь забрал его себе, поскольку после решения проблемы этот элемент больше не был нужен. Таким же образом в случае фобических пациентов благодаря терапевтическому взаимодействию прибавляется нечто совершенно необходимое для эффективного и быстрого решения проблемы, а потом это нечто вновь забирается терапевтом по окончании терапии, поскольку в нем нет больше необходимости. Такой вид вмешательства лишь кажется «магическим», в действительности же он является плодом применения принципов высокой научной строгости в отношении существования проблем и их решения. Эти принципы при их применении

предусматривают творческое приспособление к обстоятельствам, чтобы суметь разорвать «заколдованный круг», характерный для сложных и самовоспроизводимых человеческих проблем. К тому же, как утверждал Бейтсон (1979), «одна лишь строгость, принципиальность означает смерть от паралича, а одно лишь воображение означает сумасшествие».



СТРАХ,  
ПАНИКА, ФОБИЯ

## Глава 1

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ И МЕТОДОЛОГИЯ

Все то, во что верят, существует,  
и только это.

*Гуго фон Гофмансталь*

### **1. Проблема: определение и/или описание тяжелых форм страха, паники и фобий**

Типы проблем, рассматриваемые в этой книге, заслуживают обстоятельного пояснения, поскольку с помощью терминов «страх», «паника» и «фобия» описывается так много психологических и поведенческих «реальностей», что они кажутся несогласованными между собой. Зачастую это происходит из-за того, что они опираются на различные теории. «Если хорошо посмотреть, то «страх» является лингвистической этикеткой, которой мы маркируем разные вещи, в зависимости от теоретического подхода и исследовательских инструментов. Физиологические показатели, выражения лица, поведенческие черты, субъективный опыт обуславливают тот факт, что каждый единичный рассказ о страхе становится рассказом наблюдателя, который, опираясь на свои собственные «карты», выстаривает, деля на сегменты, то, что он видит, и помещает увиденное на различные уровни реальности» (Salvini, 1991, 12). Например, одна и та же определенная форма страха может быть описана:

- а) психоаналитиком как результат нерешенной «детской травмы»;<sup>7</sup>

- б) бихевиористом как форма обучения и социальной обусловленности;
- в) семейным терапевтом как результат неправильного функционирования семейных отношений;
- г) когнитивистом как вид реакции на способ привязанности и разделения;
- д) экзистенциалистом как выражение тревоги бытия.

Все эти различия во взглядах на проблему заставляют вспомнить об индийской метафоре о четырех слепых вокруг слона. Каждый из слепых может ощупывать доступную ему часть слона и не может видеть его целиком, но при этом утверждает, что именно его «реальность» верна в описании того, как устроен слон. Таким образом, для одного слон — это нечто длинное и эластичное, хобот; для второго — это массивная груда мяса, бок; и так далее в соответствии с ограниченным восприятием тела слона. С точки зрения стратегического подхода к возникновению, функционированию и решению человеческих проблем (Watzlawick, 1974; Нардонэ, Вацлавик, 2005; Nardone, 1991), все эти различия не имеют большого значения, поскольку относятся к интерпретациям этого типа проблем, которые не только совершенно не помогают разрабатывать эффективные способы их решения, но часто представляют лишь определенное — ограниченное или художественно-описательное — видение проблемы. Если же применять послышки современной эпистемологии конструктивизма (von Glaserfeld, von Foerster, Watzlawick, 1981), то человеческие проблемы рассматриваются как продукт взаимодействия субъекта с реальностью, и более конкретно — как результат того, «каким образом» каждый человек воспринимает реальность в зависимости от «перспективы» восприятия проблемы, от используемых инструментов познания и от типа используемого им языка. Подобная сложная система восприятия и осмысления нас самих, других людей и окружающего мира формирует представление об окружающей действительности, которое, в случае, если человек страдает каким-либо расстройством, приводит к нефункциональным реакциям на воспринимаемую соответ-

ствующим образом реальность. Это определяется нами как «перцептивно-реактивная система»<sup>\*</sup> человека.

Нас интересует конкретное функционирование проблемы, ее процесс и динамика, открытие и изучение присущих ей правил и функций и последующая разработка эффективного и быстрого решения: то есть нас интересует «как» функционирует проблема, а не почему она существует. Подобный сдвиг точки зрения позволяет сконцентрироваться на разработке быстрых и эффективных способов решения проблемы, не теряя время на трудоемкие, не слишком достоверные и совершенно бесполезные поиски предполагаемых «причин» существующей проблемы. С этой точки зрения выявление проблем осуществляется эмпирическим образом, опираясь на отчет пациента и его близких и на то, **что** в ходе взаимодействия терапевта с пациентом/пациентами определяется как проблема, которую надо решить<sup>\*\*</sup>. Следовательно, диагностика тяжелых форм фобических расстройств, использованная в данной работе по применению исследования-вмешательства, получена непосредственно из отчетов пациентов, не прибегая при классификации к какой бы то ни было форме интерпретации данных. В выборке субъектов, на которой проводилось данное исследование, были представлены различные типы проблем, основанных на страхе, панике и фобиях.

Общим для всех субъектов выборки было то, что все они были не способны вести самостоятельный и независимый от близких им людей образ жизни, поскольку не могли заниматься различными видами деятельности, не испытывая при этом страха или фобических состояний. Приводимые клинические случаи, что очевидно для специалиста, точно соответствуют диагностической дифференциальной классификации DSM III R (Руководство по диагностике и статистике

---

\* Для более подробного ознакомления с этим конструктом отправляем читателя к следующей главе.

\*\* Как будет объяснено в дальнейшем, конкретное определение проблемы, приведшей субъекта/субъектов к обращению за терапией, является первым шагом стратегического вмешательства.



психических расстройств, пересмотренное и дополненное), определения из которого мы процитируем. В нашей клинической практике мы, тем не менее, предпочитаем избегать «этикеток», типичных для психиатрической классификации психологических проблем, дабы избежать их влияния в виде эффекта «самореализующегося предсказания» на субъекта, к которому они применяются. В клинической практике мы сознательно используем вместо термина «болезнь» термин «проблема», из-за его положительного смысла, который не обязательно ассоциируется с патологией. Использование в разговоре с пациентом термина «проблема», вместо того чтобы говорить о болезни, позволяет построить терапевтическую реальность, ориентированную на решение (всем известно, что проблемы существуют для того, чтобы их решать). Этот маневр коммуникации представляет собой переопределение расстройства и часто имеет свойство самого настоящего терапевтического вмешательства в силу своей способности депатологизировать симптом. Тем не менее, в данном случае мы считаем важным соотноситься с диагностической классификацией психологических расстройств, принятой на международном уровне сообществом ученых, с целью систематической оценки результатов нашего исследования-вмешательства. Поскольку данная работа является не просто терапевтическим вмешательством, а представляет собой вклад в распространение знаний и должна быть сопоставима с другими научными исследованиями, мы здесь будем пользоваться терминологией, которой мы, конечно, не употребили бы в ситуации клинического вмешательства.

После этого необходимого пояснения касательно терминологии, ставшего необходимым в силу того, что в фазе терапевтического вмешательства — где коммуникация является инструментом и проводником вмешательства — используется другой язык, чем тот, что употреблен нами в фазе изложения, в контексте которой коммуникация является передатчиком знаний и опыта, мы можем привести классификацию DSM III R, относящуюся к тем типам проблем, которые мы изучали.

## **Классификация тревожных расстройств (или фобических неврозов) согласно DSM III R (1987)\***

### **1) Расстройства в виде панических реакций: диагностические критерии**

А) Несколько раз на протяжении расстройства возникают один или больше панических приступов (очерченные периоды сильного страха и дискомфорта), которые

- 1) являются неожиданными, то есть появляются не непосредственно перед или во время ситуации, которая почти всегда вызывает тревогу;
- 2) не возникают в ситуациях, в которых субъект является предметом внимания других людей.

Б) Появляются либо четыре приступа, очерченные критерием А, в течение 4-х недельного периода, либо один или более приступов, за которыми следует период, по меньшей мере месяц, в течение которого наблюдаются страхи, что приступ повторится.

В) Не меньше четырех из следующих симптомов развиваются в течение по меньшей мере одного из приступов:

- 1) затрудненное дыхание (диспноэ) или сглаженность ощущений;
- 2) головокружение, непостоянство ощущений или усталость;
- 3) болезненное или учащенное сердцебиение (тахикардия);
- 4) дрожь;
- 5) потливость;
- 6) удушье;
- 7) тошнота или дискомфорт в желудке;

---

При переводе этого раздела мы опирались на русский перевод книги Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: В 2 т. М.: Медицина, 1998. Глава 11. Расстройства в виде тревожности (или неврозы тревожности и фобические неврозы). С. 366 – 424.

- 8) деперсонализация или ощущение нереальности происходящего;
- 9) онемение или покалывание иглоками (сенестопатии);
- 10) покраснение лица, гусиная кожа;
- 11) боль или дискомфорт в груди;
- 12) страх смерти;
- 13) страх сойти с ума или совершить безрассудные действия.

Г) Во время по меньшей мере нескольких приступов не менее 4 из симптомов, описанных в пункте В, развивающихся внезапно и нарастающих по интенсивности в течение 10 минут от начала первого из симптомов, названных в В, намечаются в данном приступе. (*См. Агорафобия без панического расстройства*).

Д) Не удается обнаружить какой-либо органический фактор, который бы вызывал и поддерживал данное расстройство, например, интоксикация анфетаминами или кофеином, гиперфункция щитовидной железы.

### **Определение тяжести панических приступов**

*Легкие:*

в течение последнего месяца либо все приступы ограничивались несколькими симптомами (напр., менее четырех симптомов), либо наблюдалось не более одного приступа паники;

*Умеренные:*

- а) за последний месяц все приступы паники характеризовались ограниченным числом симптомов (напр., немногим более четырех симптомов) или же присутствовал лишь один приступ паники;
- б) в течение последнего месяца приступы были средними между «легкими» и «тяжелыми».

*Тяжелые:* за последний месяц было не менее восьми приступов паники.

*Частичная ремиссия:* состояние среднее между «полной ремиссией» и «легкими» приступами. *Полная ремиссия:* в течение последних шести месяцев панические приступы

отсутствовали или имела место ограниченная патологическая симптоматика.

## **2) Паническое расстройство с агорафобией: диагностические критерии**

А) Отвечает критериям для расстройства в виде панических реакций (см. выше).

Б) Агорафобия: боязнь находиться в местах или ситуациях, из которых трудно выбираться (или это неудобно), и в которых не будет оказана помощь в случае развития панического приступа. В результате этих страхов человек может ограничивать выходы из дома или требует, чтобы его сопровождали, или находит еще какие-то способы справиться с агорафобией, несмотря на интенсивную тревогу. Типичными ситуациями, в которых возникает агорафобия, является нахождение вне дома одному, в толпе, в очереди или на мосту, в автобусе, в поезде, в машине.

### *Специфические формы поведения, свойственные агорафобическому избеганию*

#### *Легкое:*

наличие избегания (или перенесение ситуации с мучением), но сохранение в целом нормального образа жизни, (например, человек выходит без сопровождения, если надо, например, на работу или в магазин, но от других путешествий отказывается, если он один).

#### *Умеренное:*

в результате избегания формируется ограниченный образ жизни (например, человек может выйти из дома один, но не может пройти и несколько миль без сопровождения).

#### *Тяжелое:*

избегание настолько сильно, что человек почти полностью привязан к дому и не может выйти из дома без сопровождения.

### *Частичная ремиссия:*

отсутствие ежедневного агорафобического избегания, но наличие нескольких эпизодов за истекшие шесть месяцев. *Полная ремиссия:* отсутствие избегающего поведения и эпизодов паники за последние шесть месяцев.

### **3) Агорафобия без панического расстройства: диагностические критерии**

А) Агорафобия (см. выше)

Б) Отсутствие симптомов, соответствующих критериям панического расстройства.

### **4) Обсессивно-компульсивные расстройства: диагностические критерии**

А) Обсессивные состояния характеризуются:

- 1) повторяющимся переживанием устойчивых идей, мыслей, импульсов или образов, которое по крайней мере вначале является навязчивым и бессмысленным (например, повторяющийся импульс убить собственного ребенка у родителя или повторяющиеся богохульные мысли у верующего человека);
- 2) стремлением человека игнорировать или подавить подобные импульсы или мысли или же нейтрализовать их другими мыслями или действиями;
- 3) способностью человека отдавать себе отчет в том, что обсессивное состояние является плодом его собственного мышления и не навязано извне;
- 4) отсутствием связи содержания навязчивой идеи с идеями, мыслями, импульсами или образами, которые возникают при некоторых других проблемах (например, идеи, мысли, импульсы или образы не связаны с пищей в случае расстройства в питании, не связаны с определенными веществами, если имеется расстройство, обусловленное приемом психоактивных веществ, или они не связаны с чувством вины при депрессии).

Б) Комппульсивные состояния характеризуются:

- 1) устойчивым, повторяющимся и сознательным поведением, имеющим отношение к обсессивной идее и возникающим в ответ на навязчивость, которое следует определенным правилам или повторяется стереотипным образом;
- 2) направленностью такого поведения на нейтрализацию или предотвращение дискомфорта или каких-либо пугающих событий и ситуаций; однако данная активность либо не является реальным способом предотвращения или нейтрализации, либо она явно избыточна;
- 3) осознанием нерациональности и чрезмерности человеком своего поведения (это не относится к маленьким детям, чьи навязчивости включены в сверхценные идеи).

В) Обсессивные и комппульсивные состояния вызывают сильные страдания и длятся очень долго (более одного часа в день) или значительно мешают нормальной каждодневной жизни человека, его профессиональной деятельности, нормальной социальной активности и отношениям с другими людьми.

Фобическая форма навязчивых ипохондрических состояний (которые в DSM III отнесены к разделу соматоформных расстройств) рассматривается нами как расстройство, основанное на страхе, поскольку при подобных расстройствах наблюдается перцептивно-реактивная динамика обсессивно-фобического типа.

### ***5) Ипохондрия: диагностические критерии***

А) Охваченность страхом перед наличием тяжелого заболевания и убежденность в том, что оно имеется, основанная на интерпретации (ошибочной) соматических признаков и ощущений, рассматриваемых как доказательство соматического заболевания. Средний возраст, при котором

появляется расстройство — 20 — 30 лет. Предрасположенность: встречается чаще у тех, кто в прошлом столкнулся с реальными проблемами здоровья у самого себя или у членов семьи. Это расстройство, возможно, испытывает влияние и психосоциального стресса.

Б) Соответствующее обследование физического состояния не подтверждает диагноз какого-либо соматического расстройства, которое могло бы лежать в основе физических признаков и ощущений или неоправданных интерпретаций их субъектом, однако пациент не верит этому и продолжает собственную интерпретацию; симптом не характеризуется «приступами паники».

В) Страх перед болезнью и уверенность в том, что она останется, продолжается и после медицинских заключений.

Г) Продолжительность расстройства составляет не менее шести месяцев.

Для лучшего понимания нашей модели функционирования перцептивно-реактивных систем, свойственных всем этим типам проблем, основанным на страхе, отправляем читателя ко второй главе.

## **2. Выборка субъектов исследования-вмешательства**

Типы описанных расстройств были прослежены на большой группе из 152 субъектов, проживающих не только в Ареццо, где находится Центр стратегической терапии, но и во всей Италии. Следовательно, выборка не ограничена с территориальной и, возможно, культурной точки зрения.

Поскольку вышеназванный Центр является частной организацией, пациенты обращаются в него за помощью по собственной инициативе, и в результате выборка носит случайный характер. Мы организовали выборку на основе специфической типологии расстройств, рассматриваемых в данной работе.

Переменные, которые объединяют 152 субъекта:

Б) Комппульсивные состояния характеризуются:

- 1) устойчивым, повторяющимся и сознательным поведением, имеющим отношение к обсессивной идее и возникающим в ответ на навязчивость, которое следует определенным правилам или повторяется стереотипным образом;
- 2) направленностью такого поведения на нейтрализацию или предотвращение дискомфорта или каких-либо пугающих событий и ситуаций; однако данная активность либо не является реальным способом предотвращения или нейтрализации, либо она явно избыточна;
- 3) осознанием иррациональности и чрезмерности человеком своего поведения (это не относится к маленьким детям, чьи навязчивости включены в сверхценные идеи).

В) Обсессивные и комппульсивные состояния вызывают сильные страдания и длятся очень долго (более одного часа в день) или значительно мешают нормальной каждодневной жизни человека, его профессиональной деятельности, нормальной социальной активности и отношениям с другими людьми.

Фобическая форма навязчивых ипохондрических состояний (которые в DSM III отнесены к разделу соматоформных расстройств) рассматривается нами как расстройство, основанное на страхе, поскольку при подобных расстройствах наблюдается перцептивно-реактивная динамика обсессивно-фобического типа.

### ***5) Ипохондрия: диагностические критерии***

А) Охваченность страхом перед наличием тяжелого заболевания и убежденность в том, что оно имеется, основанная на интерпретации (ошибочной) соматических признаков и ощущений, рассматриваемых как доказательство соматического заболевания. Средний возраст, при котором



появляется расстройство — 20—30 лет. Предрасположенность: встречается чаще у тех, кто в прошлом столкнулся с реальными проблемами здоровья у самого себя или у членов семьи. Это расстройство, возможно, испытывает влияние и психосоциального стресса.

Б) Соответствующее обследование физического состояния не подтверждает диагноз какого-либо соматического расстройства, которое могло бы лежать в основе физических признаков и ощущений или неоправданных интерпретаций их субъектом, однако пациент не верит этому и продолжает собственную интерпретацию; симптом не характеризуется «приступами паники».

В) Страх перед болезнью и уверенность в том, что она останется, продолжается и после медицинских заключений.

Г) Продолжительность расстройства составляет не менее шести месяцев.

Для лучшего понимания нашей модели функционирования перцептивно-реактивных систем, свойственных всем этим типам проблем, основанным на страхе, отправляем читателя ко второй главе.

## **2. Выборка субъектов исследования-вмешательства**

Типы описанных расстройств были прослежены на большой группе из 152 субъектов, проживающих не только в Ареццо, где находится Центр стратегической терапии, но и во всей Италии. Следовательно, выборка не ограничена с территориальной и, возможно, культурной точки зрения.

Поскольку вышеназванный Центр является частной организацией, пациенты обращаются в него за помощью по собственной инициативе, и в результате выборка носит случайный характер. Мы организовали выборку на основе специфической типологии расстройств, рассматриваемых в данной работе.

Переменные, которые объединяют 152 субъекта:

Выборка		
Тип проблемы	%	Число случаев
Агорафобия	19%	28
Паническое расстройство с агорафобией или наоборот	40%	61
Паническое расстройство без агорафобии	9%	14
Обсессивно-компульсивные расстройства	20%	31
Ипохондрические навязчивые идеи	12%	18
Общее число случаев	100%	152

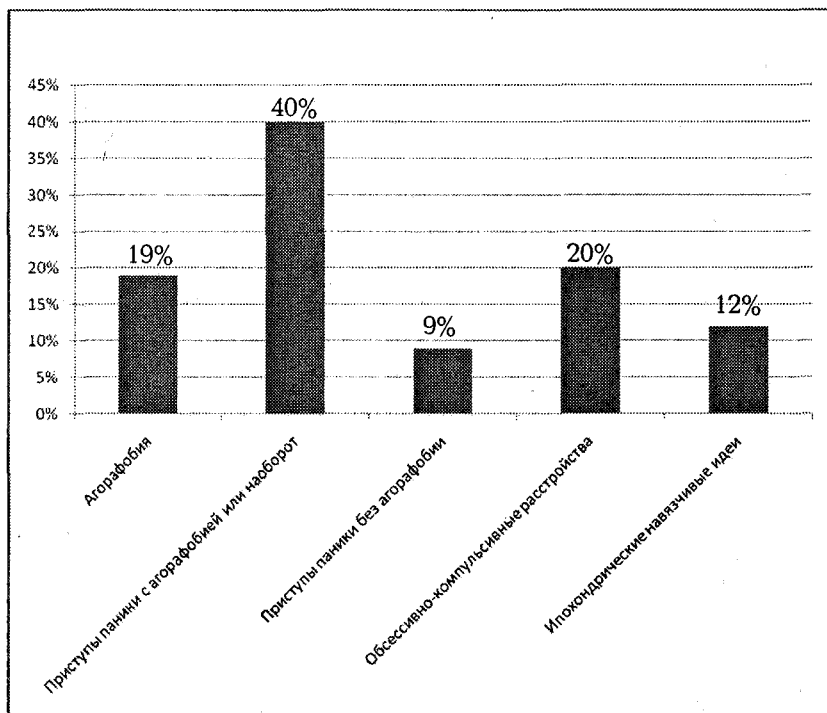
а) обращение за терапией в наш Центр и применение ко всем пациентам нашей модели краткосрочной стратегической терапии;

б) с точки зрения диагностики — принадлежность к одному из вышеописанных фобических расстройств;

в) во всех случаях по окончании вмешательства осуществлялось повторное обследование или катamnестическое наблюдение пациентов (*follow-up*) через три месяца, шесть месяцев и один год. Всего в Центр обратились 169 человек, однако мы рассматриваем лишь 152 случая. Поскольку 17 человек покинули терапию после первых двух сессий, мы отнесли их к категории «выбывших из терапевтического процесса» пациентов (*drop-out*). В отношении них любое рассуждение кажется нам необоснованным. Рассмотренные случаи относятся к 1988, 1989, 1990 годам.

В составе выборки было 84 женщины и 68 мужчин.

Средний возраст пациентов составил 28 лет, самому младшему было 13 лет, самому старшему — 71. С точки зрения



диагностической классификации выборка подразделяется на 28 случаев агорафобии; 61 случай панического расстройства с агорафобией; 14 случаев панического расстройства без агорафобии; 31 случай обсессивно-компульсивных расстройств; 18 случаев ипохондрических навязчивых идей.

Результаты, достигнутые при тяжелых формах фобических расстройств с помощью вмешательства, осуществленного согласно модели краткосрочной стратегической терапии, будут представлены в третьей и четвертой главах. Помимо характеристик вмешательства, в этих главах будут представлены данные, относящиеся к заметной эффективности (способности вызвать эффективное решение проблемы) и к удивительной экономичности (отношение между затратами и успехом), которые демонстрирует терапевтическое вмешательство.

Читатель отсылается к четвертой главе для более полного представления результатов всей работы, проделанной в рамках исследования-вмешательства, и их обсуждения. Для того, чтобы сделать чтение более приятным и облегчить понимание рассматриваемых тематик, мы выбрали следующую последовательность изложения: сначала рассказывается о том, каким образом образуются и устойчиво существуют во времени фобические расстройства, а затем говорится о том, как они могут быть изменены и излечены. Лишь после этого мы перейдем к несомненно более скучному изложению и обсуждению данных, относящихся к достигнутым результатам, которые являются самым важным подтверждением клинической и эмпирической значимости проделанной работы.

### ФОРМИРОВАНИЕ И УСТОЙЧИВОЕ СУЩЕСТВОВАНИЕ ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Люди, продолжающие задаваться вопросом «почему», подобны тем туристам, которые, находясь перед памятником, погружаются в чтение описания памятника, и именно чтение его истории, его возникновения и т.д... мешает им увидеть сам памятник.

*Людвиг Витгенштейн*

#### **1. Предварительное замечание по эпистемологии**

При рассмотрении какой-либо психологической проблемы почти самопроизвольно возникает вопрос, почему она возникла. Этот тип умственной установки уходит корнями в вековое представление о причинности вещей, или о линейной причинной зависимости. Подобная зависимость предусматривает прямолинейное отношение между причиной и следствием, проявляющееся в натуральных явлениях, как биологических, так и психических.

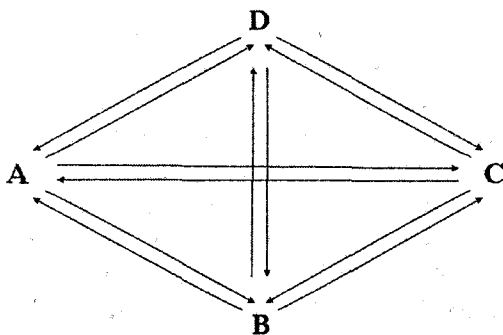
Отправляясь от этой точки зрения, для решения проблемы представляется необходимым докопаться до изначальной причины, вызвавшей проблему. Причина, по очевидной логике, должна предшествовать следствиям. В связи с этим для решения существующей в данный момент

проблемы необходимо осуществить анализ прошлого. В нашем специфическом контексте эта устаревшая и ограниченная концепция лежит в основе традиционных моделей интерпретации психических феноменов и человеческого поведения. Подобные подходы, даже если они занимают противостоящие друг другу позиции, например, как это имеет место в случае психоанализа и бихевиоризма, основывают свою теорию и вытекающие из нее модели терапевтического вмешательства на предопределяющем отношении причины по отношению к следствию. На эпистемологическом уровне теоретической модели мало что изменяется, идет ли речь об «изначальной травме» для психоаналитика или об «оперантной обусловленности» для сторонника бихевиоризма. В физике и естествознании этот тип эпистемологической модели изжил себя уже более ста лет назад. Действительно, достаточно вспомнить принцип относительности Эйнштейна, принцип неопределенности Хайзенберга, или более современные исследования Матураны и Варелы о «самотворчестве» живых систем, а также изучаемые Пригожиным «рассеивающие структуры», чтобы найти пример того, в какой мере современная наука значительно удалилась от эпистемологии, основывающейся на концепции линейной причинно-следственной зависимости, с тем чтобы перейти к эпистемологии, основывающейся на концепции круговой зависимости.

Под круговой причинно-следственной зависимостью понимается отказ от однонаправленности и линейности причинно-следственной зависимости, которая может быть графически представлена следующим образом:



в пользу недетерминистской концепции, находящейся в согласии с современными эпистемологическими теориями о круговой зависимости, которая графически может быть представлена так:



С точки зрения принципов круговой причинно-следственной зависимости процесс принимает форму круга с взаимными воздействиями и ответными реакциями переменных. «Когда вступает в игру такой круговой процесс, перестает существовать начало или конец, а имеет место лишь система взаимного влияния между переменными. Из этого вытекает необходимость изучения феномена во всей его глобальности, с учетом того, что каждая переменная всегда проявляет себя в зависимости от ее отношений с другими переменными и от контекста ситуации. Отсюда следует констатация: сумма отдельных частей не эквивалентна целому, и изоляция единичной переменной для изучения ее характеристик непременно приводит к редукционизму и к искажениям в познании, в результате чего не формируется целостного представления об особенностях единичной переменной и не происходит реконструкции всего процесса взаимоотношений. В связи с этим возникает необходимость изучения феноменов взаимодействия, поскольку именно они вместе с индивидуальными характеристиками переменных определяют протекание процесса и проявление каждой отдельной переменной. Только посредством наблюдения за этой динамикой и за управляющими ею правилами можно получить корректное представление об отдельных феноменах и об их происхождении». (Нардонэ, Вацлавик, 2005, 55–56.)

Эта новая эпистемология вошла в область клинической психологии лишь несколько десятилетий назад благодаря

ученым школы Пало Альто (Бейтсон, Вацлавик, Уикленд и др.). Применяя подобный новаторский подход в области клиники, они произвели самую настоящую коперниковскую революцию внутри психологических и психиатрических дисциплин. Но, к сожалению, для того чтобы научные новшества достигли широкой публики и вошли в понятия народного здравого смысла, необходимо время более длительное, нежели несколько десятилетий.

Стараясь прояснить ситуацию человеку, задающемуся вопросом, «почему» у него возникла та или иная фобия, необходимо прежде всего прибегнуть к утверждению, что знание причин расстройства не является необходимым и полезным условием для избавления от самого расстройства.

Другими словами, для того чтобы вызвать изменения в фобической и обсессивной ситуации с целью полного избавления от расстройства, нет необходимости в знании его причин или в знании того, как оно развивалось на протяжении лет. В то же время представляется необходимым изучение того, каким образом функционирует «здесь и сейчас» система восприятия реальности и реакций на нее, свойственная данному человеку, а именно — как действует то, что мы называем «перцептивно-реактивной системой» субъекта. Изучение перцептивно-реактивной системы позволяет (как мы увидим это в третьей главе) разрабатывать и применять стратегии, способные изменить дисфункциональную систему восприятия реальности и ответных реакций на нее и, таким образом, привести субъекта к быстрому и эффективному решению своих проблем.

Несмотря на доказанность бесполезности поиска в прошлом причин для решения существующей в настоящем проблемы, читатель, наиболее вдохновленный очарованием путешествий внутрь человеческой души, может утверждать, что раскрытие причин расстройства являет собой настоящее интеллектуальное наслаждение и поему является серьезным развлечением. К сожалению, и в этом случае подобный читатель попадает в целую серию ловушек, запрятанных внутри общения субъекта с самим собой и



общения субъекта с другими людьми (в данном случае с психотерапевтом), направленных на — в буквальном смысле — «построение» предполагаемых причин на основании принятой терапевтом теории. Для еще большей ясности: для того чтобы докопаться до причин присутствующей в настоящий момент проблемы, проводится анализ отчета пациента/пациентов, основывающегося на его воспоминаниях о прошлой жизни и о возникновении проблем. Отчет пациента уже является первой «интерпретацией» реальности, искаженной его современными идеями, убеждениями и эмоциями по отношению к прошлому, а посему подобный отчет является малодостоверным.

Кроме того, к этому добавляется вторая «интерпретация» реальности, осуществляемая терапевтом, который интерпретирует и объясняет причины присутствующей в настоящий момент психологической проблемы в свете своих собственных теорий. Представляется очевидным, что подобные переходы через интерпретацию и коммуникацию искажают «изначальную реальность», выстраивая интерпретацию, которая затем становится «новой реальностью», созданной взаимодействием между пациентом/пациентами и терапевтом. Кроме того, даже если при поиске ответа на вопрос, почему проблема возникла, нам и удалось бы полностью изолировать факты от интерпретации и от теорий, то при формулировании объясняющей причинной теории мы столкнулись бы с проблемой, поднятой современной конструктивистской эпистемологией (von Glaserfeld, 1984; von Foerster, 1973; Watzlawick, 1988) в отношении теорий, которые объясняют все, а именно — так называемых «автоиммунизирующих теорий»\*. Проблема находит свое выражение в единственности и неповторимости каждой отдельной человеческой личности, или, лучше, человеческой системы с ее особенными характери-

---

\* Имеются в виду те теоретические модели, которые представляются неуязвимыми для фальсификации, поскольку включают в себя и объясняют любое событие, а посему являются недостоверными и ненаучными.

ками отношений с самой собой, с другими людьми и с окружающим миром. Посему, даже если сходные между собой события, пережитые разными людьми, принимаются в качестве возможных непосредственных причин существующей в данный момент проблемы, то при этом забывается, что любая реальность изменяется в зависимости от точки зрения, с которой она воспринимается и перерабатывается. Стало быть, одно и то же событие, пережитое людьми с различным типом отношений с самими собой, с другими людьми и с окружающим миром, приводит к радикально отличающемуся опыту, который не может быть рассмотрен в качестве причин проблемы. С этой точки зрения принимается так называемая «теория единичного случая» («single case theory»), в которой для объяснения причин каждого отдельного случая желательна своя специфическая теория.

По нашему мнению, все эти проблемы происходят из-за поиска причины проблемы, который ошибочен с эпистемологической точки зрения. Другими словами, как выразился бы Витгенштейн, слишком часто оценивают, правилен или ошибочен ответ, не оценивая при этом, корректен ли задаваемый вопрос. В рамках подхода, нацеленного на поиск решения проблемы, представляется важным переход от подобного «почему существует проблема» к тому, «как она функционирует». Переход от анализа содержания к анализу процесса. Переход от семантического анализа к прагматичной оценке функционирования проблемы. Переход от эпистемологической физикалистской и детерминистской модели к эпистемологической кибернетической и конструктивистской модели (Ashby, 1954, 1956; Wiener, 1947, 1967, 1975; Bateson, 1967, 1972, 1980; Keeney, 1983; Watzlawick, 1967, 1974, 1980; Weakland, 1974). Переход от ригидной линейности между причиной и следствием к концепции взаимодействия между сопротивляемостью и решением проблемы внутри проблемной ситуации (Watzlawick *et al.*, 1974). Согласно этой альтернативной методологической позиции, функционирование определенной человеческой системы изучается посредством вме-

шательства, направленного на изменение ее функционирования. Считаем возможным утверждать, что в нашем случае, вызывая изменения и решая проблему страха, паники и фобий на широкой выборке субъектов при помощи процедуры, имеющей изоморфную проблеме структуру, мы получили знание о том, как функционируют — с точки зрения динамики — те человеческие системы, которые управляются фобическим восприятием окружающей реальности и фобическими реакциями на нее.

Исходя из этого, становится возможным сформулировать теорию, относящуюся не к тому, «почему» возникают страхи, а к тому, как функционируют перцептивно-реактивные процессы, характерные для людей, страдающих фобическими расстройствами. Другими словами, сформулировать не объясняющую (причинную) теорию страха, а кибернетическую теорию страха. Полученная нами информация относится скорее не к образованию, а к устойчивому существованию проблемы, поскольку перцептивно-реактивные фобические процессы познаются посредством стратегического вмешательства, разрушающего своеобразную извращенную игру взаимодействий, которые поддерживают «равновесие» фобической перцептивно-реактивной системы. Поэтому мы считаем, что самая важная особенность данной главы заключается именно в том, что мы не задерживаемся на происхождении обсуждаемых проблем.

Нашим альтернативным предложением является гипотеза о том, «каким образом» фобические расстройства функционируют. Это гипотеза, позволяющая заострить внимание на детальном изложении того, «как» подобные расстройства существуют и проявляют тенденцию к обострению, поскольку для достижения прагматичной цели — продуцирования изменений и решения подобных проблем — действительно полезной является лишь информация о том, «как» они существуют и все более усложняются, благодаря цепочке перцептивных и реактивных взаимодействий между субъектом и окружающей его действительностью.

## 2. Эмпирическое познание

От ортодоксальности мышления  
человечество глупеет хуже,  
чем от любой религии.

Карл Краус

Первые очевидные и в то же время значимые выводы из нашего исследования-вмешательства, относящиеся к формированию рассматриваемых нами проблем, опровергают некоторые общепринятые убеждения о том, как возникает страх. Первой решительно опровергаемой гипотезой является принятое в психоанализе положение о том, что тяжелые формы страха, так же как и любые формы психического и поведенческого дискомфорта, берут свое начало в нерешенных детских травмах. По этому поводу лишь в 3 случаях из 152 было замечено присутствие так называемых «травм детства». Тем не менее, поскольку во всех этих случаях субъекты прошли многолетнюю психоаналитическую терапию, не представляется возможным установить, была ли эта «травма» действительно такой важной для субъекта или же придаваемая ей важность являлась плодом теорий и интерпретаций терапевта-психоаналитика. Следует отметить, что подобные интерпретации и последующие инсайты пациента не привели ни к какому конкретному терапевтическому результату. Следующим решительно опровергнутым нашей работой убеждением стала гипотеза о чисто биологическом происхождении тяжелых форм фобии. Эта теория, вошедшая в моду несколько десятилетий назад и вернувшаяся в течение последних лет, может быть, скорее в силу существенного коммерческого интереса фармацевтических фирм нежели в результате клинических и прикладных исследований, утверждает, что приступы паники вызываются дисфункциональностью определенной зоны головного мозга, называемой *locus caeruleus*, в то время как обсессивно-компульсивные расстройства вызываются недостатком определенного нейротрансмиттера, серотонина.

С эпистемологической точки зрения этот подход является явно редуccionистским, поскольку претендует на объяснение функционирования такой сложной системы, как человеческая психика, посредством одного компонента. Говоря словами Бедвистела, «как если бы мы старались понять, как сделана вся система канализации Нью-Йорка, изучая единственный участок в 20 сантиметров». Кроме того, не следует забывать о том, что контуры изучаемого объекта всегда задаются наблюдателем.

Тем не менее, если подобный подход и был бы правильным, то фармакологическое лечение должно было бы привести к полному выздоровлению. Если же подобная терапия не дает эффекта или приводит лишь к частичному результату, то с необходимостью возникает некоторое сомнение по поводу состоятельности теории. Из 152 субъектов нашего исследования-вмешательства 131 человек (86%) раньше уже пробовали прибегнуть к фармакологическому лечению в специализированных центрах по лечению приступов паники. В 83 случаях после изначального незначительного улучшения патология осталась неизменной, в 8 случаях наступило даже ухудшение, а в 40 случаях наступило улучшение с точки зрения фобических реакций (приступы паники становились реже и/или снижалась их интенсивность), но фобическое восприятие ситуации осталось неизменным, и пациенты продолжали избегать ситуаций, воспринимаемых ими как угрожающие, вызывающие страх. Из этих данных становится явной безосновательность сугубо биологической гипотезы о возникновении и существовании фобических расстройств. Вместе с тем мы, безусловно, не хотим отрицать наличие биологических нарушений у субъектов, страдающих обсессивно-фобическими расстройствами и, соответственно, мы не отрицаем тот факт, что зачастую может быть полезным параллельное проведение фармакологической и психологической терапии. Мы только хотим продемонстрировать, насколько исключительно биологическая, редуccionистская точка зрения не выдерживает проверки конкретными данными. И действи-

тельно, в 51 случае из нашей выборки пациенты с положительным исходом наблюдались в сотрудничестве со специалистом по фармакологическому лечению. Тем не менее фармакологическое лечение было постепенно сведено на нет по мере продвижения психологической терапии.

Наши исследования безусловно опровергают и третье убеждение, предполагающее психологическую ранимость субъектов, страдающих тяжелыми фобическими расстройствами, и их происхождение из семей с выраженной гиперопекой или с аффективной депривацией. В 91% случаев субъектами или членами их семьи было заявлено, что раньше они всегда были независимыми и скорее храбрыми, способными справиться с любыми ситуациями, до того момента, когда у них возникло расстройство, больше не позволяющее им быть такими, как прежде. Только в 32 случаях (21%) была выявлена семейная ситуация с явной гиперопекой и с таким климатом отношений, при котором постоянно подвергались сомнению независимость и личностные способности субъекта терапии. Кроме того, лишь в 11 случаях (7%) была выявлена конфликтная семейная ситуация с межличностными отношениями, характеризующимися эмоциональной депривацией. Таким образом, и гипотеза об эволюционно-когнитивистском и/или взаимоотношенческом объяснении происхождения фобических расстройств в свете конкретных данных оказывается несостоятельной.

Детальные отчеты по 152 случаям опровергли и четвертое убеждение, относящееся к условно-рефлекторной, механической природе расстройств. Данная теория утверждает необходимое присутствие прямолинейной зависимости между наличием в прошлом опыте пугающих стимулов и формированием фобических реакций. В большинстве случаев (103 случая, 68%) субъекты отрицают наличие пережитого опыта сильного страха перед конкретным стимулом, как, например, пугающее событие, реакцией на которое стали бы симптомы фобии. Кроме того, и в тех 49 случаях (32%), в которых фиксировалось первоначальное присутствие вызвавшего фобию события, подобное событие связывается не

столько с конкретным фактом, а, как мы увидим в дальнейшем, было вызвано своего рода постепенным самовнушаемым «накручиванием», приводящим к «построению» первого приступа неуправляемого страха. На основании пережитого эпизода в дальнейшем формируются последовательности взаимодействий между субъектом и окружающей действительностью, приводящие к фобическому восприятию и обобщенным фобическим реакциям. Прослеживая процесс и типичные ответные реакции, относящиеся к возникновению и формированию расстройства, а именно отчет о том, «как» появились проблемы и как они развились со временем, можно заметить, что почти во всех случаях динамика была аналогичной. Тяжелые фобические расстройства появились и постепенно осложнились на основе сомнений и мыслей относительно возможности почувствовать себя плохо, которые начали возникать в голове субъектов без всякой кажущейся очевидной причины, или же на основании первого легкого эпизода мотивированного страха, который впоследствии привел их к частым и активным мыслям о том, что они могут почувствовать себя плохо. В первом случае эти мысли носят следующий характер: «мне может стать плохо в толпе или если я буду далеко от дома», «кто мне поможет?», «как глупо я буду выглядеть!». Эти сомнения постепенно превратились в фобические навязчивые мысли, на основании которых субъекты (103 случая, 68%) начали развивать типичное поведение избегания или побега из всех ситуаций, которые могли бы подключить такую цепочку мыслей и эмоций. Действительно, субъекта пугают любые соматические реакции (тахикардия; учащенное дыхание, головокружение, потоотделение, спутанность мыслей), которые подобная эмоционально окрашенная ситуация неоднократно вызывает.

Тот же самый процесс задействуется и во втором случае, когда на основании одного первого эпизода пережитого страха и соматических реакций субъекты (49 случаев, 32%) начинают постоянно обеспокоенно прислушиваться к собственным реакциям. Констатируя, что некоторые ситуа-

ции вызывают сильные эмоциональные реакции и соответствующие им соматические ощущения, они тоже приводят в действие поведение избегания ситуации или побега из нее, или же пытаются контролировать физиологические реакции, с тем результатом, что их симптомы все усложняются и обостряются.

Из этих данных выявляется, следовательно, что тяжелые формы фобических расстройств берут начало из событий первоначально незначительных с точки зрения физического поведения, или даже из таких сугубо умственных событий как сомнение: «я могу почувствовать себя плохо». На практике изначально кажется, что индивиды попадают в умственную ловушку, в которую попала и хроножка из истории, рассказанной в книге «Искусство быстрых изменений: краткосрочная стратегическая терапия» (Нардонэ, Вацлавик, 2006), которая призадумалась о том, как трудно передвигать одновременно все ее сорок ног, и в результате ей захотелось контролировать и управлять этим спонтанным умением, с тем исходом, что она в результате разучилась ходить.

Как мы увидим в дальнейшем, в действительности формирование фобической симптоматики определяется не изначальным событием, а всеми теми действиями, которые предпринимает субъект, чтобы избежать возникновения страха. Это означает, что «предпринятые попытки решения», выбранные индивидом для того, чтобы избежать появления страха перед бурным проявлением эмоциональных и соматических реакций страха, приводят к обострению самой симптоматики и к тому, что она формируется на более тяжелом уровне, а именно на уровне полной обобщенности фобического восприятия окружающей действительности и фобических реакций на нее. На этом уровне человек достигает того состояния, которое было определено как беспомощность (*helplessness*).

«*Learned helplessness*, или выученная беспомощность, была изучена психотерапевтами-когнитивистами, которые идентифицировали ее с состоянием невозможности контроля над событиями. Сталкиваясь с подобным опытом, ин-



дивид приходит к осознанию того, что он не может оказать никакого влияния на будущие события. Возможность развития сильного эмоционального расстройства чаще наблюдается в том случае, когда причина воспринимается как «внутренняя», то есть происходящая из личной неспособности, нежели в случае восприятия «внешней» причины. Состояние выученной беспомощности может определять три психологических состояния: депрессию, реакцию острого или хронического страха по типу страха преследования, обращение к ритуалам и верованиям, способным контролировать угрозу пугающих событий. Когнитивное посредничество, личностные переменные и особенно предлагаемые культурой схемы реакций влияют на тип защитного действия» (Salvini, 1991, 14).

Чтобы лучше пояснить конструкт, согласно которому устойчивость проблемы поддерживается предпринимаемыми попытками решения самой проблемы, можно прибегнуть к конкретному примеру. Человек, страдающий страхом почувствовать себя плохо, опасющийся удалиться от дома, обычно приводит в действие две основные «предпринятые попытки решения». Первая заключается в том, что человек избегает удалиться от дома без сопровождения, и таким образом не подвергает себя риску остаться одному далеко от дома, а иногда и в собственном доме. Представляется очевидным, что подобное поведение постепенно приводит к тому, что человек начинает избегать практически любых ситуаций. Однако такая форма обобщенного избегания приводит к тому, что у субъекта понижается порог активации страха. Таким образом, чем больше усилий он прилагает для того, чтобы контролировать вызывающие страх ситуации, избегая их, тем стремительнее расширяется репертуар подобных ситуаций, приводя к тому, что даже минимальное удаление от дома или момент одиночества вызывают панику. Следовательно, подобная предпринятая попытка решения проблемы оказывает обратное действие на проблему, все усложняя ее.

Вторая типичная предпринятая попытка решения для людей, страдающих тяжелыми формами страха, заключа-

ется в обращении за помощью. Они постоянно запрашивают существенную поддержку у окружающих их людей, и иногда проявляют самую настоящую гениальность в способности создать вокруг себя целую сеть помощников, готовых вмешаться в случае приступа паники. Однако и эта хорошо разработанная, выполняющая защитную функцию попытка решения постепенно приводит к тому, что проблема становится устойчивой и продолжает обостряться, поскольку в этом случае на уровне межличностной коммуникации постоянно многократно подтверждается наличие у субъекта предполагаемой «болезни». Это происходит потому, что при каждом обращении за помощью и каждый раз, когда она оказывается, человек получает двойное сообщение: 1) я помогаю тебе и защищаю тебя, потому что ты мне дорог; 2) я помогаю тебе и защищаю тебя, потому что ты болен. Это постоянно многократно повторяющееся сообщение с каждым разом все более подтверждает субъекту серьезность его болезни и вызывает реальное ухудшение симптоматики, поскольку действует как самореализующееся предсказание. И в этом случае предпринятая попытка решения оказывает ответное воздействие на проблему, обостряя ее, вместо того чтобы привести к улучшению.

Обе описанные предпринятые попытки решения являются собой повторяющуюся последовательность поведенческих актов и получаемого опыта, и внутри этой последовательности то, что должно было бы освободить от страха, в конечном итоге подпитывает его. Исследователями-кибернетиками было показано, каким образом ситуации поддерживаются в стабильном состоянии благодаря повторяющимся процессам взаимодействия между вступающими в игру факторами. «Руководствуясь подобным описательным критерием, можно определить страдающего агорафобией субъекта как узника нефункциональной повторяющейся последовательности, к которой относится и его собственное поведение, направленное на решение проблемы. В рамках подобного процесса каждая попытка избежать нахождения в открытом пространстве лишь подготавливает пос-

ледующие повторяющиеся попытки избегания открытого пространства. Попытки решения проблемы способствуют ее более явному проявлению и поддерживают ее в действии» (Keeneу, 1985, 131).

Таким образом, кажется, что взаимодействие между субъектом и его страхом представляет собой реальную кибернетическую систему со специфической повторяющейся организацией поведения, структура которой основывается на взаимодействиях, поддерживающих ее равновесие и стабильность. В этом случае речь идет о нефункциональном или «патологичном» для субъекта равновесии.

Следовательно, после того как задействуется подобный процесс, что — как показывают изученные нами клинические случаи — часто происходит случайно, и после того, как устанавливается круговая динамика взаимодействий субъекта с окружающей действительностью, основывающаяся на фобическом восприятии, это восприятие имеет тенденцию к постоянной поддержке. Подобная динамика взаимодействий поддерживается постоянной *именно* усилиями к изменению ситуации, приложенными самим субъектом (поэтому для того, чтобы вызвать эффективное изменение становится совершенно необходимо вмешательство человека, внешнего по отношению к данной ситуации круговой зависимости).

Стало быть, с этой точки зрения тяжелые фобические расстройства представляются не плодом некоей определенной причины, а являются результатом сложного процесса взаимодействий между субъектом и действительностью. Данный процесс мог быть задействован каким-либо событием, которое часто не имеет никакой логической связи с типом развившегося впоследствии расстройства.

Другими словами, процесс, приводящий к созданию того, что мы называем фобической перцептивно-реактивной системой, задействуется не каким-либо событием, являющимся результатом определенной и воспроизводимой причинности, а своего рода волей случая, приводящего к первому опыту пережитого страха, непосредственному или

только воображаемому. Начиная с этого первого случайного события, вследствие постепенной, но разрушающей цепной реакции, основывающейся на взаимодействии субъекта с действительностью, выстраивается тяжелая фобическая симптоматика. Таким образом, кажется, что начало тяжелых фобических расстройств вызывается описанным в теории катастрофических событий Р. Томом (Thom, 1990) «эффектом Баттерфлай»: если маневрение крылышек африканской бабочки произойдет в определенных пространственно-временных условиях, оно задействует цепь природных взаимодействий, приводящих к циклону в Карибском море. В нашем специфическом случае «эффект Баттерфлай» представлен тем самым первым случайным опытом, реально пережитым или воображаемым, который вводит в мыслительные процессы субъекта новую перцептивно-реактивную возможность: страх. Всевозможные действия субъекта, осуществляемые впоследствии для защиты от этого нового пугающего восприятия действительности, — если они действуют не как реальное реструктурирование перцептивно-реактивной системы, а только как одномоментная поддержка, — лишь все больше подтверждают это восприятие, обостряя его эффекты как в смысле обобщения страха, так и в смысле психического и поведенческого ответа на восприятие. На этом этапе человек оказывается заключенным в клетку системы восприятия действительности, основанной на страхе, которая неизбежно приводит его к явно выраженной поведенческой симптоматике. Следовательно, с точки зрения клинического вмешательства, представляется важным тот аспект, что формирование и особенно устойчивое существование тяжелых форм обсессивно-фобических расстройств вызывается не изначальными причинами, а предпринятыми попытками решения проблемы, приведенными в действие субъектами в качестве самозащиты перед страхом. Эти дисфункциональные предпринятые попытки решения проблемы постепенно приводят к ригидности перцептивно-реактивной системы субъекта и поддерживают эту ригидность.

В результате подобного анализа тяжелые формы фобических расстройств представляются в виде основанной на периодическом повторении самовоспроизводящейся системы, высоко изоморфной в отношении «самопостроения» натуральных систем, описанного Матураной и Варелой. На практике, самостроющаяся система подобного типа после своего возникновения больше не нуждается в реальных внешних стимулах для периодически повторяющегося воспроизведения своих реакций, поскольку «выстраивает» внутри самой себя фобическую перцептивно-реактивную систему. Субъект, который создал подобную самостроющуюся систему, не испытывает особой нужды в конкретных ситуациях страха для того, чтобы продолжать развивать фобические реакции, поскольку он сам, посредством собственных умственных процессов, «выстраивает» подобные ситуации, которые, тем не менее, воспринимаются им как возникающие из конкретной внешней действительности. После своего возникновения система взаимодействия между субъектом и действительностью, основанная на периодическом повторении, несмотря на свою дисфункциональность, имеет тенденцию к сохранению, то есть к поддержанию своего равновесия, даже если со стороны подобное равновесие может казаться отсутствием равновесия. Для того чтобы разрушить это поддерживающееся равновесие, необходимо вмешательство, способное изменить не только поведенческие реакции субъекта, но и его когнитивную организацию, и особенно его восприятие окружающей действительности. Иначе изменение будет только временным и «равновесие», основанное на цепочке взаимодействий, продиктованных фобическим восприятием, вновь быстро воспроизведется как самая настоящая реакция адаптации к действительности, созданной самим организмом. Для еще большей ясности нам представляется необходимым схематическое представление тех способов, которыми подобный процесс создается в случае тяжелых форм фобических расстройств. Действительно, в пяти приведенных выше типах тяжелых фобических расстройств выявляются изоморфные перцеп-

тивно-реактивные механизмы, тем не менее имеющие некоторые варианты с точки зрения взаимодействия между устойчивостью проблемы и предпринятыми попытками ее решения.

### **3. Попытки решения проблемы и устойчивое существование агорафобической перцептивно-реактивной системы**

*Самая большая сила несравнима с той энергией,  
с которой некоторые люди защищают  
собственную слабость.*

Карл Краус

При анализе отчетов пациентов с проблемой данного типа выявляется некоторый пережитый ими опыт, реальный или воображаемый, при котором они испытали чувство неловкости или тревожности, сопровождаемое соматическими реакциями, в ситуациях, в которых они осознавали свое одиночество, и неспособность справиться с собственной неловкостью.

На основе подобного эпизода субъект приводит в действие две попытки решения проблемы:

- 1) избегание;
- 2) обращение за помощью к близким людям.

Эти две предпринятые попытки решения из-за своей нефункциональности постепенно «выстраивают» личную ситуацию, характеризующуюся полной неспособностью к исследованию территории и к удалению от собственного «надежного места», так же как и полной неспособностью делать что-то самостоятельно, без чьего-либо сопровождения.

Изначальное избегание приводит к целой цепочке избеганий, вплоть до избегания любого личного риска. Обращение за помощью и поддержкой со стороны социального окружения, а также благодаря ответной реакции людей из системы межличностных отношений, которые предлагают себя в качестве помощников, приводит к невозможности

обойтись без этой помощи и поддержки других людей в любой ситуации, предполагающей исследование территории и удаление от надежного места.

Когда подобная система многократно повторяется на протяжении длительного времени, она превращается в спонтанную психическую и поведенческую организацию, которая делается устойчивой и подпитывает саму себя.

С рациональной точки зрения и при использовании логического анализа субъект отдает себе отчет в нефункциональности своего восприятия и своих реакций, но при этом он не в состоянии действовать по-другому. Перцептивно-реактивная система субъекта приобретает гранитную ригидность и вынуждает его испытывать ощущения и производить действия, которые ему не удастся изменить и которыми он не в силах управлять.

Как мы увидим в следующей главе, терапевтическое вмешательство при этих двух приведенных предпринятых попытках решения проблемы, разрушая их повторяемость, разрушает также повторяемость и устойчивость всей перцептивно-реактивной системы страдающего агорафобией субъекта. С кибернетической точки зрения подобные механизмы взаимодействия поддерживают гомеостаз данного дисфункционального равновесия. С прагматической точки зрения они являются теми рычагами, на которые нужно стратегически нажать, чтобы вызвать изменение в системе.

#### ***4. Попытки решения и устойчивое существование панического расстройства***

Для этой типологии фобических расстройств свойственно присутствие изначального эпизода, реального или воображаемого, при котором проявились сильные соматические ощущения тревоги (приступ тахикардии, обморок, чувство умственного хаоса, нарушения равновесия, затрудненное дыхание и т. д.) или сильный страх почувствовать себя плохо.

Подобный первый опыт приводит в действие реакцию «попытки контроля» над собственными физиологическими функциями с тем очевидным результатом, что последние начинают плохо функционировать или блокируются. На практике, всякий раз, когда человек начинает прислушиваться к собственному сердцебиению из страха, что оно может стать нерегулярным, это ожидание неизбежно самореализуется, и ритм сердцебиений на самом деле нарушается. То же самое происходит и с другими произвольными органическими функциями, которые при вынужденном рациональном контроле подавляются или нарушаются. Таким образом, попытка контроля над угрожающими изменениями в органике в конечном итоге таковые нарушения провоцирует. Вновь в этом случае предпринятая попытка решения подпитывает проблему.

При данном типе расстройства во многих случаях пациентам хотелось бы контролировать собственный страх перед этим расстройством, тем самым с очевидностью подпитывая его, вплоть до создания самого настоящего страха перед страхом, который поддерживает и усложняет сам страх.

К подобной извилистой сети парадоксальных взаимодействий между проблемой и используемыми субъектом попытками ее решения нужно добавить социальную реакцию: предпринятые попытки защиты субъекта со стороны членов его семьи, которые дают субъекту подтверждение «серьезности» его расстройства. Ко всему этому необходимо добавить и редуccionистскую, как мы это пояснили выше, психиатрическую классификацию приступов паники, согласно которой они определяются как болезнь, вызванная сугубо органическими, биологическими причинами. Подобное «наклеивание этикетки» поддерживает и в некоторых случаях обостряет проблему; по выражению Вацлавика, «диагноз придумывает болезнь».

Как уже было с ясностью показано в случае страдающих агорафобией субъектов, у которых наблюдается взаимодействие между устойчивым существованием проблемы и предпринятыми попытками ее решения, основывающи-



мися на избегании и на запросе помощи, в случае приступов паники предпринятые попытки решения заключаются в обсессивном контроле над симптомом, который, вместо того чтобы ограничить, подпитывает его. Запрос помощи у членов семьи и у врача становится необходимостью, которую субъект воспринимает конфликтно.

Первый ход терапевтического вмешательства фокусируется на разрыве замкнутого круга прислушивания к себе и на блокировании попыток контроля над собственными органическими и психическими функциями. Этот постоянно воспроизводимый механизм взаимодействия представляет собой гомеостаз и в то же время рычаг, с помощью которого возможно внести изменение в существующее равновесие перцептивно-реактивной системы субъекта в случае панического расстройства.

### ***5. Попытки решения и устойчивое существование панического расстройства с агорафобией***

При данном типе расстройства одновременно наблюдается взаимодействие между устойчивым существованием проблемы и предпринятыми попытками решения, характерными для агорафобии и панического расстройства.

В некоторых случаях агорафобия осложняется приступами паники, в других же случаях, наоборот, приступы паники осложняются агорафобической симптоматикой.

Не было установлено временной зависимости между этими двумя типами расстройств, кажется, что оба они могут прийти к осложнению в результате добавления симптоматики.

В этих случаях, следовательно, наличествуют следующие предпринятые попытки решения: избегание, запрос помощи и обсессивный контроль над собственными внутренними реакциями. К этим попыткам обычно добавляется предпринятая попытка фармакологического решения проблемы.

Стало быть, подобная перцептивно-реактивная система поддерживается многочисленными факторами и для

того, чтобы вызвать изменение, необходимо симультанное воздействие на различные аспекты гомеостатического равновесия системы.

Тем не менее в клинической практике была выявлена необходимость привнесения некоторых вариаций в процессуальность терапевтических ходов в зависимости от доминирующего типа перцептивно-реактивной системы. А именно, в том случае, когда пациент развил агорафобическое расстройство, отправляясь от приступов паники, следует выбрать в качестве первого рычага, вызывающего изменения, вмешательство в отношении предпринятой попытки обсессивного контроля над органическими и психическими функциями, а затем перейти к вмешательству в отношении других предпринятых попыток решения, которые поддерживают проблему. И наоборот, если приступы паники появляются на фоне агорафобической перцептивно-реактивной системы, то в этом случае необходимо выбрать в качестве первой цели вмешательства разрыв замкнутого круга, основывающегося на избегании ситуаций и на запросе помощи, а затем перейти к отключению прочих предпринятых попыток решения, функцией которых является поддержка равновесия системы.

### ***6. Попытки решения и устойчивое существование обсессивно-компульсивного расстройства***

При данном типе фобического расстройства пациент, сталкиваясь со страхом, которым ему не удастся управлять или которого он стремится избежать, начинает выполнять некоторые ритуалы, которые, по его мнению, способны победить его неуправляемый страх. (Ритуалы могут быть самыми разными, от простого повторения какого-либо действия до сложнейших последовательностей действий: обеззараживающее мытье или стирка, повторяемые до бесконечности формулы и молитвы, необычные формы поведения и т.д.).

Выполнение защищающего от возможных грядущих событий ритуала дает субъекту одномоментную иллюзию контроля над страхом, но именно в силу этого своего эффекта вынуждает его к обсессивному повторению ритуала все чаще и чаще. Во многих прослеженных нами случаях повседневная жизнь становилась последовательностью ритуалов. В случае данной патологии представляется еще более очевидным, каким образом предпринятая попытка решения проблемы сама становится проблемой. И действительно, при обсессивно-компульсивном расстройстве, когда возникает и структурируется взаимодействие между устойчивым существованием проблемы и предпринятыми попытками ее решения, именно освобождение от рабской зависимости вынужденного выполнения ритуалов воспринимается как первая, не терпящая отлагательства необходимость.

В этом случае предпринятая попытка решения, или же симптоматическое нефункциональное гомеостатическое равновесие, представляется способом побороть страх посредством выполнения защищающих ритуалов, которые, в результате их обсессивного повторения, в конце концов сами становятся превалирующей патологией. Тем не менее, ритуалы выполняют важную для субъекта функцию защиты от страха, который, именно в силу этой защитной функции, возрастает и вынуждает субъекта к учащению ритуалов. Замкнутый круг дисфункциональных взаимодействий между субъектом и окружающей действительностью представляется в виде самотворящей системы, которая, будучи однажды приведена в действие, питает саму себя и парадоксальным образом поддерживает собственное существование благодаря усилиям, направленным на изменение ситуации.

Перцептивно-реактивная система субъекта, страдающего обсессивно-компульсивным расстройством, в отличие от рассмотренных выше типологий, основывается на попытке бороться со страхом, стараясь победить его посредством предпринятой попытки решения в виде защищающих или предупреждающих ритуалов. Подобная «ритуальная битва» между предпринятыми попытками реше-

ния и устойчивым существованием являет собой, как и в предыдущих случаях, в одно и то же время гомеостаз и энтропию равновесия перцептивно-реактивной системы обсессивно-компульсивного типа.

Стратегическое вмешательство фокусирует свое внимание на разрушении подобной системы повторяющихся взаимодействий, парадоксальным образом опрокидывая ее.

### **7. Попытки решения и устойчивое существование ипохондрической фобии**

При этом типе расстройства имеет место первый эпизод страха заболеть тяжелой болезнью, случившийся вслед за:

- 1) реально перенесенной субъектом болезнью;
- 2) болезнью, перенесенной близким ему человеком;
- 3) прочтением, прослушиванием по радио или просмотриванием по телевизору и т.д. сообщений о симптомах, являющихся показателями особо тяжелых заболеваний (рак, сердечно-сосудистые заболевания, СПИД, сумасшествие и пр.).

На основании подобной информации, внедрившейся в его мыслительные процессы, или на основании пережитого опыта, человек начинает обсессивно прислушиваться к себе в поиске всевозможных физических показателей предполагаемой болезни. Естественно, как это случается, например, в случае приступов паники, предсказание самореализуется, и субъект воспринимает в собственном теле настораживающие ощущения, неоспоримо являющиеся сигналом присутствия одной из вышеназванных болезней. Попытка контролировать с целью диагностики собственный организм приводит к восприятию изменений в показателях органических функций, которое приводит к заострению обсессивного внимания, которое, в свою очередь, усиливает восприятие изменений в органических функциях. Еще раз перед нами предстает кибернетическая система

самоподпитывающих взаимодействий, которая выстраивается на взаимной поддержке между предпринятой попыткой решения и устойчивостью проблемы.

Что касается убеждений и страхов пациента, то в этом случае отрицательный медицинский диагноз парадоксальным образом, вместо того чтобы уменьшить или свести на нет страх и навязчивые мысли субъекта, подпитывает их. И действительно, страдающий ипохондрией субъект, получив отрицательный диагноз, думает, что диагностические методы недостаточно точны, поэтому ему необходимо подвергнуться более точному обследованию, или же думает, что его болезнь такая «непонятная», что никакое обследование не в силах ее определить. На основании такого убеждения человек предпринимает попытку решения проблемы второго типа, а именно дает ход практически бесконечному процессу диагностических обследований и практически постоянно запрашивает медицинское обслуживание. Представляется очевидным, что в этом случае любое медицинское вмешательство, как диагностическое, так и фармакологическое, лишь подтверждает наличие мнимой болезни пациента, и тем самым играет роль еще одной предпринятой попытки решения, которая все усложняет проблему, вместо того чтобы решить ее.

Перцептивно-реактивная система ипохондрического типа напоминает перцептивно-реактивную систему при приступах паники. Разница заключается в том, что если в случае приступа паники человек старается контролировать и тормозить симптомы, то страдающий ипохондрией пациент старается лишь обнаружить симптомы и затем обратиться за медицинской помощью. В этом случае отсутствует усилие, направленное на контроль за симптомами, имеет место лишь навязчивый поиск физиологических показателей, которые оправдывают обращение в врачам-специалистам. Страдающий ипохондрией человек подвергается такому сильному состоянию стресса из-за постоянного ожидания болезни, что у него зачастую развиваются самые настоящие психосоматические расстройства.

Таким образом, перцептивно-реактивная система, присущая данной проблеме, поддерживает собственное дисфункциональное равновесие с помощью двух основных предпринимаемых попыток решения:

- 1) обсессивное прислушивание к собственному организму в парадоксальном поиске признаков болезни, которые неизменно появляются (кажется даже, что подобные субъекты были бы рады, если бы диагностическое обследование обнаружило у них настоящее органическое заболевание);
- 2) столь же парадоксальный поиск, при помощи бесконечной вереницы диагностических процедур, ответа, который бы научно подтвердил их «непонятную болезнь».

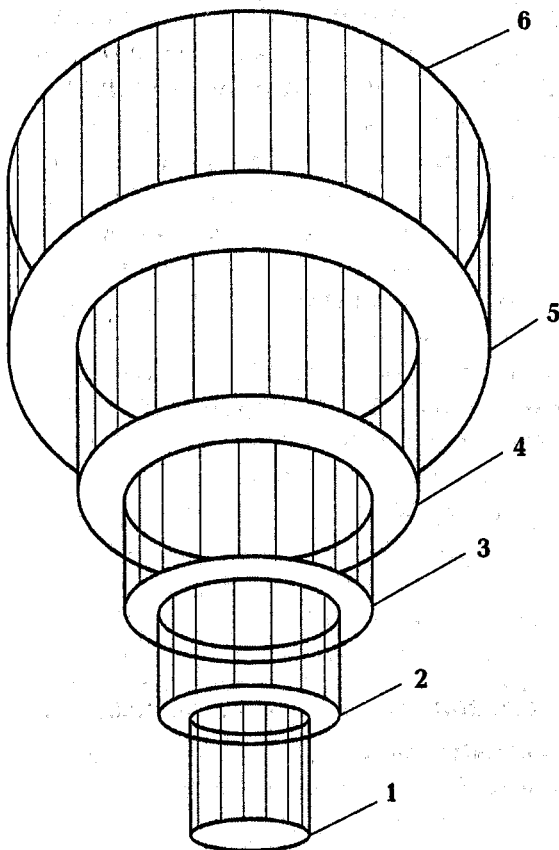
В заключение можно сказать, что со стратегической точки зрения подобные интерактивные механизмы, поддерживающие гомеостатическое равновесие, в то же самое время могут выступить рычагами для изменения дисфункционального равновесия, свойственного ипохондрической фобии.

### **8. Модель взаимодействия между попытками решения и устойчивым существованием фобических расстройств**

Обстоятельства способны сделать нас счастливыми или несчастными гораздо менее, чем наша вера в это, а вот предвосхищение будущих обстоятельств нашей фантазией необыкновенно могущественно.

*Гуго фон Гофмансталь*

Теперь, после того как в терминах взаимодействия между устойчивым существованием и предпринятыми попытками решения проблемы мы описали перцептивно-реактивные системы, свойственные пяти различным типологиям фобических расстройств, являющихся объектом нашего исследования, нам представляется полезным обобщить их кибернетическое функционирование и их обычную временную последовательность посредством наглядной схемы (см. рис.).



6. Установилась ригидная в своем дисфункциональном равновесии система восприятия окружающей действительности и реакций на нее, а именно замкнутый круг взаимодействий между предпринятыми попытками решения и устойчивым существованием проблемы.

5. Многократное повторение, все более ригидное в силу закрепления реакций и предвосхищения страха, становится спонтанным, автоматическим механизмом, более не требующим когнитивного усилия.

4. Эскалация предпринятых попыток решения, дальнейшее усложнение проблемы. Симптоматика требует вмешательства других людей (члены семьи, друзья, врачи и т.д.), то есть проблема

начинает становиться частью более широкого системного равновесия, с соответствующими второстепенными преимуществами.

3. Усложнение проблемы на более высоком уровне. А именно, одномоментное облегчение чувства страха в результате осуществляемых попыток решения, но вместе с тем возрастание и усложнение симптоматики.

2. Реакции субъекта, направленные на снижение страха, контроль над ним и борьбу со страхом (первые предпринятые попытки решения проблемы, личные или с участием других людей).

1. Первое, реальное или воображаемое событие, которое вызывает первое ощущение страха, или первое сомнение (первое изменение перспективы в восприятии действительности).

Когда извращенная игра уже установилась, то, как утверждает Сальвини, «значение, придаваемое угрожающим событиям, реальным или воображаемым, управляется не только воспринятыми из культурной среды верованиями, но и тем, каким способом функционирует наше мышление, а именно: как оно реорганизует информацию, находящуюся в его распоряжении, в зависимости от ее содержания.

В конечном результате, для того чтобы человек интерпретировал события как угрожающие (что может быть более или менее оправданно), важную роль играют следующие моменты: приписывание событиям случайности, разделение их на категории, процессы логической дедукции, перформативные акты\*, тенденция придавать законченный смысл и описательную структуру эпизодам и неоднородной последовательности событий, обращение к схематическим стереотипам и прототипам.

С точки зрения содержания подобные «умственные схемы» приводят в действие и оценку фактов, в смысле их избирательности и оценки важности, они также добавляют недостающие элементы и придают значение, снимая возможные несоответствия, с тем, чтобы сделать их непротиворечивыми теории об ожидаемой реальности» (Salvini, 1991, 15).

Другими словами, когда ригидность системы восприятия реальности и реакций на нее уже сформировалась, человек вынужден спонтанно перерабатывать любой воспринятый стимул или информацию, пропуская их через фильтр и деформирующую линзу страха. В этом случае имеет место самый настоящий «перевод» действительности на язык страха, который преобразует таким образом действительность в нечто адекватное и соответствующее собственным ригидным перцептивно-когнитивным структурам.

Здесь читатель, проследив, насколько определяющим в поддержке проблемы является то, что человек предпринимает для ее решения, может задаться вопросом: что же зас-

---

\* Подробно об этом см. Нардоне, Вацлавик, 2006, с. 24. — Прим. пер.



ставляет людей упорствовать в повторении некоторых типов поведения или некоторых действий, в то время как иногда сами же эти люди признают их дисфункциональность для решения проблемы? Как получается, что страдающий агорафобией человек упорствует в своей стратегии избегания и обращения за помощью, даже если он осознает, что подобные действия поддерживают его проблему? Как получается, что страдающий обсессивно-компульсивным расстройством человек продолжает выполнять свои ритуалы, имеющие отношение к пугающей его действительности? Как получается, что человек с манией ипохондрического страха упорствует в поиске какой-либо конкретной болезни, несмотря на опровергающий диагноз?

Подобные вопросы представляются совершенно законными; поскольку для всех нас является естественным предположение о том, что человек, являясь существом мыслящим и осознающим, должен бы, получив определенную информацию и осознав определенные процессы, быть способным к управлению ситуацией в направлении благополучия.

На эти вопросы можно ответить, обращаясь к некоторым важнейшим причинам. Первой из них является тот факт, что большинство людей, опираясь на устаревшие психологические и медицинские концепции, зачастую затрудняется понять и принять альтернативные точки зрения. Однако это одна из самых несущественных причин, которая, с моей точки зрения, объясняет лишь малую часть случаев. В большинстве же случаев действует конструктивистское правило, согласно которому осознание и знание чего-либо не означает способность к выполнению этого. Как сказал бы фон Форстер, «правильно с точностью до наоборот», а именно: «если хочешь увидеть (и узнать), научись действовать». Следовательно, даже люди богатой культуры и острого ума, способные к пониманию сложнейших механизмов, которые часто бывают повторяющимися, самотворящими и парадоксальными, чаще всего осознают происходящее, но не в состоянии действовать иначе. Идея о том, что в процессе изменения происходит переход

от мысли к действию, уже не актуальна, она устарела в свете конкретного опыта вмешательства. Как мы увидим в дальнейшем, действительное изменение предусматривает не только когнитивное изменение, но прежде всего изменение в восприятии, задействующем эмоциональные процессы, которые, в свою очередь, влияют на познавательные процессы и поведение. Чтобы стать реальным, подобное изменение перцептивно-реактивной системы должно пройти через конкретный опыт.

Другая причина, без особых сомнений позволяющая понять, каким образом действует «на уровне повторений нефункциональной стратегии» описанное выше упорство, заключается в том, что предпринимаемые фобическими субъектами попытки решения оказывают основной эффект, заключающийся во временном уменьшении симптома, в иллюзии спасения от страха, в ощущении защиты. Это означает, что в случае приступов паники человек инстинктивно осуществляет действия, которые как можно быстрее позволили бы ему добиться снижения симптома, принесли бы облегчение. В этот специфический момент человек не мыслит в терминах долгосрочности, не разрабатывает стратегии, он только реагирует на основании собственного восприятия в данный конкретный момент.

Предпринятые попытки решения, которые на деле обеспечивают гомеостазис проблемы и лишь усложняют ее, действуют, прежде всего, в качестве средства, позволяющего в данный момент избежать страха. В этом заключается главная причина их устойчивого существования.

Генри Лаборит, один из самых авторитетных современных биологов, таким образом описывает механизм побега: «с помощью коры головного мозга осуществляется предвосхищение ситуации, благодаря памяти об опыте полезных или вредных действий и благодаря разработке стратегий, способных осуществить их или избежать их. Организация действия осуществляется на трех уровнях. На первом, самом примитивном уровне действие организуется автоматически с помощью внешней или внутренней сти-

муляции, без способности к адаптации. На втором уровне действие организуется на основе предшествующего опыта, благодаря памяти о тех приятных или неприятных, полезных или вредных характеристиках ощущений, которые были получены в результате прошлых действий. Третий уровень — это уровень желаний. Он связан с воображаемой конструкцией, которая предвосхищает результат действия и стратегию, которую необходимо задействовать, чтобы обеспечить положительный результат или же чтобы избежать вредного стимула. Первый уровень относится только к настоящему моменту, второй уровень добавляет к действию в настоящий момент опыт прошлых действий, третий уровень относится к настоящему моменту, предвосхищая будущий результат благодаря прошлому опыту». (Laborit, 1982, 19 – 20).

Следуя этому блестящему представлению организации действий, предложенному Лаборитом, и добавляя к нему непосредственный клинический опыт прослеженных нами случаев, нам кажется, что человек, после того как он установил, согласно схеме Лаборита, последовательность действий, позволяющих ему снизить ощущение паники, проявляет тенденцию к ее повторению.

Вновь и вновь подобная повторяющаяся зафиксированная схема взаимодействий обуславливает ригидность действий и ответных действий: она становится своего рода автоматической организацией, подобной организации первого уровня по Лабориту. Другими словами, то, что первоначально является способом, разработанным с тем, чтобы избежать ощущения страха, после его утверждения и подкрепления опытом и социальными отношениями становится спонтанной и неконтролируемой реакцией: превращается в систему восприятия реальности и реакций на нее, ригидную и неподдающуюся изменению с помощью логического мышления.

В ответ на вопросы, поставленные в начале этого параграфа, можно сказать, что предпринятые попытки решения человеку, их осуществляющему, вначале представля-

ются несомненно полезными и функциональными. Следовательно, люди продолжают повторять подобные дисфункциональные попытки решения, основываясь на их предыдущей функциональности и на основании того, что в момент кризиса они заключают в себе единственный репертуар реакций, способных снизить ощущение страха.

Для того чтобы разрушить ригидное дисфункциональное равновесие, задаваемое присущей субъекту перцептивно-реактивной системой, необходимо вмешательство, нацеленное на решение сложных проблем, описанных выше, обладающее особыми характеристиками, способными привести человека к изменению его способа восприятия окружающей действительности, а следовательно — и его способа реакций на нее.

Эти характеристики терапевтического вмешательства должны быть следующими:

а) способность к разрушению замкнутого круга гомеостатических взаимодействий между устойчивым существованием проблемы и предпринятыми попытками ее решения;

б) способность обойти сопротивляемость к изменениям, характерную для любых систем и особенно свойственную таким сложным системам, как человеческие системы, и способность вносить изменения таким образом, чтобы субъект не отдавал себе в этом отчет;

в) способность к продуцированию конкретного опыта изменений в восприятии внушающей страх реальности и в реакциях на нее;

г) способность обеспечить после происшедших изменений возможность восстановления собственных личных эмоциональных и поведенческих ресурсов и восстановления самооценки.

Исходя из этих перечисленных характеристик, в результате нашей работы по типу «исследование-вмешательство», нам удалось разработать специфическую модель терапевтического вмешательства в случае тяжелых фобических расстройств, позволяющую произвести их быстрое и эффективное лечение.

### **ВЫЗЫВАЕМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ**

Самым сильным аргументом для опровержения теории является ее применение на практике.

*Карл Краус*

#### ***1. Изначальные эпистемологические предпосылки, гипотезы и эксперименты, нацеленные на разработку терапевтического вмешательства***

Устойчивое существование тяжелых форм паники и фобий является результатом сложной организации взаимодействий между субъектом и окружающей средой. Такая организация действует на основе дисфункциональной системы восприятия и предпринимаемых самим субъектом попыток решения проблемы.

Подобная система взаимодействий, во всей своей сложности включающая в себя реакции субъекта на самого себя, на других людей и на окружающий мир, имеет тенденцию к устойчивому существованию и самоподпитке именно благодаря попыткам субъекта, направленным на изменение ситуации, и благодаря действиям других людей, вовлеченных в эту сложную кибернетическую сеть взаимодействий.

Представляется очевидным, что совсем не просто внести изменения в такую ригидную и разветвленную ситуацию, однако, как мы увидим впоследствии, эта задача не является невозможной. Главная трудность заключается в том, что для того, чтобы привести субъекта к быстрому и эффективному решению проблемы, необходимо сделать так, чтобы изменились не только его реакции, но и, в первую очередь, его восприятие. Для изменения восприятия

необходимо изменить и способ организации воспринимаемой информации, поскольку процесс обработки информации может заметно влиять на саму информацию.

Согласно нашему опыту привнесения изменений 2-го типа (имеется в виду качественный скачок логического уровня во взаимодействиях между субъектом и действительностью)\*, полученному на большой выборке субъектов, терапевтическое вмешательство должно быть способно привести пациента к одновременному изменению реактивно-поведенческих характеристик (предпринятые субъектом попытки решения проблемы), способов восприятия и переработки данных, а также социальных взаимодействий (предпринятые другими людьми попытки решения). Для привнесения подобных изменений вмешательство должно спровоцировать конкретный опыт восприятия и реакций на пугающую действительность, отличающийся от обычного восприятия, типичного для страдающего фобией субъекта, с одной стороны, и, с другой стороны, должно привести субъекта к изменениям в когнитивной переработке подобного опыта.

Главной трудностью в достижении поставленной цели является сопротивляемость к изменениям, свойственная фобической перцептивно-реактивной системе субъекта.

---

\* Изменение 2-го типа определяется П. Вацлавиком следующим образом: «Существует два типа изменений: изменение первого типа происходит внутри определенной системы, которая остается неизменной, в то время как если происходит изменение второго типа, оно изменяет саму систему. Приведем пример подобного отличия, используя поведенческую терминологию. Человек, которому снится кошмар, может многое делать внутри своего сна: бегать, прятаться, бороться, кричать, прыгать в пропасть и т.д., однако ни одно из подобных изменений поведения не может положить конец кошмару. С этого момента мы будем называть подобное изменение изменением 1-го типа. Единственный способ выйти из кошмара неизменно предполагает переход от сна к бодрствованию. Бодрствование, со всей очевидностью, не представляет собой часть кошмарного сна, оно является изменением, позволяющим переход к совершенно другому состоянию. С этого момента мы будем называть этот тип изменений изменением 2-го типа». (Watzlawick et al., 1974, 27).

Исходя из этих особенностей, терапевтическое вмешательство опирается на стратегии, включающие применение внушения, парадоксов и «доброкачественного обмана», с помощью которых субъекта «вынуждают» к альтернативным способам восприятия и реакций, а также к последующим изменениям в когнитивной сфере и в межличностных отношениях. Все это становится результатом конкретного опыта, пережитого под руководством терапевта. Другими словами, для того чтобы привести пациента к конкретному опыту изменения собственных перцептивно-реактивных характеристик, необходимо в качестве первого шага вынудить его совершить некоторые действия так, чтобы он не отдавал себе в этом отчета. В противном случае его страх и сопротивляемость к изменениям становятся препятствием для переживания опыта, являющегося совершенно необходимым для продуцирования изменений.

В связи с этим использование техник внушения, парадоксов, поведенческих и коммуникативных ловушек представляется необходимым для достижения цели, разделяемой как пациентом, так и терапевтом: как можно быстрее и эффективнее решить существующие проблемы.

Милтон Эриксон, Джей Хейли, Джон Уикленд, Пол Вацлавик выступили в роли маэстро, владеющих искусством «реструктурирования», а также прямых, непрямых и парадоксальных «предписаний поведения», способных привести пациента посредством конкретного опыта к быстрому и эффективному решению проблем.

С этой точки зрения терапия становится своего рода дуэлью между терапевтом и пациентом/пациентами, в результате которой терапевт, для того чтобы прийти к заключительной победе, должен побороть сопротивляемость к изменениям, характерную для ригидной перцептивно-реактивной системы пациента. Еще раз мы подчеркиваем, что в этой дуэли как победа, так и поражение терапевта являются победой или поражением пациента. В этом случае можно утверждать, что использование терапевтом техник «манипуляции» представляется совершенно законным,

если они могут ускорить и сделать более эффективным терапевтическое вмешательство.

Прежде чем приступить к детальному описанию модели терапевтического вмешательства, мы считаем полезным сообщить, что в фазе разработки и отладки техник были опробованы различные типы вмешательства. Некоторые из них были отброшены, потому что показали свою неэффективность, оказались лишь частично эффективными или неэкономичными (то есть требующими слишком длительного времени для достижения результатов).

Краткое описание нашего технического экспериментирования представляется полезным для того, чтобы пояснить читателю, каким образом нам удалось разработать, а иногда и придумать, стратегии, которые затем привели к созданию протокола вмешательства, позволяющего быстро и эффективно решать представляемые пациентом проблемы.

Из литературы, посвященной лечению фобических расстройств, мы выделили серию терапевтических техник, которые мы опробовали, применяя их на практике.

Первыми примененными нами стратегиями стали стратегии, возникшие в бихевиористской традиции изменения фобического поведения (Wolpe, 1958 — 73; Skinner, 1974; Bandura, 1974 — 77). Подобный тип вмешательства, эффективный в случае самых простых случаев фобии, а именно в случае так называемых монофобий\*, показал себя неэффективным в случае тяжелых и обобщенных форм фобии. Говоря более подробно, нами наблюдались следующие эффекты применения общепринятых в данном подходе процедур:

---

\* Имеются в виду фобии, относящиеся к одному определенному предмету, ситуации или животному, например, страх перед собаками, страх воды, страх выступать перед публикой и т.д. Подобные формы фобий не являются обобщенным (генерализированным) расстройством, то есть в этом случае субъекты не разработали систему восприятия действительности и реакций на нее, основывающуюся на страхе, а проявляют фобические реакции только на определенные стимулы.



а) с помощью систематической десенсибилизации вызывалась изначальная редукция симптома тревожности, которая впоследствии тем не менее сопровождалась неизбежным возвратом симптоматики;

б) посредством модифицирования и управляемого исследования в случае пациентов, страдающих агорафобией, выявлялось небольшое уменьшение «страха удаления», но не было замечено никакого влияния на способность совершать какие-либо действия без социальной поддержки.

На практике, мы констатировали, что посредством систематической десенсибилизации проводится работа по редуцированию поведенческих реакций, однако совсем не затрагивается восприятие и когнитивные процессы, приводящие к подобному типу поведения. В результате после изначального наступившего улучшения оставшееся неизменным фобическое восприятие действительности неизменно приводит к тому, что субъект вновь начинает проявлять фобическое поведение.

В случае агорафобии техники модифицирования и управляемого исследования, вместо того чтобы заблокировать предпринятую попытку решения — запрос помощи и социальной поддержки, — стимулируют ее и тем самым оставляют по существу неизменной агорафобическую перцептивно-реактивную систему.

Нами были апробированы и техники расслабления и самоконтроля, как, например, аутогенная тренировка, самовнушение и т.д. (Goldwurm et al., 1986). При данном типе вмешательства наблюдались следующие эффекты: у пациентов, страдающих агорафобией и обсессивно-компульсивными расстройствами без приступов паники, наблюдалось небольшое улучшение со стороны общего уровня тревожности, однако ничего не изменялось в их восприятии угрожающей окружающей действительности и, следовательно, в их реакциях на нее, в то время как в большинстве случаев фобической симптоматики, основывающейся на непредсказуемых приступах паники, использование техник расслабления выявило парадоксальный эффект.

Действительно, в этих случаях тот факт, что пациенты обучались еще более внимательному прислушиванию к собственным внутренним реакциям, приводил к возрастанию симптоматики приступов паники. Этот эффект сегодня с очевидностью объясняется тем, что подобная стратегия стимулирует нефункциональную предпринятую попытку решения прислушивания к себе и самоконтроля. Эта предпринятая попытка решения была определена как поддерживающая проблему у пациентов, страдающих приступами паники, компульсивными расстройствами и ипохондрией.

С целью изменения структуры социальной поддержки, подтверждающей существование проблемы в случае симптоматики «обозначенного (представленного) пациента», была апробована другая терапевтическая стратегия, которая ориентирует терапевтическое вмешательство на семейные взаимоотношения фобических пациентов. Подобное вмешательство в поведение семьи произвело эффекты трех типов: первым оказался тот эффект, что члены семьи после нескольких осуществленных ими попыток вновь неизбежно попадали в ловушку запроса о помощи со стороны фобического субъекта; вторым эффектом был отказ со стороны субъекта терапии, выражающийся в сильной агрессии по отношению к терапевту, который, по утверждению пациента, настраивал семью против него. По нашему мнению, главное ограничение этого типа вмешательства в его специфическом применении к фобическим расстройствам заключается в том, что в фокус вмешательства помещаются отношения пациента с окружающими его людьми, но при этом обделяется вниманием другой, более важный для поддержки фобического расстройства тип отношений, а именно, отношения субъекта с самим собой. В результате данная концепция, основывающаяся на типичном для семейных терапевтических подходов «отношенческом предубеждении» (Andolfi, 1991; Boscolo, Cecchin, 1990; Selvini Palazzoli, 1988), приводит к такому типу вмешательства, который

совсем не затрагивает фундаментальную центральную динамику взаимодействия между фобическим субъектом и реальностью, относящуюся к потребности избежать приступа паники или контролировать его. В результате изначальный страх даже еще более возрастает, поскольку к нему добавляется страх потерять из-за предписаний терапевта поддержку и помощь со стороны других людей. Вследствие этого пациент протестует, и обычно этот протест, независимо от того, выражается ли он внутри семьи или же в отношениях с терапевтом, приводит к провалу терапевтического вмешательства.

Нами были также экспериментально исследованы когнитивистский и когнитивистко-бихевиористский терапевтические подходы (Beck, 1985; Mahoney, 1979; Lorenzini et al., 1987; Reda, 1986; Guidano, 1988). Некоторые техники, используемые терапевтами-когнитивистами, показали себя эффективными, однако принятая в подходе терапевтическая процессуальность, основывающаяся на продуцировании изменений в поведении (вследствие постепенно возрастающего осознания) и изменений в когнитивной организации субъекта, страдающего расстройством, характеризуется заниженной экономичностью вмешательства, поскольку слишком продолжительна во времени (от одного до двух лет терапии). По нашему мнению, низкая экономичность данного подхода обуславливается убеждением терапевтов-когнитивистов в том, что изменение происходит вследствие постепенной модификации организации когнитивных структур страдающего расстройством субъекта. Для достижения этого результата терапевты-когнитивисты применяют постепенное реструктурирование умственной организации пациента на когнитивном уровне.

Подобные процедуры и процессуальность не придают достаточного значения тому факту, что любая система перцептивно-реактивной организации, которая даже в своей патологии представляет некий тип равновесия, оказывает сопротивление изменению. К тому же представляется очевидным, что в том случае, когда изменение должно стать ре-

зультатом постепенного роста, основывающегося на инсайте и на осознании, усиливается сопротивляемость к изменению. Это объясняет чрезмерную, по нашим понятиям, «протяженность во времени» этого типа вмешательства, которое в большинстве случаев оказывается эффективным.

Подобные размышления привели нас к эмпирически выявленному заключению о том, что, задаваясь целью внести быстрые и реальные изменения при обсессивно-фобических расстройствах, в первой фазе терапии необходимо использовать суггестивные техники, которые способны быстро обойти сопротивляемость к изменениям, свойственную дисфункциональности подобных ригидных человеческих систем. Тем не менее, некоторые техники, разработанные когнитивно-бихевиористским подходом, были отобраны и использованы в рамках нашей модели краткосрочной терапии, отличающейся от собственно когнитивно-бихевиористских подходов.

Ни одна из техник, разработанных в рамках психодинамического подхода, не была опробована нами в связи с тем, что из посвященной ему литературы этот подход представляется малоэффективным и совершенно неэкономичным в случае тяжелых форм фобических расстройств.

Как уже было сказано выше, в нашу модель были включены главным образом стратегии, тактики и техники, заимствованные из: а) стратегического подхода М. Эриксона, и особенно из его работ последнего периода, а именно: использование в терапии директивного стиля, реструктурирования и предписаний поведения, не прибегая к формальному введению в гипнотический транс, а используя суггестивную коммуникацию и личное влияние терапевта; б) краткосрочной системно-стратегической терапии MRI (Watzlawick, Weakland, 1974), со свойственным данному подходу строгим синтезом исследований человеческой коммуникации (Watzlawick, 1967, 1980), опыта и традиций системной терапии и вклада работ М. Эриксона.

Стратегический конструктивистский подход в краткосрочной терапии (Нардонэ, Вацлавик, 2005; Nardone, 1991) —

наиболее полное выражение которого представляет собой настоящая модель краткосрочной терапии обсессивно-фобических расстройств — является результатом синтеза перечисленных подходов и их адаптации к итальянской культуре и действительности, а также выбора некоторых других терапевтических техник (Weakland et al., 1974; Watzlawick et al., 1974, 1980; Haley, 1976; Fisch et al., 1981; De Shazar, 1982, 1985).

Таким образом, мы получили терапевтическую модель, способную, как будет продемонстрировано в дальнейшем, быстро разрушать ригидную нефункциональность перцептивно-реактивной системы пациентов, приводя их при помощи серии конкретного опыта изменений к исчезновению симптоматики, к реструктурированию и эластичной реорганизации характеристик восприятия, когнитивных процессов и поведения.

## ***2. Модель краткосрочной стратегической терапии фобических расстройств***

Не следует судить людей по тому, чего они не знают,  
а следует судить по тому, что они знают,  
и по тому, каким образом они это знают.

*Люк де Шалье де Вонвенарг*

На этом этапе, после должных пояснений, можно перейти к детальному описанию разработанной нами модели терапевтического вмешательства.

Прежде чем приступить к изложению специфических стратегий и отвлекающих маневров, применяемых в случае различных типов перцептивно-реактивных систем, описанных во второй главе, для более доступной и исчерпывающей презентации терапевтической модели нам представляется особо полезным предложить ее последовательное описание, схематично разделенное на четыре последова-

тельных стадии (фазы), каждая из которых включает в себя:

- а) специфические цели для достижения в каждой фазе терапии;
- б) особые тактики и техники, используемые для достижения этих целей;
- в) способы коммуникации, соответствующие каждой фазе терапевтического взаимодействия.

Все это для того, чтобы наилучшим образом пояснить:

- 1) Каким образом в рамках нашего подхода к решению человеческих проблем терапевтическое вмешательство определяется заданными для достижения целями;
- 2) Каким образом для решения проблемы осуществляется вмешательство, нацеленное не на гипотетические причины ее возникновения, а на предпринимаемые субъектом попытки решения, которые лишь поддерживают проблему, вместо того чтобы решить ее;
- 3) Каким образом вмешательство всегда адаптируется к проблеме при помощи разработки строгого стратегического плана;
- 4) Каким образом — для достижения результатов в краткие сроки — подобный строгий стратегический план предусматривает использование, в первую очередь, «суггестивных» методов для того, чтобы обойти сопротивляемость к изменениям и спровоцировать ломку перцептивно-реактивной системы, поддерживающей проблему. Далее приступают к переопределению первого изменения и к дальнейшим терапевтическим изменениям, постепенно все более нацеленным на осознание субъектом собственных способностей и побуждение к личной автономии. С этой целью все более редуцируется использование суггестивных методов вплоть до их полного исчезновения в ходе «терапевтической эволюции» (Nardone, 1991, 62).

## **Схема модели терапевтического вмешательства**

### **Первая стадия: первая сессия**

#### *Цели:*

1. Определение проблемы и установление контакта («зацепка» пациента).
2. Согласование целей вмешательства, построение терапевтических отношений, основывающихся на доверии и сотрудничестве.
3. Изучение перцептивно-реактивной системы пациента и ее переопределение.
4. Разработка гипотезы вмешательства.
5. Первые маневры.

#### *Стратегии:*

1. Техника «калькирования».
2. Круговое реструктурирование проблемы.
3. Круговое реструктурирование перцептивно-реактивной системы и предпринятых попыток решения.
4. Парадоксальное реструктурирование.
5. Техника путаницы.
6. Внушающая коммуникация с помощью метафор.
7. Прямые предписания.

#### *Коммуникация:*

Использование гипнотического языка (гипноз без транса, активное слушание, использование суггестивной коммуникации) и личное влияние терапевта.

### **Вторая стадия: от второй до пятой сессии**

#### *Цели:*

1. Ломка ригидной перцептивно-реактивной системы и предпринятых попыток решения.
2. Переопределение первых произошедших изменений.
3. Побуждение к дальнейшим постепенным изменениям.
4. Изменение восприятия окружающей действительности.

### *Стратегии:*

1. Реструктурирование:
  - а) парадоксальное;
  - б) провоцирующее;
  - в) с помощью сомнения.
2. Предписания поведения:
  - а) прямые;
  - б) непрямые;
  - в) парадоксальные.
3. Внушающая коммуникация с помощью:
  - а) анекдотов;
  - б) историй;
  - в) афоризмов.
4. Когнитивно-поясняющее переопределение достигнутых изменений.

### *Коммуникация:*

Гипнотический язык (гипноз без транса, язык предписаний) и максимальное использование личного влияния терапевта.

### **Третья стадия: начиная с шестой сессии**

#### *Цели:*

1. Непосредственный опыт переживания встречи с ситуациями, характеризующимися преодолением проблемы.
2. Дальнейшие постепенные изменения вплоть до достижения согласованных целей, означающих решение проблемы.
3. Переопределение восприятия и реакций на самого себя, на других людей и на окружающий мир.
4. Закрепление достигнутых результатов.
5. Приобретение перцептивно-реактивной эластичности по отношению к окружающей действительности.

#### *Стратегии:*

1. Прямые или непрямые предписания поведения (задаваемые во все менее внушающей манере).



2. Реструктурирование.
3. Парадоксальное предписание возврата проблемы.
4. Объясняющее переопределение произошедших изменений и побуждение к личной автономии.

#### *Коммуникация:*

Язык становится все менее гипнотическим. Все меньше используются внушающая коммуникация и личное влияние терапевта, с тем чтобы в непрямой форме способствовать личной автономии.

### **Четвертая стадия**

#### *Цели:*

1. Достижение пациентом полной автономии и эластичности перцептивно-реактивной системы.

#### *Стратегии:*

1. Детальное объяснение проделанной работы (когнитивное переопределение) и объяснение процесса изменения.
2. Приписывание пациенту и его личным ресурсам ответственности за достигнутые изменения.

#### *Коммуникация:*

На данной стадии совсем не используется гипнотическая коммуникация, она становится описательной и носит характер беседы (индикативный язык).

В данной работе для нас важно представить специфическое применение модели к специфическим формам тяжелых расстройств, основанных на страхе. Просим изви-

---

Для большей ясности как с эпистемологической, так и оперативной точки зрения, данная модель терапевтического вмешательства заслуживает детального анализа и обсуждения. Однако, поскольку это уже было проделано в предшествующих работах (Нардонэ, Вацлавик, 2006; Nardone, 1991), чтобы избежать скучного повтора, мы отсылаем заинтересованного в углубленном познании читателя к этим источникам.

нить нас за скачок в последовательности изложения в пользу этого полезного, по-нашему мнению, конкретного описания краткосрочного стратегического терапевтического вмешательства при фобических расстройствах. Подобное описание покажет, каким образом шаг за шагом разрушались и реорганизовывались описанные в предыдущей главе перцептивно-реактивные системы, свойственные специфическим формам фобических расстройств, с тем чтобы освободить пациентов от расстройства и сделать их способными самостоятельно сталкиваться с окружающей их действительностью, опираясь на их реальные личные способности.

### ***3. Стратегия и обходные маневры для решения проблем агорафобии***

Частное подчиняется общему,  
но общее должно приспосабливаться к частному.

*Йоганн Вольфганг Гете*

Для того чтобы быстро разрушить ригидность, свойственную агорафобической перцептивно-реактивной системе, применяют серию тактических приемов в рамках сложной, заранее запланированной стратегии.

Говоря кратко, наше внимание сначала фокусируется на том, как разблокировать замкнутый круг, представленный типичной предпринятой попыткой решения «избегания» и предпринятой попыткой решения «запроса о помощи», обычно осуществляемыми субъектом, страдающим агорафобией.

Для того чтобы заблокировать эти две попытки решения, в первой фазе лечения используются техники прямого предписания (вахтенный журнал), базирующиеся на гипнотическом процессе смещения симптома, и стратегическое реструктурирование. Например, реструктурируется страх помощи, при этом используется сила симптома против са-

мого симптома. Это означает использовать сам страх с целью изменить поведение, вызванное этим страхом.

В древнем искусстве восточной борьбы, использующей обходные маневры\*, эти два хорошо известных тактических маневра определялись таким образом: «Переплыть море, оставляя при этом в неведении небо», что означает — привлечь внимание на какое-либо любопытное, но не важное действие, в то время как при этом выполняется другое действие, не очевидное для пациента, но решающее. Второй маневр определяется таким образом: «Погасить огонь кипящей в котле водой», а именно — использовать силу и вес противника таким образом, чтобы направить их против него самого.

После ввода этих двух маневров, важных для решительной ломки ригидности и самовоспроизводства перцептивной-реактивной системы, прибегают к введению парадоксального ритуала. Он используется для того, чтобы спровоцировать намеренно преувеличенное выражение симптома с помощью ритуальной последовательности, которая заранее задается и определяется во времени и пространстве выполнением специфических действий, введенных суггестивным методом. Используя метод парадоксального предписания, подобная стратегия приводит субъекта к контролю над симптомом или к исчезновению симптома (ритуал получения, намеренно преувеличенного выражения симптома).

Эта техника напоминает философскую концепцию Лао Цзы, согласно которой «сильно выраженное действие должно получить пространство для своего развития: в результате дело кончится тем, что оно исчезнет или само собой иссякнет». Данная идея вдохновляется мифом «Великий Ю регулирует разлив реки»: Великий Ю прекращает наводнение не так, как все время пытался сделать его отец, выстраивая дамбы для того, чтобы задержать воду. Великий Ю организует рытье каналов, по которым вода оттекает в желаемом направлении. Клинический опыт терапевтов

---

\* 136 стратегем (Guida, 1991).

стратегического направления уже в течение десятилетий показывает, каким образом неконтролируемые и спонтанные реакции теряют роль симптома и исчезают в том случае, когда их специально прописывают (Watzlawick, 1967; Watzlawick et al., 1975; Weeks, 1989; Хардоне, Вацлавик, 2006).

После ломки перцептивно-реактивной системы посредством трех описанных стратегических маневров переходят к технике, с помощью которой пациента приводят к постепенно развивающейся серии конкретных действий, управляемых терапевтом. Этот конкретный опыт неизбежно показывает пациенту, что он теперь может блестяще справляться со всеми ситуациями, которые раньше внушали ему сильный страх. Чтобы подвести пациента, который в течение многих лет был пленником собственного страха, к возможности лично столкнуться с ситуациями, раньше пугавшими его, нужно вновь прибегнуть к обходному маневру «Переплыть море, оставляя при этом в неведении небо».

Однако, в этом случае формальное выражение данного маневра отличается от приводимых ниже предписаний (искать яблоки, церкви и т.д.), поскольку здесь пациент должен делать что-то, что ранее пугало его, таким образом, что он почти не замечает этого. После того как пациент более или менее сознательно выполнил подобное предписание, он начинает отдавать себе отчет в том, что он, не испытывая страха, совершил нечто, что до этого момента был не в состоянии делать.

Хорошо запрограммированная и хорошо «внушенная» последовательность подобных предписаний, которые становятся все менее суггестивными, приводит субъекта к реальному преодолению всех его страхов исследования территории или нахождения в одиночестве.

Кроме того, в результате субъект вновь получает возможность пользоваться личными ресурсами, казавшимися утраченными в результате неконтролируемой симптоматики.

В заключении терапевтического вмешательства пациенты объясняют правила терапевтической игры и детально раскрывают все тактики и техники, использованные с це-

лю выиграть эту игру за возможно более короткий срок. Это делается для того, чтобы пациент смог стать игроком, одновременно и проигрывающим, и побеждающим, способным самостоятельно разыгрывать новые партии благодаря произошедшим когнитивным и поведенческим изменениям.

После подобного вводного резюме о терапевтических стратегиях мы теперь можем перейти к детальному изложению по стадиям протокола этого типа терапевтического вмешательства.

## ***Протокол терапевтического вмешательства***

### ***Первая стадия***

При проведении терапевтического вмешательства в случае субъектов, страдающих фобиями, первая сессия приобретает особо важное значение. Поскольку для подобных пациентов необходимо срочно найти возможность решения их проблемы, они в этот момент особо внушаемы. Однако, если эти пациенты не испытывают незамедлительно ощущения того, что они находятся на верном пути, они совершают «побег» из терапии и ищут другой помощи. В силу этого необходимо как можно раньше приступить к определенным терапевтическим маневрам, как можно быстрее вовлекая пациента в проект изменения, с тем чтобы использовать его внушаемость в качестве терапевтического элемента.

Исходя из этой констатации, на первой сессии сначала внимательно выслушивается описание проблемы, используя форму коммуникации, основанную на воспроизведении способов восприятия и экспрессивности пациента, а затем переходят к первому терапевтическому маневру: реструктурированию системы межличностных отношений, обычно выстраиваемых фобическим пациентом.

Первым шагом в терапии должна стать ломка системы межличностных отношений, поддерживающих проблему. Для достижения этого результата внимание заостряется на способе восприятия реальности пациентом и на обычно проявляемых им реакциях. При этом утверждается, что

проблема пациента безусловно нуждается в помощи других людей, как это, впрочем, происходит в случае любых проблем. Однако, если мы хотим найти выход из этой драматической ситуации, мы должны придти к констатации того факта, что получаемая поддержка и помощь, безусловно, не могут изменить состояние пациента. Затем пациенту говорится, что он не может рассчитывать на поддержку и защиту других людей как на решение проблемы. Более того, он должен даже начать считать эту помощь опасной и вредной, поскольку она может ухудшить проблему.

Продолжая в том же тоне, переходят к некоему субъективному, теоретическому рассуждению, при помощи которого пациенту объясняется, что близкие ему люди теперь уже стали составной частью нефункциональной системы, и что, будучи задействованными таким образом, они ничего не могут сделать для того, чтобы изменить ситуацию.

Их поддержка и помощь является только подтверждением неспособности пациента к решению проблемы и подтверждением зависимости его от этих людей. Это происходит очень незаметно, и, с этой точки зрения, ситуация может только ухудшаться. Тем не менее, пациенту говорится, что он в данный момент не в состоянии обойтись без помощи других людей.

Это первое реструктурирование нацеливается на канализацию страха пациента, чтобы спровоцировать у него реакцию, вызывающую ломку нефункциональной системы межличностных отношений.

Благодаря переопределению поддержки и помощи других людей как чего-то повышающего симптоматику, пациент начинает изменять перспективу восприятия своих межличностных отношений. Теперь он начинает воспринимать помощь, как нечто опасное и вредное, а не как спасательный круг.

Это новое восприятие позволяет вызвать у пациента страх помощи, поскольку получение помощи означает

ухудшение собственных симптомов. На практике мощь фобического расстройства направляется в сторону разрушения нефункциональных межличностных отношений, основывающихся на запросе о помощи.

Кроме того, осуществляя подобное реструктурирование, очень важно подчеркнуть тот факт, что, несмотря на все сказанное выше, пациент в данный момент не может обойтись без помощи других людей. Это своего рода парадоксальное внушение повышает восприимчивость пациента: он захочет доказать терапевту, что сможет сразу обойтись без вредной помощи и сотрудничать с ним для решения собственных проблем.

После этой первой терапевтической акции, обычно занимающей большую часть первой сессии, переходят к первому предписанию поведения в контексте повседневности. При этом обманным образом утверждается, что в данный момент мы находимся в фазе определения проблемы, и что задаваемое предписание является одной из техник исследования, которую нужно выполнять буквально, с тем чтобы как можно лучше изучить ситуацию. Обман здесь необходим для того, чтобы пациент при выполнении предписания не измерял его эффекты и тем самым не заострял бы излишнее внимание на этих эффектах, что могло бы снизить эффективность предписания.

Предписание осуществляется следующим образом: «Каждый раз, как только вы почувствуете начало вашего кризиса, как только вы почувствуете панику, как только вы почувствуете увеличение тревожности, даже если это случится с вами сто раз в день, возьмите сразу этот «вахтенный журнал», который я вам даю, и запишите все, что с вами происходит, детально следуя инструкциям и заполняя каждый раздел вышеназванного журнала. На следующей сессии вы оставите мне страницы, относящиеся к прошедшей неделе, и я их буду изучать».

«Вахтенный журнал» — это заранее приготовленный блокнот, выдаваемый пациенту вместе с предписанием,

речь идет о скучнейшем формуляре с десятью колонками, относящимися к дате, месту, ситуации, мыслям, действиям, симптомам и т.д. На заполнение подобного формуляра каждый раз затрачивается около пяти минут.

В подавляющем большинстве наших случаев был описан более или менее один и тот же эффект терапевтического маневра. На второй сессии пациент заявлял: «Доктор, извините меня, но я не выполнил ваше задание. Станным образом, на этой неделе у меня не было ни одного кризиса». Или же: «Знаете, доктор, странным образом, я чувствовал себя явно лучше. У меня было несколько критических моментов. Не знаю, как объяснить это, однако, когда я начинаю записывать в журнале, страх и тревожность у меня сразу проходят». Кроме того, все пациенты утверждали, что они ни разу больше не попросили помощи у окружающих их людей.

Из отчетов пациентов представляется очевидным, что ригидная система восприятия реальности была сломана и что была аннулирована сеть социальной поддержки: другими словами, «колдовство» было разрушено.

Нам кажется наиболее вероятным следующее объяснение данного феномена: предписанное задание и осуществленное во время первой сессии реструктурирование вынуждают пациента, перемещая его внимание с симптома на задание, не использовать больше обычных и обреченных на провал предпринимаемых попыток решения проблемы. Действительно, скрупулезная запись событий и мыслей приводит пациента к совершенно другим реакциям на страх, поскольку это предписание, задействуя его внимание, отвлекает фобического субъекта от изначально свойственных ему реакций. Вместе с тем, мысль о том, что запрос о помощи и получение ее лишь ухудшает симптоматику, приводит пациента к тому, что он замещает свой страх еще большим страхом — страхом помощи. Этот больший страх, блокируя предыдущий страх, разблокирует нефункциональную ситуацию. Другими словами, тем самым используется сила страха против самого страха.



## *Вторая стадия*

На второй сессии после отчета пациента о том, что произошло на протяжении недели, переходят к терапевтической акции, которая усиливает эффект предыдущих маневров: переопределение ситуации. «Стало быть, проблема не так уж велика, как казалось, если хватило такого банального вмешательства, чтобы изменить ситуацию. Стало быть, ваше расстройство не такое непобедимое, вы действительно можете изменить ситуацию, вы это доказали за прошедшую неделю». И в течение всей сессии настаивают на данном переопределении проблемы. Вдобавок к ломке ригидной системы нефункциональных реакций, таким образом, достигается немедленное укрепление веры пациента в собственные способности. Тем самым, осознаваемая им точка зрения на действительность начинает передвигаться с нефункциональной перспективы на более функциональную.

На этом этапе в том случае, когда достигалась оптимальная реакция на первые терапевтические действия, переходили ко второй фазе терапевтической программы. В других же случаях первое предписание обновлялось на следующую неделю, с тем чтобы повторить переопределение на третьей сессии и достигнуть так же и в этих случаях желаемого эффекта.

В последние минуты второй или третьей сессии осуществляется новое предписание поведения, а точнее, парадоксальное предписание: «В связи с тем, что вы так хорошо показали себя за прошедшие недели в борьбе со своей проблемой, сейчас я дам вам задание, которое покажется вам еще более странным и абсурдным, чем то, что вы выполняли до сих пор. Однако, как мы договаривались, вам совершенно необходимо выполнить его. К тому же я, кажется, уже заслужил у вас немного доверия, не правда ли? Стало быть, так: я думаю, что у вас в доме имеется будильник, знаете, из тех, что так неприятно звонят. Хорошо. Каждый день в один и тот же час, о котором мы с вами сейчас договоримся, вы должны взять этот будильник и завести его так, чтобы он прозвонил ровно через полчаса. На эти полчаса вы

закроетесь в одной из комнат своего дома и, усевшись в кресло, постараетесь почувствовать себя плохо, сконцентрироваться на наихудших фантазиях, относящихся к вашей проблеме. Вы будете думать о своих наихудших страхах, вплоть до сознательно провоцируемого кризиса тревожности и паники, оставаясь в этом состоянии в течение всего получаса. Как только будильник прозвонит, вы выключите его и прекратите выполнение задания, оставив мысли и ощущения, которые вы вызвали у себя. Умойтесь и вернитесь к своей обычной повседневной жизни».

Эффекты этого парадоксального предписания могут быть двух типов. Первый эффект: «Доктор, мне совершенно не удалось погрузиться в ситуацию, я очень старался, но мне все казалось таким странным, что даже делалось смешно. Станным образом, вместо того чтобы чувствовать себя плохо, я расслаблялся». Второй эффект: «Доктор, мне так хорошо удалось выполнить задание, что я испытывал ощущения, идентичные тем, которые я испытывал, до того как прийти к вам. Я очень сильно страдал, иногда плакал, но потом, к счастью, звонил будильник и все заканчивалось».

Здесь важно заметить, что при обоих типах реакции в течение дня, помимо интервалов, в которые выполнялось задание, у большинства пациентов не возникло ни одного критического момента, у некоторых были лишь спорадические эпизоды легко контролируемой тревожности.

На следующей сессии, после отчета пациента об эффекте предписания, вновь проводится положительное переопределение изменения ситуации. В случае первой реакции на предписание используется следующее переопределение: «Как вы смогли констатировать, ваша проблема может быть аннулирована именно тем, что вы ее сознательно провоцируете; это парадокс, но, вы знаете, иногда наше мышление основывается скорее на парадоксе, чем на здравом смысле. Вы учитесь не попадать в ловушку вашего расстройства и предпринимаемых вами попыток решения проблемы, которые все больше усложняют проблему, вместо того чтобы решить ее». И этот тон сохраняется на протяжении

нии всей сессии. В случае второй реакции на предписание используется следующее переопределение: «Очень хорошо, вы учитесь вносить изменения в ваше расстройство и управлять им. Раз вы способны сознательно провоцировать ваши симптомы, вы также способны уменьшить или даже аннулировать их. Чем лучше вам удастся спровоцировать симптомы в течение получаса, тем лучше вам удастся контролировать их в течение дня». В этом тоне продолжается вся сессия.

Следовательно, в том и другом случае переопределение эффекта предписания было нацелено на укрепление осознания происходящих изменений и веры в них, и на тот факт, что пациент учится новым эффективным стратегиям для управления собственными страхами.

Пациент получает неоспоримые конкретные доказательства эффективности работы, которую он осуществляет вместе со специалистом. С одной стороны, это приводит к замечательному терапевтическому сотрудничеству, а с другой стороны — к последующему постепенному изменению восприятия окружающей действительности. Терапевт внимателен к тому, чтобы возлагать ответственность за происходящие изменения на личные способности пациента. При этом терапевт представляется как стратег, использующий особые техники, позволяющие выявить способности, которыми пациент обладает, но которыми он не умеет пользоваться. Внимание всегда заостряется на повышении личной компетентности и самооценки пациента. Подобный подход сильно мотивирует пациента, который всегда считал себя неспособным, и это его представление о себе всегда подтверждалось поведением окружающих его людей. Кроме того, подобный подход позволяет избежать риска того, что терапевтическое вмешательство будет воспринято как некое «волшебство».

В течение нескольких недель ситуация радикально меняется. Почти во всех приводимых в данной работе случаях наблюдается исчезновение симптомов, которые блокировали пациента, ограничивали его свободу, однако пациент

еще не может считаться «выздоровевшим». В этой фазе необыкновенно важно уменьшить эйфорию, предупреждая пациента об опасности чрезмерно быстрого выздоровления (Go slow)\*. Необходимо притормозить, задумываясь о том, что, если слишком сильно жать на педаль ускорения, легко сойти с колеи и вновь вернуться к проблеме. Стало быть, на данном этапе необходимо закрепить уже достигнутое.

### *Третья стадия*

Следующим шагом на этом этапе терапии становится планирование прямых предписаний поведения, основывающихся на составленном пациентом списке ситуаций, указанных в порядке возрастания уровня страха, который они вызывают у пациента. Здесь прослеживается некоторая аналогия с тем, что происходит в случае систематической десенсибилизации, принятой в бихевиоризме, однако при каждом прямом предписании поведения добавляется суггестивный заряд, который неизменно приводит пациента к выполнению задания, вызывающего тревожность. Вот один из типичных примеров такого предписания: «Очень хорошо. Поскольку вы показали себя таким молодцом и до сих пор выполняли все, что я просил вас сделать, то теперь вы можете сделать еще больше. Как говорил Роберт Фрост, лучший способ выйти из проблемы — пройти через нее. Вот мы сейчас и пройдем через ваши страхи.

С этого момента до следующей сессии вы будете буквально исполнять то, о чем я вас попрошу. В субботу в 10.00 вы приготовитесь к тому, чтобы выйти из дома, подойдете к входной двери и, прежде чем открыть ее, сделаете пируэт. После этого откройте дверь, выйдите, закройте дверь и сделайте еще один пируэт. После этого спуститесь по лестнице, подойдите к двери подъезда, сделайте еще один пируэт. Откройте дверь, выйдите, сделайте еще один пируэт и идите в сторону центра города. Пойдите на базар во фрукто-

---

\* Go slow technique in Brief therapy. см. Fisch et al. 1982.

вый ряд и ищите самое большое, самое красное и самое спелое яблоко из тех, что там продаются. Купите только это яблоко и принесите его сюда, в мой кабинет. Имейте ввиду, что я буду занят, но вы постучите в дверь моего кабинета, я вам открою, вы оставите мне яблоко, которое я съем за обедом, а мы увидимся на следующей сессии».

Конечный результат данного предписания заключается в том, что пациент, улыбаясь, стучит в дверь моего кабинета и передает пакет с замечательным яблоком. Более того, после выполнения этого странного задания пациенты, как правило, начинают выходить из дома одни, не испытывая страха, постепенно все больше удаляясь от своего жилища. До этого момента подобные пациенты смирялись с идеей о том, что всякий раз, как они удаляются в одиночестве от их «надежного места», они чувствуют себя плохо. Они освобождаются от своего страха, поскольку переживают поражающий своей простотой опыт ситуации, в которой они чувствовали себя спокойными и получали удовольствие от исследования территории.

На практике данное предписание позволяет пациенту выполнить пугающее его задание, суггестивным образом отвлекая его внимание при помощи других заданий, выполнить которые можно только при условии выполнения пугающего его задания.

Но проделав это однажды, пациент дает себе отчет в том, что он действительно преодолел собственный страх. Да, он понимает, в чем заключается трюк, однако он при этом доказывает самому себе при помощи конкретного действия, что он действительно способен преодолевать собственные трудности.

В отличие от классической десенсибилизации, принятой в бихевиоризме, которая часто блокируется из-за того, что пациент отказывается выполнять прямые предписания поведения, в нашем случае при помощи «доброкачественного обмана» удастся достичь выполнения даже таких предписаний, которые никогда не были бы выполнены, если бы они не сопровождалась другими предписаниями. Так же

как фокусник или иллюзионист отвлекает внимание зрителя выполнением трюка, так и подобный вид терапевтического маневра обходит блок страха. В нашей практике на большой выборке фобических пациентов были разработаны многие предписания подобного типа. Читатель найдет другие конкретные примеры данных маневров в приложении, посвященном описанию двух реальных клинических случаев.

В третьей фазе терапевтическое вмешательство продвигается вперед по мере выполнения прямых предписаний поведения согласно составленной шкале тревожных ситуаций. Считаем важным напомнить, что после каждого предписания, как и в первых фазах терапии, проводилось переопределение реальных способностей пациента к преодолению ситуаций, которые он раньше считал критическими. Кроме того, по мере продвижения терапевтической работы, все более уменьшалось суггестивное сопровождение к предписанию, вплоть до только прямых предписаний поведения.

Обычно, продолжая в этой манере, приходят к тому, что сам пациент в определенный момент заявляет, что он чувствует себя в состоянии столкнуться без проблем с любой ситуацией, которая раньше пугала его.

#### *Четвертая стадия.*

##### *Заключительная сессия*

Последняя встреча с пациентом — как последний мазок кисти и подходящая рама для законченной картины. Ее цель — окончательно закрепить положительную самооценку и личную независимость пациента. Для этого резюмируется и подробно объясняется весь осуществленный терапевтический процесс и использованные техники. Пациенту объясняют, каким образом действуют эти техники, с тем чтобы подчеркнуть, что все изменения произошли благодаря личным ресурсам пациента. Терапевт лишь активизировал эти уже имевшиеся у пациента личностные ха-

рактеристики, ничего к ним не добавив, поскольку это было бы невозможной задачей.

В завершение сессии терапевт еще раз акцентирует тот факт, что пациент теперь уже научился эффективно использовать свои собственные ресурсы и, стало быть, теперь он больше не нуждается в терапевте.

В заключении договариваются об отсроченном наблюдении (*follow-up*) и окончательно расстаются с теперь уже бывшим пациентом.

#### **4. Стратегия и обходные маневры для лечения панического расстройства**

Как уже отмечалось в предыдущей главе, описанные в ней тяжелые формы фобических расстройств похожи друг на друга в некоторых аспектах и, в то же время, имеют некоторые существенные различия. Следуя логике стратегического вмешательства, приводящего к быстрой ломке подобных ригидных кибернетических систем, очень важно принимать во внимание аспекты дифференциации различных форм расстройств, поскольку необходимо эластичным образом адаптировать к ним протокол терапевтического вмешательства с помощью специфических маневров. В случае же изоморфных проблем используется один и тот же протокол.

При работе с паническими расстройствами терапевтическая стратегия включает в себя некоторые техники или обходные маневры, используемые в случае агорафобии, но с некоторыми специфическими различиями: в начале вмешательства внимание заостряется на специфических предпринятых попытках решения проблемы, свойственных для этой особой перцептивно-реактивной системы.

Для приступов паники характерны две предпринятых попытки решения, которые поддерживают фобическое расстройство, вместо того чтобы справиться с ним: запрос о помощи и, особенно, обсессивная попытка контролировать фобический симптом в его психофизиологических

проявлениях, с тем очевидным результатом, что симптом при этом все больше усиливается.

Первая используемая техника нацелена на смещение этого обсессивного усилия пациента в другом направлении. С этой целью используется реструктурирование, основывающееся на технике путаницы, парадокса и смещения симптома (реструктурирование и предписание полезности проблемы).

Вновь возвращаясь к принятым в искусстве восточной борьбы обходным маневрам, можно заметить, что здесь используется один из них, название которого — «замутить воду, чтобы рыбы всплыли на поверхность», или «создать замешательство на восточном фронте, чтобы напасть с западного». Другими словами, против обсессивного контроля используется техника, которая стимулирует этот контроль, но направляет его на другой объект, введенный терапевтом; в результате ситуация еще больше запутывается. При помощи рассуждений, которые кажутся еще более сложными и вычурными, чем рассуждения пациента, у него создается смешение идей и его ориентируют на оценку полезности его симптомов, кажущуюся ему «абсурдной». К этой тактике добавляется введение «реструктурирующих» сообщений в виде метафор (первое предписание в форме метафоры). В силу эффекта вызванного у пациента смешения идей, он цепляется за метафору, которая восстает против гиперрациональной логики попыток контроля над своими физиологическими реакциями.

За этими двумя первыми маневрами следует уже описанная в предыдущем случае тактика предписания парадоксального ритуала (предписание сознательного вызывания симптома в течение получаса). В дальнейшем терапевтическое вмешательство продолжается с использованием фантазии контроля, свойственной этим пациентам: от ежедневной тренировки до применения парадокса в качестве техники контроля над возможным появлением симптома. Этот последний обходной маневр окончательно блокирует предпринятую попытку решения проблемы, заключающую-



юся в прислушивании к самому себе и в контроле над собственными реакциями. Он напоминает старинный восточный обходной маневр «убрать дрова из-под котла». Это означает — убрать то, что поддерживает горение очага и кипение воды.

На этой стадии терапевтическое вмешательство продолжается введением парадоксально предписанных рецидивов. Неизменно наблюдается, что именно благодаря эффекту логики парадокса, пациентам не удается осуществить эти предписанные рецидивы. Подобная техника в старинном искусстве восточной борьбы определялась как следующий обходной маневр: «бросить кирпич, чтобы получить в ответ яшму». Это определение хорошо иллюстрирует, каким образом при стимулировании обсессивной реакции, она тем самым аннулируется.

При использовании этого типа стратегии терапевтическая игра завершается раскрытием тактических секретов и техник, использованных в течение всей терапевтической игры.

### ***Протокол терапевтического вмешательства***

#### ***Первая стадия***

Как обычно, на первой встрече с пациентом внимание заостряется на том, чтобы увеличить потенциальную силу вмешательства посредством создания суггестивной атмосферы контакта и межличностного принятия. Для этого используются техники стратегической коммуникации.

Чтобы достичь этого именно в случае пациентов, страдающих приступами паники, еще более важно — нежели в случае других типов фобических пациентов — явным образом продемонстрировать принятие терапевтом их навязчивых идей и страхов, которые зачастую являются объективно немотивированными. В противном случае могут немедленно возникнуть непродуктивные отношения. И действительно, терапевт, который старается убедить пациента в абсурдности его фобических идей с тем, чтобы изменить

их, воспроизводит именно то, что безуспешно пытаются делать окружающие пациента люди, движимые «здравым смыслом». В то время как более продуктивное отношение, согласно нашему опыту, основывается на парадоксальной логике и заключается в активной демонстрации принятия его страхов, серьезно принимая во внимание основательность его убеждений и даже стараясь найти им некое оправдание и их возможную «положительную полезность».

В заключительной части сессии приступают к изоциренному, выпренному, педантичному и не очень ясному реструктурированию предъявляемого пациентом расстройства, прибегая к цитатам и к упоминаниям о случившихся фактах с целью продемонстрировать, что часто подобные расстройства могут играть важную роль или иметь предопределяющую функцию для личности пациента. Более того, расстройство может быть особым даром, свойственным лишь немногим людям, более внимательным и чувствительным, чем другие. «Вы знаете, что в природе, внутри всякой сложной системы, если что-то устойчиво продолжает существовать во времени, то это что-то должно непременно играть важную роль для системы. Иначе это что-то имело бы тенденцию к исчезновению. И здесь я задаюсь вопросом: какую роль могло бы играть или какую положительную функцию могло бы иметь ваше расстройство для такой натуральной сложной системы, какой является ваш организм?» И пациенту предлагается поразмыслить в течение недели об этой действительной возможности.

В конце сессии, провожая пациента к двери кабинета, ему рассказывается следующая история: «Говорят, что давным-давно муравей спросил у сороконожки: как тебе удастся так хорошо ходить всеми ногами одновременно? Объясни мне, как тебе удается контролировать все твои ноги? Сороконожка начала задумываться об этом и разучилась ходить».

После этой маленькой истории с пациентом прощаются и предлагают ему подумать о ее смысле.

На практике, благодаря переопределению симптома с помощью метафоры, у пациента вызывается сомнение в том, что симптом мог бы иметь положительную роль, что он выполняет полезную функцию, над которой следует поразмыслить. Это означает — еще больше усложнить уже и так запутанную сеть мыслей пациента, привести ее к парадоксально преувеличенному выражению и в то же время ориентировать пациента на новую неожиданную перспективу анализа данной реальности.

И наконец, при помощи суггестивной метафоры реструктурируется предпринятая попытка решения — обсессивный контроль над проблемой, выражающийся в постоянном прислушивании к самому себе и в контроле над самим собой.

### *Вторая стадия*

Первые маневры обычно производят следующие эффекты.

На второй сессии пациенты демонстрируют два типа возможных реакций: «Знаете, доктор, я провел всю неделю в размышлениях о том, для чего служат эти мои идеи и эти мои странные действия, но я ничего в этом не понял. Однако, я должен сказать вам, что в эти дни моя голова была более свободной». Или же: «Доктор, думаю, что я понял, что эти мои действия действительно для чего-то нужны, но совсем не знаю, для чего именно. Однако, я должен сказать вам, что я чувствовал себя немного лучше, у меня было меньше навязчивых идей. Кроме того, вы знаете, я часто думал о сороконожке и идентифицировал себя с ней. Да, я поступаю именно так, как эта сороконожка, которая разучилась ходить».

Стало быть, эффектом парадоксального реструктурирования стало уменьшение, хотя и незначительное, обсессивного напряжения: усложняя его еще больше, мы ориентировали его на возможное загадочное и туманное положительное значение расстройства. В результате внимание пациента концентрировалось на чем-то другом, нежели на

привычной цепочке мыслей, основывающихся на страхе. Совершенно очевидно, что подобная существующая полезность расстройства не могла быть найдена, но этот невозможный поиск позволил ослабить обсессивный механизм привычных попыток решения, таких, например, как «стараться не думать» и именно поэтому думать еще больше, или же «стараться постоянно контролировать свой организм», в результате чего симптомы паники все усиливаются. При попытке сознательно делать что-то спонтанно, как уже говорилось выше, блокируется спонтанность и становится невозможным достижение того, чего всеми силами хотелось бы. Даже незначительное ослабление подобного механизма позволяет быстро уменьшить напряжение.

На второй сессии после отчета пациента переходят к закреплению гипотезы о позитивной функциональной роли симптомов для пациента. Это достигается посредством серии дальнейших сложных, изошренных рассуждений и предположений, с тем чтобы в последние минуты сессии прийти к предписанию поведения. Это предписание парадоксального типа имеет целью оказать непосредственное влияние на такую нефункциональную попытку решения проблемы, как контроль. Пациенту предписывается получасовой ритуал с будильником, описанный в предыдущем параграфе. На третьей сессии отчет пациентов похож на отчет пациентов, страдающих агорафобией. Это означает, что им удается чувствовать себя плохо в течение получаса, либо наоборот, они расслабляются и им даже начинают приходить положительные мысли. Стоит отметить, что в обоих случаях пациенты обычно демонстрировали уменьшение симптоматики страха. Не давая пациенту никаких явных объяснений, ему рассказывается метафора о Великом Ю (с. 105) и предписывается увеличить получасовой ритуал до сорока пяти минут ежедневного исполнения. На третьей сессии большинство пациентов заявляют о дальнейшем уменьшении симптомов паники. Кроме того, почти все пациенты утверждают, что им не удастся почувствовать себя плохо в течение сорока пяти минут, они даже расслаб-

ляются. На этом этапе предписывается ритуал в течение одного часа в день, пациентам предлагается вновь поразмышлять о сороконожке. Для того чтобы закрепить сообщение, при прощании с пациентом ему рассказывается какая-либо другая метафора, анекдот или история, например: «Вы знаете, рассказывают, что один принц был очарован полетом птиц. Чтобы позволить им летать еще лучше, он связал двух птиц вместе. У этих птиц было четыре крыла, но они не могли больше летать».

### *Третья стадия*

На четвертой сессии большинство пациентов заявили, что они явно чувствуют себя лучше и что у них возникло лишь несколько эпизодов паники. Кроме того, многие из них сообщили, что они посвятили много времени сороконожке и принцу из другой истории, и что они поняли, что сами они попали в такую же ловушку, но им не удастся объяснить себе, почему они чувствуют себя лучше. Как стало возможным, что приступы паники уменьшились, а в некоторых случаях даже исчезли?

На этом этапе мы переопределяли ситуацию, объясняя в общих чертах использованный трюк, а именно, каким образом парадокс может создавать проблемы, но может также быть использован для решения этих проблем. В частности, мы особо заостряли внимание на явной возможности решения проблемы посредством использования этой альтернативной логики. Затем давалось предписание стараться всякий раз как можно больше увеличить то, от чего хотелось бы избавиться, и тем самым, в силу эффекта парадокса, аннулировать его. Делался упор на тот факт, что теперь пациент научился новому и действительно эффективному инструменту для борьбы со страхом.

После таких рассуждений было также заявлено, что, достигнув этого уровня, необходимо замедлить процесс изменения: «Если слишком нажимать на педаль ускорения, можно выбиться из колеи». Кроме того, утверждалось: «Знаете, я думаю, что можно предвидеть некоторые рецидивы в

последующие недели, поскольку некоторые расстройства способны с новой силой вернуться после того, как они были аннулированы. Более того, скажу вам, что, по-моему, в последующие дни у вас наверняка случится возврат проблемы. Несмотря на это, продолжайте делать то, чему вы научились». Как можно было предполагать, на следующей неделе лишь некоторые пациенты заявили, что у них был рецидив. Большинство пациентов утверждало, что они чувствовали себя еще немного лучше, что у них было меньше навязчивых мыслей о том, что они могут почувствовать себя плохо, и что они совершенно освободились от страха.

В обоих случаях, после дальнейшего переопределения ситуации и явной возможности изменения и решения проблемы, следующим шагом в случае пациентов с рецидивом стало предсказание еще одного рецидива, но менее сильного. В другом случае говорилось о возможности рецидива, который не случился на прошедшей неделе.

Всем пациентам давалось следующее предписание: «Хорошо. Теперь, после того как нам удалось отключить известные вам механизмы, мы можем начать использовать в положительном смысле вашу чувствительность и вашу внимательность. Я хочу, чтобы в последующие дни вы всякий раз, когда выходите из дома, делали бы то, что делает антрополог, когда он изучает определенную культуру. Он внимательно наблюдает за тем, как ведут себя люди: их жесты, как они говорят, как они действуют и т.д. На основе этих наблюдений, он старается понять этих людей и правила, управляющие их поведением, обществом и культурой. Я хочу, чтобы вы проделывали это, наблюдая и изучая поведение людей, которых вы встречаете, когда выходите из дома. Хочу, чтобы вы старались понять из их действий, что они из себя представляют. Я уверен, что, благодаря вашей чувствительности и внимательности, вы откроете для себя много интересного и расскажете мне об этом на следующей сессии».

Это предписание называется «предписанием антрополога», его цель — сместить внимание пациента с прислу-

шивания к самому себе на других людей. Тем самым пациенту удастся уменьшить внимательность к собственным действиям и к тому, что происходит внутри него. Этот механизм обычно действует как предсказание, которое само реализуется, смещая фокус внимания на наблюдение и «антропологическое изучение» других людей.

На следующей сессии большинство пациентов заявили, что у них не было ни одного рецидива и увлеченно описали многие типы человеческого поведения. Иногда было просто удивительно, какой объем информации и размышлений приносили пациенты. Некоторые из них даже выявили в других людях проблемное симптоматическое поведение и открыли для себя существование многих людей с проблемами, чему раньше они никогда бы не поверили.

В течение всей сессии проводились рассуждения, основанные на отчете пациента. Пациент побуждался продолжать подобное познавательное исследование других людей. С помощью похвалы закреплялась продемонстрированная пациентом способность к выполнению этого непростого задания и подчеркивалась полезность задания для взаимодействия с другими людьми.

В некоторых случаях на 6–7 сессии обсессивный синдром сводился к минимуму. После этого приступали к переопределению ситуации, подчеркивая способности, продемонстрированные пациентом в борьбе с собственными проблемами, и его замечательное сотрудничество с нами. В этих случаях терапевт начинал увеличивать интервал между сессиями с явным намерением закрепить личную независимость пациента, чтобы показать ему еще большую веру в его способности. На последующих сессиях проводились дальнейшие положительные переопределения ситуации и достигнутых изменений, вплоть до завершения терапии.

Тем не менее, в большинстве случаев на сессии, следующей за второй неделей «предписания антрополога», ситуация изменяется. Эпизоды паники у пациентов уменьшаются до минимума, и они больше не чувствуют себя рабами навязчивых идей относительно возможности почувство-

вать себя плохо, но при этом зачастую они продолжают придерживаться тенденции слишком много думать о разных вещах, усложняя их, представляя их трудными, а поэтому вызывающими озабоченность. Следовательно, даже если они не демонстрируют больше фобического поведения, они сохраняют склонность к обсессивному анализу окружающей действительности, с тенденцией много размышлять и мало делать.

Для этих случаев была разработана особая форма терапевтического вмешательства: предписание «магической формулы»\*. Пациенту дается задание: всякий раз, как у него возникает усложненное размышление, написать 5 раз следующую фразу на английском языке: «Think little and learn by doing!» («Поменьше думай и учись действовать!»). При этом смысл фразы не объясняется.

Лишь немногие выполняют это предписание. Именно поэтому мы назвали его предписанием «магической формулы». Почти все пациенты сообщали, что при одной мысли о том, что они должны писать эту фразу, они сразу чувствовали себя освобожденными от бесконечных размышлений о разных вещах и начинали действовать более непринужденно и без предварительных рассуждений.

Нам кажется, что сила этого терапевтического хода, наносящего завершающий удар по обсессивному механизму восприятия действительности и реакции на нее, заключается в ироническом смысле «магической формулы». Стоит также подчеркнуть следующий факт: если пациент, после того как он за прошедшие недели добился таких значительных успехов в борьбе с собственными проблемами, намеревается выполнить это задание, то он при этом не может не иронизировать в отношении самого себя (выставляя себя «кретином»). Чтобы избежать этого, пациент преодолевает последние остатки своей обсессивной тенденции к кон-

---

\* «Изобретение» этой формулы описано в книге Дж.Нардоне, П.Вацлавика «Искусство быстрых изменений: Краткосрочная стратегическая терапия». М., 2006. — *Прим. науч. ред.*



тролю над собственными внутренними реакциями. В этих случаях на этом этапе переходят к постепенному положительному переопределению произошедших изменений и способностей пациента, продемонстрированных в борьбе с проблемой. Интервал между сессиями продолжает увеличиваться вплоть до завершения терапевтического вмешательства.

*Четвертая стадия: последняя сессия.*

Последняя сессия с пациентами, имевшими приступы паники, проводится по той же самой схеме, что и в случае пациентов, страдающих агорафобией.

### **5. Стратегия и обходные маневры терапевтического вмешательства в случае панического расстройства с агорафобией**

Часто случается, что если симптоматика существует в течение долгого периода, то к ней могут прибавиться другие дополняющие ее симптомы (о формировании обсессивно-фобических расстройств см. главу 2).

Это происходит в случае пациентов, у которых на основании агорафобического расстройства формируются приступы паники или наоборот.

Очевиден тот факт, что подобные сложные расстройства представляют собой сумму двух специфических форм фобических расстройств. Однако «целое не эквивалентно простой сумме составляющих его компонентов». Целое — это нечто другое, большее, нежели сумма компонентов. Биологи называют это «возникающей характеристикой».

Здесь мы имеем дело с особой перцептивно-реактивной системой, обладающей своими собственными особенностями функционирования. Если применять в этих случаях протокол терапевтического вмешательства, не учитывающий данную специфику, то при этом достигаются минимальные результаты или наступает полное фиаско.

Из нашего опыта следует, что для действительного решения подобных сложных проблем необходимо четко уяснить: «Какое из двух расстройств является основным?»

Если выясняется, что доминирует перцептивно-реактивная система, характерная для агорафобического расстройства, то терапевтическое вмешательство фокусирует внимание на ломке замкнутого круга предпринятых пациентом попыток решения проблемы. Проблема устойчиво поддерживается во времени и подпитывается двумя предпринятыми пациентом попытками ее решения: избеганием опасных ситуаций и запросом помощи. Если же, наоборот, выясняется, что доминирует перцептивно-реактивная система, характерная для панического расстройства, то в этом случае фокус вмешательства концентрируется на разрушении предпринятых попыток решения, поддерживающих проблему и характерных для данного расстройства, а именно: обсессивном контроле за собственными реакциями и запросе помощи.

В случае сложных расстройств применяется протокол терапевтического вмешательства, представляющий собой своего рода «возникающую характеристику», полученную из сложения двух протоколов, представленных выше. На начальных стадиях терапевтического вмешательства внимание преимущественно заостряется на определении доминирующей перцептивно-реактивной системы. Диагностика осуществляется на основании реакции пациента на первые терапевтические маневры. Например: если после предписания «вахтенного журнала» пациент приносит блокнот, заполненный детальными скрупулезными записями, то мы в этом случае имеем дело с перцептивно-реактивной системой, основанной на контроле. В результате, терапевтическое вмешательство отталкивается от гипотезы приступов паники как доминирующей системы.

Если же, наоборот, на то же самое предписание пациент реагирует, принося терапевту малое количество записей или не приносит совсем никаких записей, сообщая при этом, что у него в эти дни симптомы уменьшились, то мы в этом случае

имеем дело с доминированием агорафобии. После определения доминирующей патологии применяем протокол, характерный для этого типа проблемы, вводя в него некоторые маневры, направленные на аннулирование добавившейся симптоматики. При этом следует иметь в виду, что радикальное решение проблемы может быть достигнуто только после реального изменения доминирующей перцептивно-реактивной системы.

### **6. Стратегия и обходные маневры терапевтического вмешательства при обсессивно-компульсивном расстройстве**

Как уже описывалось выше, перцептивно-реактивная система, свойственная обсессивно-компульсивному расстройству, основывается на предпринятых попытках решения по типу избегания ситуаций, пугающих пациента, и контроля над такими ситуациями посредством обсессивных ритуалов компенсирующего или предупреждающего (предвосхищающего) типа\*.

«Замутить воду, чтобы рыбы всплыли на поверхность» — это первый обходной маневр, направленный на ломку дисфункциональной кибернетической системы. Этот терапевтический маневр заключается в «реструктурировании», основанном на технике смещения идей, парадокса и смещения симптома. В качестве второго обходного маневра используется предписание получасового парадоксального ритуала.

Третий обходной маневр (вариант второго обходного маневра) заключается в предписании повторения обсессивного ритуала всякий раз, как он проявляется спонтанно (задаваемое количество повторений возрастает с каждой сессией). Эта техника служит для того, чтобы овладеть

---

\* См. Дж.Нардоне «Краткосрочная стратегическая психотерапия при обсессивно-компульсивных расстройствах». Московский психотерапевтический журнал. 2004. № 1. — *Прим. науч. рег.*

симптомом и направить его силу на его собственное уничтожение. Последующие обходные маневры представляют собой серию контр-ритуалов, разработанных для каждого индивидуального случая и предписываемых для применения в серии ситуаций, пугающих пациента и упорядоченных по мере возрастания степени вызываемого ими страха. В результате необходимо придти к заключительному ритуалу, с помощью которого достигается окончательная победа над симптомом и полное решение проблемы. Этот заключительный ритуал должен стать самым настоящим ритуалом инициации или перехода от одной стадии жизни пациента к следующей, новой стадии. В силу этого, заключительный ритуал должен стать последовательностью действий, являющихся символом поражения «темных сил» и победы пациента над своими страхами.

И в этом случае терапевтическая игра завершается раскрытием всех тактических секретов и осуществленных действий, казавшихся «магическими». Это позволяет пациенту, осознавая достигнутые изменения и восстановленные личные ресурсы, принять на себя полную ответственность за эти изменения.

### ***Протокол терапевтического вмешательства***

#### ***Первая стадия***

Как обычно, на первой встрече с пациентом внимание заостряется на создании атмосферы контакта и межличностного принятия, повышающей потенциал терапевтического вмешательства.

С этой целью в случае обсессивно-компульсивных пациентов еще более важно, чем для других типов пациентов, сопровождать и с явностью принимать их навязчивые идеи и их запутанные, иногда неприятные ритуалы. В противном случае терапевт мгновенно создает непродуктивные отношения. И действительно, терапевт, старающийся убедить пациента в абсурдности его навязчивых идей, чтобы тем самым заставить его контролировать неуправляемый позыв

к выполнению ритуалов, воспроизводит безуспешные попытки окружающих пациента людей, движимых «здравым смыслом». Как уже описывалось выше, применение логики «здравого смысла» к тому, что не основывается на такой логике, не только не позволяет вызвать изменения у обсессивно-компульсивных пациентов, но и дает им ощущение того, что их совсем не понимают, и что они действительно «больны», поскольку им не удается делать то, что делают все «нормальные» люди. Как и в случае пациентов с приступами паники, для таких пациентов оказался более продуктивным подход, основывающийся на парадоксальной логике. Этот подход задействуется уже на первой встрече с пациентом, которому активно демонстрируется принятие его странных навязчивых идей. При этом серьезным образом принимается возможная осмысленность их абсурдных убеждений. Терапевт даже старается найти оправдание подобным утверждениям их полезностью.

Кроме того, при определении проблемы и согласовании целей терапевтического вмешательства используется общепринятая в коммуникации стратегия «калькирования». При этом терапевт тщательно старается избегать суждений, которые могли бы вступить в контраст с точкой зрения пациента. Более того, в течение всей сессии пациент получает поддержку и принятие со стороны терапевта.

За этим шагом следует «реструктурирование полезности», описанное в параграфе 4 данной главы. К этому маневру добавляется переопределение ритуалов, которые компульсивно выполняет пациент, подчеркивая их большое значение в данный момент, из-за которого их не только нельзя убирать, но даже нужно выполнять их, совершенно не стараясь контролировать.\*

---

\* Можно привести следующие примеры, поясняющие компульсивные ритуалы: 1) Обсессивная навязчивая идея совершить ошибку заставляет молодого бухгалтера вновь и вновь контролировать числа в счетах и прочий рабочий материал. Изнуренный этим контролем, он вынужден в один прекрасный день временно оставить работу; 2) Моло-

Естественно, утверждение о важности ритуалов — это стратегический маневр, в одно и то же время парадоксальный и реалистичный. Как мы увидим в дальнейшем, он дает возможность управления компульсивными ритуалами.

Два первых терапевтических действия обычно производят следующий эффект: реакции на «реструктурирование полезности проблемы» были идентичны реакциям пациентов с приступами паники. Это означает, что размышление о положительной роли симптомов привело к небольшому уменьшению обсессивных состояний, независимо от того, был ли найден положительный смысл симптома или нет.

Обычной реакцией на переопределение выполнения компульсивных ритуалов в виде чего-то важного, что пациент не должен стараться подавить, было сильное уменьшение напряжения, переживаемого пациентом, а иногда и незначительное снижение частоты выполнения ритуалов.

Спонтанная и неконтролируемая симптоматика преобразуется в нечто важное и полезное, что в данный момент не следует подавлять. Эта точка зрения действует как первый элемент, вносящий смятение в нефункциональное равновесие перцептивно-реактивной системы подобных пациентов.

Осуществленное смещение внимания позволяет сконцентрировать его на чем-то отличном от привычного объек-

---

дой человек, преследуемый навязчивым страхом возможной гомосексуальности, ежедневно просматривает порнографические фильмы и журналы для того, чтобы измерить уровень своего возбуждения по отношению к женскому или мужскому полу; 3) Женщина, преследуемая убеждением в том, что она задавила на дороге прохожего, вынуждена возвращаться на предполагаемое «место преступления» в сопровождении другого человека, который подтвердил бы ей, что не было никакого несчастного случая; 4) Муж, обсессивно убежденный в неверности жены, находит изощренное подтверждение своего сомнения в любом событии, даже не имеющем никакого отношения к этой идее. Он вынужден повсюду следовать за своей женой и контролировать все ее действия; 5) Молодая девушка многократно выполняет перед отходом ко сну ритуал контроля, проверяя, закрыла ли она все краны, двери, окна. Если она просыпалась ночью, то она должна была встать и вновь выполнить ритуал контроля.

та внимания. В результате пациент вместо того, чтобы не думать и не совершать компульсивных действий, пытается контролировать эти побуждения, концентрирует свое внимание на возможной полезности и на важности для него этих симптомов в данный момент. Таким образом, вследствие эффекта парадокса ослабляется обсессивный механизм «предпринятых попыток решения».

Как уже говорилось выше, если сознательно стараться выполнять спонтанные действия, то при этом подавляется именно их спонтанность. Попытка контроля над ритуалами и страхом у пациентов, страдающих обсессивными расстройствами, поддерживает и увеличивает симптоматику. Если удастся хотя бы немного ослабить этот механизм, то ослабляется и напряжение, переживаемое пациентом.

### *Вторая стадия*

На второй сессии после отчета пациента проводится закрепление гипотезы о положительной для пациента функциональной роли симптомов. Это достигается при помощи еще одной серии сложных и изощренных рассуждений и предположений, а в последние минуты сессии пациенту даются два задания: предписание получасового ритуала с будильником и еще одно предписание, о котором мы расскажем подробнее.

Здесь опять используется предписание поведения парадоксального типа, но в этот раз его влияние направлено непосредственно на компульсивное поведение. Точнее говоря, речь идет о самом настоящем предписании симптома, сформулированном следующим образом: «Исходя из всего того, что мы до сих пор обсуждали, я сейчас предложу вам определенное задание. Вы должны будете выполнять его, не задавая мне никаких вопросов и не спрашивая никаких объяснений, потому что это задание поможет вам рассеять сомнения относительно положительной роли вашего расстройства, но вы должны дойти до этого сами. В дальнейшем я дам вам свое объяснение. Стало быть, я

хочу, чтобы вы, всякий раз, когда чувствуете позыв к выполнению ритуальных действий, вместо того чтобы сопротивляться ему и стараться не выполнять эти действия, — чтобы вы сознательно повторили их десять раз, в точности десять раз! Ни одного раза меньше, ни одного раза больше! В точности десять раз! Ни одного раза больше, ни одного раза меньше!»

Это предписание должно даваться в виде самого настоящего гипнотического внушения: медленно, членораздельно, с повторениями и несколько раз, детально конкретизируя предписываемое поведение.

Чтобы лучше пояснить содержание предписания, можно привести в пример случай бухгалтера, который постоянно контролировал последовательность чисел в счетах. Согласно предписанию, он должен был всякий раз десятикратно их контролировать. Женщине, с ритуалами перед отходом ко сну, предписывалось повторять их десять раз. Пациент, который постоянно мылся, потому что боялся грязи, всякий раз должен был помыться десятикратно. Молодому человеку, одержимому навязчивым страхом собственных гомосексуальных тенденций, предписывалось просматривать десять раз подряд фотографии и кадры фильмов с провоцирующим содержанием. И наконец, пациентке, измученной страхом того, что она могла сбить кого-нибудь, проезжая по дороге, предписывалось десять раз проехать по предполагаемому «месту преступления» всякий раз, как у нее возникало это сомнение. При предписании пациентам действия, которое они обычно стараются подавить, симптом лишается своего реального смысла.

На третьей сессии пациенты обычно докладывали: «Доктор, я старался прилежно выполнять задания, но мне не удавалось повторить десять раз одно и то же действие, я даже иногда ни разу его не выполнил. Кроме того, вы мне сказали, что я должен был понять полезность моих проблем, но я до сих пор еще ничего не понял!» Некоторые пациенты сообщили даже, что им ни разу не удалось повторить их действия или ритуалы, потому что они ни разу не почувство-



вали непреодолимый позыв к их выполнению и им совсем не хотелось сознательно выполнять эти действия. Однако и этим пациентам не удалось понять положительную роль их проблем.

Что касается предписания получасового интервала, то чаще всего пациенты, упорно стараясь почувствовать себя плохо, непонятным образом начинали думать положительно.

Прослушав подобные отчеты, терапевт напоминал о том, что очень важно выполнять компульсивные действия в точности десять раз также и на следующей неделе, подчеркивая тот факт, что пациент начинает контролировать ситуацию. Вместе с этим вновь даваемым предписанием, которое опять-таки не сопровождается никакими пояснениями, пациенту предлагается разделить получасовой ритуал сознательного провоцирования симптома на шесть пятиминутных ритуалов каждый день в заданные часы.

### *Третья стадия*

На четвертой сессии большинство пациентов заявили, что они явно чувствуют себя лучше, что у них было лишь малое количество эпизодов с обсессивно-компульсивными действиями и что всякий раз, когда они чувствовали позыв к выполнению этих действий, у них проходило всякое желание выполнять их до конца, как только они начинали сознательно их повторять. Кроме того, многие из них заявили, что в течение шести ежедневных пятиминутных интервалов, чем больше они старались думать о собственных страхах и навязчивых идеях, тем больше им приходило в голову положительных мыслей, не связанных со страхом.

На этом этапе проводится переопределение ситуации с объяснением в общих чертах используемого трюка. Пациенту объясняется также, какой вклад в формирование проблем вносит парадоксальное сообщение «Будь спонтанным!», и как оно может быть использовано для решения других проблем, и, в частности, его расстройства. Мы особо заостряем внимание на явной возможности решения подоб-

ных проблем, как только удастся изменить логику, которая управляет нашими реакциями на проблемные ситуации.

Как обычно, после подобных утверждений говорится, что на этом этапе необходимо притормозить процесс изменения: «Если слишком нажимать на педаль ускорения, можно выбиться из колеи». Пациенту также предписывается рецидив на следующую неделю.

Пациенту предписывается выполнять парадоксальный ритуал сознательного вызывания страха три раза в день в течение трех минут. И наконец, ему предписывается: «Если вы должны выполнять ритуал, повторите его в точности пятнадцать раз, ни одного раза больше, ни одно раза меньше. Конечно, вы можете совсем не выполнять ритуала, но если вы выполняете его один раз, вы должны повторить его пятнадцать раз, ни одного раза меньше, ни одного раза больше».

На следующей сессии лишь немногие пациенты заявили, что у них был рецидив. Большинство пациентов утверждало, что с ними не случилось рецидива и что они чувствовали себя еще немного лучше, что у них было меньше навязчивых идей, и почти отсутствовал репертуар повторяемых действий.

В обоих случаях проводилось дальнейшее переопределение ситуации и подчеркивалась явная возможность внесения изменений и решения проблемы. В качестве следующего терапевтического шага пациентам, у которых случился рецидив, предписывался еще один, гораздо более легкий рецидив. Во втором случае пациентам предписывался рецидив, не случившийся на предыдущей неделе.

В большинстве случаев на этом этапе терапевтического вмешательства переходят к «предписанию антрополога» (описанному в параграфе 4 настоящей главы), с целью сместить внимание пациента на изучение других людей.

Такое смещение внимания служит для того, чтобы пациент перестал уделять так много внимания самому себе и собственным действиям. Обычно этот механизм действует в качестве предсказания, которое самореализуется, приводя пациента к уменьшению компульсивных реакций на

окружающую действительность, которую он воспринимает, как угрожающую. На следующей сессии большинство пациентов сообщают о полном отсутствии рецидивов и, как уже ранее рассказывалось, увлеченно описывают различные типологии человеческого поведения.

На этой сессии терапевт беседует с пациентом о его наблюдениях за другими людьми и побуждает пациента продолжать эти исследования. С помощью похвалы закрепляется продемонстрированная пациентом способность к выполнению этого непростого задания, и подчеркивается полезность задания для взаимодействия с другими людьми.

#### *Четвертая стадия*

В менее сложных случаях на шестой или седьмой сессии обсессивное расстройство сводится к минимуму, поэтому переходят к переопределению ситуации, направленному на то, чтобы подчеркнуть способности, проявленные пациентом в борьбе со своими проблемами, и его замечательное сотрудничество с терапевтом. В этих случаях начинают увеличивать время между сессиями, с явным намерением укрепить личную независимость пациента и показать ему, что терапевт верит в его способности.

На последующих сессиях проводятся дальнейшие положительные переопределения ситуации и достигнутых изменений, вплоть до завершения терапевтического вмешательства.

В более сложных случаях эта фаза посвящается контр-ритуалам. У этих пациентов репертуар обсессивных действий был сведен к минимуму, и они больше не чувствовали себя рабами навязчивых идей. Тем не менее, они часто проявляли тенденцию слишком задумываться о разных вещах, усложняя их. Кроме того, они продолжали чувствовать себя очень неуверенно.

Стало быть, было необходимо сделать что-то, что заставило бы этих пациентов окончательно избавиться от обсессивных идей и страха, хотя эти идеи больше и не вынужда-

ют их к изнуряющим компульсивным ритуалам. В противном случае, эти пациенты в дальнейшем могут иметь рецидивы, поскольку у них не произошло альтернативного изменения восприятия пугающей их действительности.

В этих случаях необходимо разработать «ритуал перехода» от состояния человека, который боится, к состоянию человека, преодолевшего свой страх. Подобное сложное предписание необходимо построить, программируя последовательность действий, которые должен выполнить пациент, чтобы достигнуть окончательной символической победы над страхом. Такая последовательность действий с заключительным исходом функционирует как хорошо известные племенные ритуалы инициации и перехода от одного социального уровня к более высокому уровню.

Например, пациентке, страдавшей навязчивым страхом перед грязью и, в частности, перед экскрементами, был предписан следующий заключительный ритуал. Ей было предложено «изучать» различные экскременты всевозможных животных, с которыми она могла встретиться на территории вокруг ее дома в деревне. После этого ей было предложено собрать с помощью лопатки самые «значительные» экскременты, принести их в дом, зайти в туалет, выбросить их в унитаз и смыть водой. Таким образом, она могла окончательно освободиться от этого символического предмета и от остатков своих навязчивых идей и своего страха (другие примеры творчески созданных контр-ритуалов будут предложены в приложении).

Для терапевтического процесса борьбы с фобическими навязчивыми идеями и соответствующими им компульсивными ритуалами этот тип заключительного предписания в большинстве случаев оказывает самый настоящий эффект освобождения и реального перехода из одной ситуации в другую.

Для того чтобы прийти к заключительному контр-ритуалу, иногда бывает необходимо разработать целую серию последовательных контр-ритуалов, однако зачастую достаточно одного, но тщательно разработанного контр-ритуала.

По нашему мнению, «магическая освобождающая сила» данного маневра объясняется использованием самой ритуальной структуры симптома, но в противоположном направлении. К тому же это происходит в суггестивной форме в рамках выполнения своего рода «обряда инициации» для перехода к смелости. Представляется очевидным, что для данных предписаний еще более важно использование суггестивных форм коммуникаций, чем для прочих предписаний. В противном случае пациенты не выполнили бы подобную последовательность действий, кажущихся абсурдными.

На этом этапе и в этих случаях проводится постепенное положительное переопределение достигнутых изменений и способностей, продемонстрированных пациентом в борьбе с проблемой. Вся ответственность за произошедшие изменения возлагается на самого пациента. Продолжают увеличивать интервал между сессиями вплоть до завершения терапевтического вмешательства.

#### *Пятая стадия: последняя сессия*

На последней сессии проделывается совершенно то же самое, о чем говорилось в предыдущих параграфах: к завершенной картине подбирается подходящая рама.

### **7. Стратегия и обходные маневры терапевтического вмешательства при ипохондрической фобии**

Как уже описывалось в предыдущей главе, нефункциональная перцептивно-реактивная система, характерная для ипохондрической фобии, поддерживается следующими предпринятыми попытками решения:

- 1) запрос о помощи;
- 2) попытка контроля над предполагаемой болезнью посредством обсессивного поиска точного диагноза расстройства.

В связи с этим стратегия и обходные маневры, направленные на ломку и изменение этого типа кибернетической системы, разработанные в ходе нашей работы по типу «исследование-вмешательство», являются почти идентичными стратегиям и обходным маневрам, используемым при терапевтическом вмешательстве в случае панического расстройства с агорафобией и содержат лишь небольшие вариации.\*

## **8. Размышление об используемых техниках**

Какой бы долгой ни казалась ночь,  
ее всегда сменяет день.

*У. Шекспир*

По нашему мнению, все вышеизложенное с ясностью показывает, что при помощи терапевтического вмешательства, заключающегося в заранее заданной последовательности маневров, разработанных «ad hoc» для каждого типа расстройства, можно в краткие сроки решить проблемы, характерные для тяжелых форм фобических расстройств. Разработка специфических маневров и специфических последовательностей терапевтических ходов является плодом нашей работы по типу «исследование-вмешательство», а также плодом разработки конструкторов «перцептивно-реактивная система» и «взаимодействие между устойчивым существованием проблемы и предпринятыми попытками ее решения». При этом следует отметить, что данные протоколы вмешательства не представляют собой ригидную и неизменяемую методологию, они являются эластичным инструментом, который систематически ориентирует терапевта на решение проблемы. Для того чтобы быть действительно эффективным, этот инструмент требует приспособления к различным типам личности, к различным

---

\* Последовательность стратегических действий см. на с. 117.

контекстам и к различным типам языковой коммуникации пациентов.

Подобные протоколы можно рассматривать по аналогии со стратегией тактических ходов, запрограммированных на быструю победу в шахматной партии. Как шахматная игра, так и терапия ведется посредством осуществления определенных ходов на основе предугадывания намерений противника и реакций на его ответные ходы своими последующими ходами вплоть до объявления мата. Однако очевидно, что каждая партия, как бы она ни походила последовательностью ходов на другие, всегда представляет собой новую партию.

Кроме того, в терапии, в отличие от шахматной игры, каждое терапевтическое вмешательство является новым, даже когда последовательность терапевтических маневров кажется той же самой, поскольку в каждом терапевтическом вмешательстве создаются неповторимые интерактивные ситуации благодаря взаимодействию между терапевтом и пациентом со свойственными каждому из них особенностями.

В силу этого протоколы должны эластично (зачастую с применением творческой фантазии) использоваться, приспосабливаясь к специфическим характеристикам человека, пришедшего за помощью. Один и тот же маневр выражается в совершенно разных коммуникативных формулировках в зависимости от того, адресуется ли он сверхрациональному пациенту или же пациенту фантазийного и поэтического склада. В краткосрочной стратегической терапии каждое вмешательство, для того чтобы быть эффективным, должно отталиваться от особенностей языковой коммуникации пациента. В связи с этим одна и та же последовательность специфических маневров в то же самое время может казаться совершенно другой. Здесь следует подчеркнуть, что структу-

---

К тому же изучение языка пациента, обучение ему и его использование является одной из главных предпосылок стратегического подхода: адаптировать терапевта и терапевтическое вмешательство к пациенту, а не пациента к терапевтическому вмешательству и к терапевту.

ра вмешательства остается неизменной, в то время как варьируется взаимодействие между терапевтом и пациентом.

Как описывалось выше, терапевтическое вмешательство начинается с изучения проблемы и характерной для нее сопротивляемости к изменениям (перцептивно-реактивная система и ее функционирование). При этом согласовываются цели вмешательства, разрабатываются стратегии, выбирается тип коммуникации и терапевтического взаимодействия с учетом характеристик пациентов. Обычно в терапевтических вмешательствах при расстройствах, основывающихся на изоморфных типах устойчивого существования проблемы, остаются неизменными задаваемые цели и основная стратегия, в то время как изменяются терапевтическая коммуникация и взаимодействие, поскольку их всякий раз приспособляют к особым перцептивно-когнитивным и социальным характеристикам пациентов.

Нам кажется очевидным, что для данного типа терапевтического вмешательства личность терапевта является важным элементом. Терапевт в данном случае является режиссером фильма, и актером, играющим главную роль. Он должен в совершенстве владеть терапевтическими техниками, обладать методологической строгостью, ярким творчеством и значительной эластичностью мышления. Другими словами, терапевт должен быть одновременно ученым и артистом (Keeneу, 1991), как великие композиторы, способные не только написать музыкальное произведение, но и наилучшим образом исполнить его. Как и мастерски исполненная музыкальная композиция, краткосрочная стратегическая терапия поражает своей кажущейся простотой. Однако за подобной кажущейся простотой исполнения, как терапии, так и музыкальной композиции, скрывается сложная сеть тонких отточенных маневров, являющихся плодом длительного обучения и трудоемкого экспериментирования.



**ЭФФЕКТИВНОСТЬ  
И ЭКОНОМИЧНОСТЬ  
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

Быть ни для чего не нужным — большое несчастье,  
но еще большее несчастье —  
быть нужным для всего.

*Багасар Грасиан*

**1. *Оправданность модели  
терапевтического вмешательства***

После того как мы изложили протокол терапевтического вмешательства, нам представляется важным продемонстрировать, каким образом данная терапевтическая модель смогла достигнуть столь значимых, а в некоторых аспектах и удивительных результатов с точки зрения эффективности и экономичности терапии.

С этой целью мы провели анализ результатов терапевтического вмешательства, чтобы продемонстрировать тот факт, что результаты, достигнутый в вышеописанных случаях, не являются случайными. Здесь необходимо представить полученные эмпирическим путем результаты терапии, а так же статистическую обработку данных согласно методикам, принятым в литературе, посвященной психологическим исследованиям.

Мы уже упоминали, что если определенный тип терапевтического вмешательства вызывает за короткий срок реальные и конкретные изменения в определенной проблемной ситуации, то тем самым подчеркивается ценность стратегии и присущих ей тактических приемов в терминах эффективности.

Параллельно с этим опыт терапевтического вмешательства, решающего проблемы определенного типа, позволяет получить новые знания относительно этого типа проблем.

Кроме того, если, как это происходит в нашем случае, подобное воспроизведение результатов сохраняется при повторяющемся применении модели на статистически значимой выборке субъектов, то из этого следует, что эта формализованная стратегия терапевтического вмешательства является не только эффективной техникой, но и систематичной и научной процедурой вмешательства в случае специфических проблем.

Согласно эпистемологическим критериям современной науки могут считаться научными только такие модели, которые обладают характеристиками эффективности, воспроизводимости и предсказуемости (Giannattasio, Nencini, 1983). Представленная нами модель основывается на разработке специфических тактик и техник для достижения специфических целей терапевтического вмешательства, при соблюдении последовательности его фаз. Эта модель не только показала себя эффективной и воспроизводимой, но она также обладает характеристикой предсказуемости, поскольку процессуальность и процесс терапевтического вмешательства основываются на том, что для каждого единичного терапевтического хода предвидится ограниченное число возможных реакций пациента. В зависимости от реакции пациента на определенный терапевтический ход, в терапевтическом вмешательстве выбирается следующий специфический маневр. Говоря о процессуальности терапии, можно провести аналогию с танцем. В нашем случае терапевт и пациент, как пара танцоров в рамках заранее заданного сценария, взаимодействуют при помощи возможных шагов и ответных шагов.

«Стратегический» подход основывается на разработке стратегий (как это уже видно из самого названия), которые, по аналогии со стратегиями шахматной игры, предполагают предсказуемое планирование ходов. Тем не менее, подобные стратегические планы можно подвергать измене-

ниям во время игры, для того чтобы приспособить их с помощью специфических вариаций к возможным вариациям самой игры.

Другими словами, используя терминологию Бейтсона, можно утверждать, что данная модель не только обладает собственными правилами и может быть запланированной, она так же обладает характеристикой самокоррекции этих правил.

## **2. Эффективность терапии**

Вне всякого сомнения, одним из самых «колких» аспектов в психотерапии является оценка результатов, достигаемых как следствие терапевтического вмешательства.

Эта трудность объясняется тем, что различные школы психотерапии применяют различные критерии для определения эффективности терапии, что является неизбежным следствием различий в теоретико-прикладных подходах.

Например, в психоанализе по Фрейдю вмешательство считается эффективным, если оно приводит пациента к преодолению Эдипова комплекса. В психоанализе по Юнгу терапия будет эффективной в случае достижения личностной «индивидуализации». Для бихевиориста терапевтический успех представлен «вырождением» поведенческих симптомов. Для семейного терапевта успех заключается в реорганизации семейной системы. В когнитивной психологии эффективность терапевтического вмешательства представлена изменениями в когнитивных структурах пациента. Для стратегического терапевта успех терапии заключается в решении проблемы, предъявленной пациентом, и в достижении целей, заданных в начале терапевтического вмешательства.

Различные теории личности предусматривают различные цели для достижения. Эти различные задаваемые цели, в свою очередь, предусматривают отличающиеся друг от друга способы оценки результатов.

Как утверждал Эйнштейн, опять-таки именно «наше восприятие и наши концепции определяют наши наблюдения». Другими словами, наши теоретические концепции

относительно «человеческой природы» определяют наши критерии оценки того, что представляют собой здоровье и болезнь, норма и патология, и, следовательно, определяют вытекающую из них концепцию «выздоровления» и терапевтических целей. В рамках панорамы различных школ психотерапии существует много различных концепций «выздоровления» и много различных концепций терапевтического вмешательства. Тем не менее, как сообщает Сиригатти (1988, 230), «кажется, что в настоящий момент достигнуто некоторое согласие в определении эффективности терапевтического вмешательства. Терапия считается эффективной, если она приводит к улучшениям в симптоматике, улучшениям в работоспособности, улучшениям в сексуальной сфере, улучшениям в межличностных отношениях, повышению способности к решению привычных психологических конфликтов, повышению способности к регулированию ежедневного стресса».

Как уже демонстрировалось в предыдущих работах (Нардонэ, Вацлавик, 2006; Nardone, 1991), стратегический подход в терапии не опирается на теорию, описывающую концепции нормальности и анормальности. Этот подход не опирается на какую-либо теорию о «человеческой природе», описывающей в абсолютной форме характеристики этой природы. Стало быть, речь идет о модели, которая не является «нормативной».

Стратегический подход опирается на философию конструктивизма. Это философское течение основывается на идее о невозможности сведения человеческой природы и поведения к единственному, всеохватывающему описанию и объяснению; оно исследует способы достижения лучшей функциональности наших отношений с окружающей нас действительностью. С точки зрения подобной теории эффективность терапевтического вмешательства заключается в решении специфической проблемы, предъявляемой пациентом/пациентами.

В результате понятие «выздоровления» не рассматривается нами как достижение гипотетического и невозможно-

го состояния полного отсутствия проблем, она предусматривает преодоление специфической проблемы; переживаемой пациентом в данный момент и в данном контексте его личной жизни. Таким образом оценка результатов терапевтического вмешательства находится в согласии с вышеперечисленными критериями, удовлетворяющими исследователей. В то же время следует напомнить, что никакое абсолютное обобщение невозможно, и что нужно рассматривать успех или неуспех терапии в зависимости от заданных целей. В силу этого успех вмешательства по окончании терапии будет измеряться реальным и окончательным решением проблем, предъявленных пациентом, а именно: достижением согласованных вместе с ним целей вмешательства. В нашем исследовании был использован следующий критерий эффективности.

*Параметр № 1: эффективность терапевтического вмешательства, продемонстрированная по завершении терапии.* Речь идет об оценке заключительного эффекта терапии. Были ли достигнуты в конце терапии цели, заданные и согласованные с пациентом, обратившимся за помощью? Были ли решены проблемы, предъявленные пациентом, и существуют ли они еще в конце терапии? Имело ли место смещение симптома?

*Параметр № 2: эффективность терапевтического вмешательства во времени.* Сохранились ли достигнутые в конце терапии результаты по истечении времени или же имели место рецидивы? Появились ли расстройства, замещающие изначальные?

С этой целью проводилось отсроченное наблюдение пациента (*follow-up*) по прошествии трех месяцев, шести месяцев и двенадцати месяцев после окончания терапии. Подобные *follow-up* осуществлялись при помощи опроса не только самого пациента, но и его семьи или его партнера. Опрос структурировался в соответствии с перечисленными Сиригатти (1998) критериями и в соответствии с целя-

ми, заданными и согласованными в начале терапевтического вмешательства.

Мы считаем клинический случай решенным, и, следовательно, терапевтическое вмешательство полностью успешным только в том случае, когда к положительному исходу по параметру № 1 добавляется положительный исход по параметру № 2. Другими словами, когда исчезновение симптомов проблемы в конце терапии сохраняется во времени без появления рецидивов или симптомов, замещающих изначальные симптомы (Нардонэ, Вацлавик, 2006, 174).

Успех или неуспех терапии может иметь различные уровни, поэтому следует рассматривать не только категории «решенных или нерешенных» случаев, но и те ситуации, в которых было достигнуто также минимальное улучшение. Является важной оценка возможности ухудшения в результате терапии (Sirigatti, 1998, 221). Исходя из подобного методологического критерия, оценка результатов терапевтического вмешательства проводилась по следующим пяти категориям.

*«Решенные случаи»* — это случаи полного решения проблемы к концу терапии и отсутствие рецидивов в течение одного года.

*Случаи значительного улучшения* — это случаи полной ремиссии симптома в конце терапии, с явным улучшением ситуации во время последующего наблюдения (*follow-up*), но также с присутствием спорадических и легких рецидивов, тем не менее легко контролируемых.

*Случаи незначительного улучшения* — это случаи частичной редукции симптоматики в конце лечения, при этом во время последующего наблюдения пациенты заявляют о частых критических моментах и симптоматических рецидивах, хотя эти критические моменты и определяются пациентами как гораздо менее интенсивные, чем до начала терапии.

*Случаи, оставшиеся неизменными* — это случаи, в которых лечение за десять сессий не привело к каким-либо из-

менениям проблемной ситуации, представленной пациентом. В этих случаях лечение было прервано на десятой сессии в силу убеждения, что если не удастся ничего изменить за десять сессий, то очень маловероятно, что удастся добиться изменений за более длительный период лечения.

*Случаи ухудшения* – это такие случаи, когда лечение привело к ухудшению ситуации пациента\*».

По нашему мнению, помимо определения и измерения эффективности по каждой из возможных категорий, очень важной является и дифференцированная оценка терапевтического вмешательства по типу предъявленных пациентами проблем. Это означает, что для лучшей оценки эффективности терапевтической модели необходимо оценить, для какого типа проблем эта модель проявляет большую или меньшую эффективность, то есть произвести дифференцированную оценку эффективности.

С этой целью все данные, которые будут представлены в дальнейшем, были упорядочены не только на общем уровне, но и на уровне различных категорий расстройств, описанных в предыдущих главах. Это означает, что оценка эффективности была дифференцирована по типам проблем, с которыми работали при терапевтическом вмешательстве.

Данная классификация, осуществленная на эмпирической основе для всех категорий расстройств, представленных в работе, сравнима с классификацией, обычно используемой в литературе, посвященной психологической и психиатрической диагностике (DSM III R).

В заключение данного параграфа, посвященного критериям, которые мы использовали для измерения эффективности терапевтического вмешательства, уместно заявить, что мы осознаем тот факт, что профессиональный исследователь-экспериментатор вправе высказать свои сомнения по поводу этих критериев оценки. Говоря подробнее, в ад-

---

\* Дж.Нардоне, П.Вацлавик «Искусство быстрых изменений: Краткосрочная стратегическая терапия». М., 2006. С. 175.

рес описанной методологии может быть высказана следующая критика:

- а) Отсроченное наблюдение (*follow-up*) не проводилось исследователями, не входящими в состав Центра, в котором осуществлялись терапевтические вмешательства. Хотя они и не выполнялись самим терапевтом, их проводили сотрудники Центра.
- б) При оценке эффективности не была соблюдена строгая процессуальность экспериментального исследования с его контрольными группами и с его процедурой двойного слепого метода (*double blind*).

В то же время все опытные исследователи отдают себе отчет в тех сложностях, которые возникают в клинической обстановке при сугубо экспериментальных измерениях с помощью контрольных групп и двойного слепого метода. Это происходит потому, что мы здесь часто сталкиваемся с проблемами, связанными с профессиональной этикой, и с отказом пациентов подвергнуться эксперименту.

И наконец, учитывая тот факт, что в прикладной области психотерапии оценка результатов всегда сталкивалась с непреодолимой стеной защиты *privacy*, приводимая здесь оценка результатов терапии, по нашему мнению, должна считаться достаточно достоверной, хотя и с учетом некоторых заявленных ограничений. В доказательство вышесказанного не следует забывать тот факт, что каждый клинический случай был полностью записан на видео, и что данный материал не явился плодом воспоминаний или фантазий терапевта или же кинематографической режиссуры.

Подобное реальное документирование проведенной работы от начала до конца терапевтического вмешательства позволяет выявить, помимо регистрации изменений, заявленных пациентом или членами его семьи, также процессуальную эффективность вмешательства, а именно: того, каким образом, переходя из одной фазы терапии в другую, заданные цели были достигнуты посредством заранее разработанных терапевтических маневров.



### 3. Данные, полученные на основе 152 клинических случаев: результаты терапевтического вмешательства

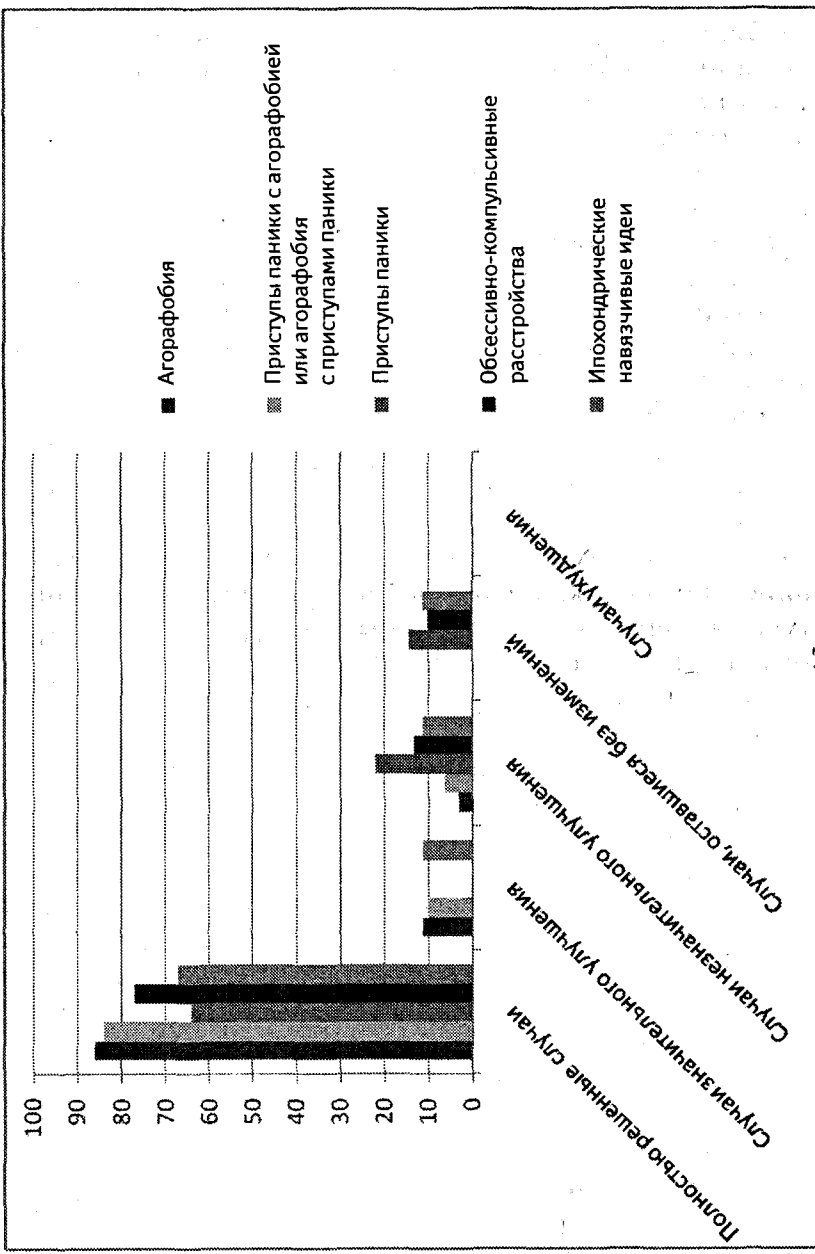
После того как мы изложили методологические предпосылки и эпистемологические критерии, на которых основывалась наша работа, мы можем перейти к изложению результатов нашего исследования.

Как уже упоминалось, все данные относятся к выборке пациентов, страдающих обсессивно-фобическими расстройствами, которые обратились за помощью в Центр стратегической терапии, описанный в первой главе книги.

Результаты исследования, которые представлены в таблице и на графике, дают возможность оценить эффективность терапевтической модели как на общем уровне всех обсессивно-фобических расстройств, так и на дифференцированном уровне — по специфическим формам расстройств. Читатель может убедиться, что результаты, достигнутые при применении модели на выборке из 152 случаев, демонстрируют значительную эффективность терапевтического вмешательства.

Таблица 1. Эффективность терапевтического вмешательства

Тип проблемы	Полностью решенные случаи		Случаи значительного улучшения		Случаи незначительного улучшения		Случаи, оставшиеся без изменения		Случаи ухудшения		Общее кол-во случаев	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол. %		Кол-во	%
Агорафобия	24	86	3	11	1	3	-	-	-	-	28	100
Приступы паники с агорафобией или агорафобия с приступами паники	51	84	6	10	4	6	-	-	-	-	61	100
Приступы паники	9	64	-	-	3	22	2	14	-	-	14	100
Обсессивно-компульсивные расстройства	24	77	-	-	4	13	3	10	-	-	31	100
Ипохондрические навязчивые идеи	12	67	2	11	2	11	2	11	-	-	18	100
Общее кол-во случаев	120	79	11	7	14	10	7	4	-	-	152	100



Общий процент успеха явно превышает стандарты, указанные в литературе по исследованиям в психотерапии (Andrews, Harvey, 1981; Bergin, 1972; Garfield, 1983; Giles, 1983; Luborsky et al., 1975; Sirigatti, 1988; Strupp, Hadley, 1979). Действительно, положительный исход терапевтического вмешательства проявляется в 86% случаев (79% полностью решенных случаев и 7% случаев значительного улучшения), в то время как в исследовательской литературе положительный исход психотерапии варьирует от минимума в 40% случаев до максимума в 70% случаев.

Кроме того, следует отметить, что в случае некоторых специфических форм расстройств, процент терапевтического успеха нашей модели превышает общий процент успеха.

И действительно, в случае «агорафобии» и в случае «приступов паники с агорафобией или агорафобии с приступами паники» положительный исход был зарегистрирован соответственно в 97% и 94% случаев.

Следует отметить еще один важный для оценки эффективности терапевтического вмешательства момент: достигнутые в конце терапии результаты сохранились во времени. Контроль, проводимый при помощи трех этапов последующего отсроченного наблюдения через три месяца, шесть месяцев, один год после окончания терапии, выявил очень низкий процент рецидивов. Как правило, достигнутые терапией результаты сохраняются вплоть до третьего этапа отсроченного наблюдения через год, делая решительно невозможными предполагаемые рецидивы в будущем. И наконец, ни разу не было обнаружено появление симптомов, заменяющих первоначальный симптом.

Следовательно, согласно эмпирическим данным, можно утверждать, что наше терапевтическое вмешательство не является «поверхностной терапией» или же «симптоматическим макияжем»; оно приводит к реальному решению проблем, предъявленных пациентом.

#### **4. Анализ экономичности терапии**

Анализ эффективности терапевтического вмешательства является фундаментальным элементом для утверждения состоятельности теоретико-прикладной модели, в то время как анализ экономичности вмешательства представляет собой параметр, который показывает ее реальную оперативную ценность.

К сожалению, в области психотерапии оценка экономичности терапии, а именно соотношение между затратами на терапию и полученным результатом, остается одним из аспектов, которые меньше всего принимаются во внимание и исследуются (Garfield, 1980). Некоторые исследователи отмечают этот недостаток внимания к экономичности терапии. Возможно, этот аспект сознательно игнорируется для того, чтобы скрыть очень незначительные результаты, достигнутые на уровне терапевтической экономичности подавляющим большинством подходов в психотерапии, которые затрачивают годы терапии и сотни сессий для достижения зачастую довольно скромных результатов.

Например, в результате исследования об экономичности психоанализа, проведенного в рамках знаменитого восемнадцатилетнего «Menninger Psychotherapy Research Project», было показано, что средняя длительность терапевтического вмешательства составляла 837 сессий, при этом лишь в 40% случаев наблюдался положительный исход. Естественно, пациенту совсем не безразлично, удастся ли справиться с фобией за 3 месяца или за 7—10 лет. Однако, странным образом, как это вновь отмечает Гарфилд (1981), то, что кажется основным правилом профессиональной этики для любой терапевтической практики (а именно: стараться как можно быстрее решить проблемы и уменьшить страдания человека, обратившегося за помощью) у психотерапевтов не заслуживает большого внимания. Этот же автор объясняет подобное, кажущееся необъяснимым, отношение пониженного внимания у большинства психотерапевтов к экономичности их клинической работы следу-

ющим фактом: в течение многих десятилетий в традиционной терапевтической мысли доминировала идея, что терапия — чтобы быть эффективной — должна быть длительной, глубокой и трудоемкой.

Это убеждение было торжественно опровергнуто сравнительным исследованием экономичности психотерапии. Факты с очевидностью показывают отсутствие значимых различий между результатами, достигнутыми долговременной терапией и результатами, достигнутыми краткосрочными терапевтическими вмешательствами (Avnet, 1965; Muench, 1965; Shlien, 1957, 1962; Luborsky et al., 1975; Garfield et al., 1971; Butcher, Koss, 1978; Harris et al., 1963 — 1964; Philips, Wiener, 1956; Gurman, Kniskern, 1978; Weakland et al., 1974; Sirigatti, 1988; Nardone, 1991). Более того, по данным некоторых проведенных исследований краткосрочные терапии показывают большую эффективность, нежели долгосрочные терапии. Стало быть, недостаток внимания к экономичности психотерапевтического вмешательства можно было бы объяснить одной лишь сопротивляемостью к изменению собственных убеждений со стороны тех психотерапевтов, которые опираются на традиционные психотерапевтические теории.

Является очевидным, что для этих психотерапевтов важнее спасти собственную святую теорию, нежели быстро и хорошо вылечить собственных пациентов. После измерения реальной эффективности терапевтического вмешательства необходимо измерять его экономичность, поскольку именно экономичность определяет качество вмешательства с прикладной точки зрения и с точки зрения уважения этики пациента. Любой терапевт должен считать своим этическим долгом как можно быстрее и эффективнее облегчить страдания пациента.

Другими словами, чем меньше время, затраченное на достижение некоторого результата, тем выше качество этого результата. Соотношение между затратами на терапию и ее положительным исходом будет тем более положительным, чем менее протяженным во времени будет вмешатель-

ство, направленное на реальное и окончательное решение проблемы, предъявленной пациентом.

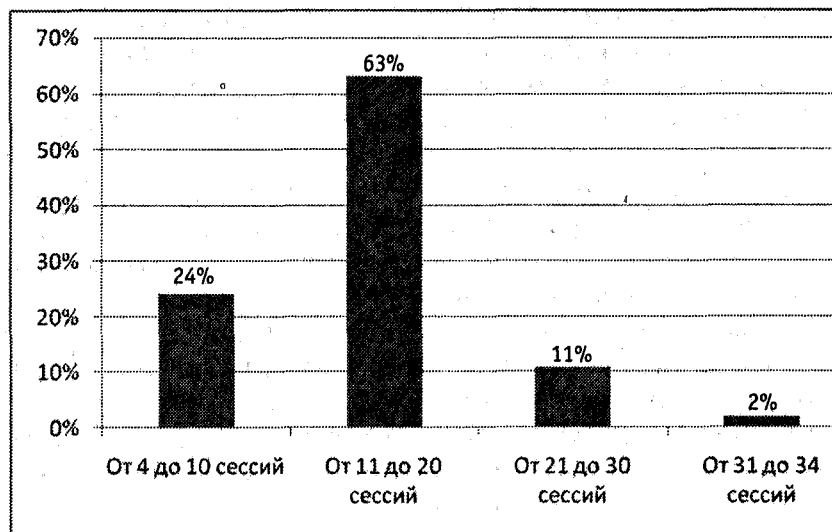
Измерение экономичности терапевтического вмешательства является к тому же очень простой операцией подсчета средней длительности терапии по отношению к эффективности этой терапии.

Таблица 2 и соответствующий ей график наглядно иллюстрируют экономичность терапевтической модели, представленной в данной работе.

Таблица 2.

*Экономичность терапевтического вмешательства*

Длительность терапевтического вмешательства	%	Количество случаев
От 4 до 10 сессий	24%	37
От 11 до 20 сессий	63%	96
От 21 до 30 сессий	11%	16
От 31 до 34 сессий	2%	3



*Средняя продолжительность терапии - 14 сессий.*

В 80% случаев терапевтическое вмешательство длилось меньше 20 сессий, в то время как 24% случаев были пролечены менее чем за 10 сессий.

Рассматривая эти данные с точки зрения сложности и ригидности фобической симптоматики, можно отметить большое значение помощи, оказанной пациенту. Другими словами, пациент всего за несколько месяцев (от минимума в 1 месяц до максимума в 8 месяцев, а в среднем за 3 месяца) освобождается от симптоматики, которая не позволяла ему жить независимо от других людей и которая зачастую длилась долгие годы, получает действительно важную терапевтическую помощь.

Если сравнить время, затраченное на решение психологических расстройств данного типа с помощью нашей терапевтической модели, со временем, затраченным традиционными методами психотерапии (оцениваемое в среднем от 7 лет для психоанализа (Garfield, 1980) до 2 лет в когнитивно-бихевиористской психотерапии (Cionini, 1989))\*, то можно еще больше убедиться в удивительной способности краткосрочной стратегической терапии решать за короткие сроки проблемы, для которых она была разработана.

С точки зрения пациента, конкретное и важное различие между возможностью выздороветь за несколько месяцев или за несколько лет заключается в качестве его образа жизни.

В случае долгосрочного терапевтического вмешательства его жизнь гораздо дольше будет заполнена проблемами и страданиями, в то время как он мог бы быть освобожден от этих проблем за гораздо меньший срок.

К сожалению, многие психотерапевты, возможно из-за своих интереснейших и «глубоких» теорий, забывают о том, в чем заключается главная задача терапевта: помочь пациенту, пришедшему за помощью, проявляя при этом уважение личной этики и права пациента как можно быстрее по-

---

\* Из сообщения на Международном конгрессе когнитивной психотерапии в г. Энна.

чувствовать себя лучше. Если же для достижения этого результата становится необходимым обращение к «манипулирующим» стратегиям, как это имеет место в случае многих тактик, описанных в нашей книге, то мы считаем это поведение наиболее этичным и корректным терапевтическим поведением, поскольку цель таких стратегий — достичь как можно быстрее решения проблем пациента и его благополучия. Следовательно, этот «доброкачественный обман» является не циничным инструментом пыток, а полезной тактикой, позволяющей обойти сопротивляемость к изменению и сделать терапию не только эффективной, но и краткосрочной.



### **СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СРАВНЕНИИ С ДРУГИМИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ МОДЕЛЯМИ\***

Психопатология: самый простой способ  
вылечить человека, который ничем не болен —  
заявить ему, какой болезнью он страдает.

*Карл Краус*

Наибольшая часть моих страхов  
относительно физических недугов  
вызвана не самой болезнью,  
а врачами и медицинским обслуживанием.

*Гвидо Черонетти*

Как утверждал Бейтсон, изложение чего-либо всегда предполагает определение различий, но именно игра взаимодействия между различиями позволяет развивать и «шлифовать» теоретико-прикладные конструкты.

Задача данной главы — провести сравнение между характеристиками теоретико-прикладной модели, изложенной в данной работе, с характеристиками прочих моделей терапии, которые применялись к решению именно тех проблем, о которых говорится в нашей книге.

Специалист, читающий данную книгу, уже наверняка заметил из ранее прочитанного, что предлагаемая модель, с точки зрения теории эпистемологии, опирается на идеи конструктивизма (von Glaserfeld, 1979; von Foerster, 1973), в то время как построение моделей имеет чисто кибернетические характеристики (Ashby, 1956; Bateson, 1967 —

---

\* Данная глава написана с участием Лауры Дель Читерна.

1980; Keeney, 1983; Wiener, 1975). Практическое применение этих идей на уровне терапевтического вмешательства приводит к построению операциональных структур чисто стратегического характера.

Заимствуя определение стратегической логики из формальной логики, можно определить стратегический подход, как подход, который основывает логику своих операциональных структур на задаваемых целях. Другими словами, стратегическим может быть назван такой подход, в рамках которого разрабатываются тактики, техники и маневры («ad hoc» для анализируемых проблем), которые позволяют достичь заданных целей, а именно — решения этих проблем. Данное определение согласуется с определением стратегии, предложенным фон Нейманом в его теории игр (von Neumann, 1944). Согласно его определению, стратегия — это совокупность тактических маневров и технических приемов для достижения победы в игре.

Представляется очевидным, что подобное положение логико-эпистемологического типа показывает явное отличие данного подхода в терапии от традиционных форм в психотерапии, поскольку в нашем случае терапия должна приспособливаться к пациенту, вместо того чтобы пациент приспособлялся к определенной психотерапевтической модели, которой следует терапевт. В то же время это не означает, что мы предлагаем своего рода безудержный эклектизм, мы предлагаем теорию, основывающую собственную систематичность и научную строгость на эластичности и способности специфическим образом адаптироваться к характеристикам проблемы, являющейся предметом изучения. Из этого следует, что первая специфическая характеристика представленной здесь модели заключается в ее эпистемологических предпосылках, и что эти предпосылки, кажущиеся абстрактными, приводят к вытекающим из них конкретным действиям, которые отличаются от традиционных форм психотерапии.

Другая теоретическая, а соответственно и прикладная предпосылка, отличающая стратегический подход — это

концепция образования и устойчивого существования проблем, а также концепция продуцирования изменений и решения этих проблем. Данные положения заключаются в идее о том, что человеческие проблемы создаются способом восприятия окружающей действительности, присутствующим каждому индивиду, а также поведенческими реакциями, продиктованными данным восприятием. Подобное утверждение непосредственно вытекает из теории радикального конструктивизма (Watzlawick et al., 1981), согласно которой каждая реальность определяется точкой зрения, которую разделяет индивид, когнитивной обработкой этой реальности и типом языка, который он использует для сообщений об этой реальности себе самому, другим людям и окружающему миру.\*

В результате внесение изменений и решение личных или межличностных человеческих проблем должно непременно пройти через изменение способов восприятия окружающей среды и реакций на нее. Если изменяются только поведенческие реакции, то в этом случае вызывается лишь поверхностное изменение или, как утверждает Вацлавик, изменение 1-го типа. Такое изменение не разрушает систему, а лишь частично модифицирует ее внутреннее функционирование на временном и пространственном уровне. Очевидно, что в этом случае через некоторое время система восстанавливает свое прежнее равновесие, и проблема, подвергшаяся лишь поверхностным изменениям, вновь дает о себе знать.

Введение изменений в способы восприятия индивидом окружающей действительности затрагивает не только когнитивные аспекты восприятия, но еще в большей степени затрагивает эмоциональные аспекты. Это означает, что данный тип изменения не может ограничиваться одним лишь когнитивным реструктурированием способов восприятия

---

\* Для более полной информации по данной тематике см. Дж.Нардонэ, П.Вацлавик «Искусство быстрых изменений: Краткосрочная стратегическая терапия». М., 2006. Глава 2.

и реакций индивида. Необходимо также провести реструктурирование, которое затрагивает эмоциональную сферу с помощью альтернативного пережитого опыта, провоцируемого терапевтическим вмешательством. Тем самым подвергается изменению функционирование всей системы восприятия окружающей действительности и реакций на нее.

После такого первоочередного изменения у индивида формируется также и на сознательном когнитивном уровне способность к контролю и управлению ситуациями, которые раньше он воспринимал как угрожающие и неконтролируемые.

Кроме того, мы считаем, что реальное изменение нефункциональной ситуации может быть вызвано только в том случае, если терапевтическое вмешательство будет способно обойти сопротивляемость к изменениям, типичную для любой системы\*, создавая конкретный опыт альтернативного восприятия действительности и реакций на реальность, которая раньше воспринималась как проблемная.

На операциональном уровне непосредственным следствием данных утверждений является выбор интерактивных способов терапевтического вмешательства, способных побуждать пациента к переживанию конкретного перцептивно-реактивного опыта, который позволил бы ему совершить качественный скачок, необходимый для изменения его отношений с проблемной действительностью. Этот вид терапевтического взаимодействия основан на применении техник суггестивной коммуникации, «доброкачественного обмана», парадоксов и поведенческих ловушек. Как было продемонстрировано в предыдущих главах, эти обходные маневры способны привести пациента к переживанию альтернативного опыта восприятия и реакций на «угрожающую» действительность таким образом, чтобы он не мог полностью осознавать этого в тот момент, когда он

---

\* Концепция о том, что каждая система сопротивляется изменению своего равновесия, даже когда оно является нефункциональным, заимствована из теории систем.

переживает данный опыт. Основным обходным маневром при первых терапевтических ходах обычно является «отвлечение внимания» пациента, смещение его с предпринимаемых попыток решения проблемы на другие реакции, которые управляются терапевтом в суггестивной манере. После того как пациент переживает первый конкретный опыт изменений в собственной симптоматике (независимо от того, произошло ли оно под влиянием внушения или в силу действия терапевтической «ловушки»), в результате он в любом случае осознает тот факт, что ему удалось сделать что-то, что он до этого считал невозможным.

Стало быть, в краткосрочной стратегической терапии сначала изменяется конкретная реальность, с которой экспериментирует пациент, и только после подобного изменения терапевт работает над осознанием этого факта пациентом. В этом мы пересекаемся с принятым в древней восточной философии положением о победе при помощи обмана: «для того чтобы быть эффективным, обходной маневр должен быть замаскированным». Можно раскрывать трюки только после того, как они произвели желаемый эффект.

При сравнении данной терапевтической процессуальности с той, что принята в традиционных психотерапевтических подходах, представляется очевидным тот факт, что в нашей модели последовательность задаваемых целей выстраивается в обратном порядке. Действительно, в большинстве психотерапевтических подходов принимается предпосылка, согласно которой изменения вызываются в результате процесса постепенного осознания пациентом собственных проблем и причин, которые их вызвали: достижение так называемого *инсайта*. В стратегической краткосрочной терапии *инсайт* не предшествует изменению, а наоборот, следует за ним. Другими словами, в традиционных терапевтических подходах теоретические положения, относящиеся к изменению, основываются на эпистемологической концепции прямолинейной причинной зависимости и постепенности изменения, в то время как в краткосрочной стратегической терапии теория изменения основа-

на на эпистемологической концепции круговой причинной зависимости и прерывистости изменения. В силу подобного различия эпистемологических предпосылок, для традиционного подхода необходимо осознание пациентом маневров, используемых для достижения изменений, в то время как со стратегической и конструктивистской точки зрения такое осознание не только не является необходимым, но даже препятствует достижению целей, поскольку повышает сопротивляемость системы к изменениям. Следствием данного эпистемологического различия становится операциональное различие, которое, по нашему мнению, в еще большей степени отличает стратегический подход от всех других форм терапевтического вмешательства. Как уже подробно описывалось в ранее опубликованных работах (Watzlawick, 1974; Нардонэ, Вацлавик, 2006), данные теоретико-прикладные утверждения являются прямым следствием применения современного развития эпистемологии и естественнонаучных исследований к области клинической психологи и психотерапии.

Если провести еще более детальное сравнение терапевтических процедур, принятых в различных подходах, то можно заметить, что даже если различные подходы и применяют одни и те же техники, они используют их с различными целями и в рамках различных стратегий именно в силу свойственных им теоретико-прикладных различий. В данной работе мы намеренно ограничиваем подобное конструктивное сравнение между различными техниками, поскольку мы хотим подчеркнуть тот факт, что наш подход на уровне техник и процедур использовал в качестве источников другие теоретико-прикладные подходы.

Далее мы проведем сравнение нашей терапевтической модели с каждой из наиболее известных традиционных форм психотерапии с точки зрения методологии.

С точки зрения исторической перспективы, первым сравнением должно было бы стать сравнение с терапевтическими моделями, основывающимися на понятиях интрапсихических процессов и на концепциях, разработанных в

теории психоанализа. Однако нам кажется, что даже читателю-неспециалисту уже стало очевидно, что наша модель занимает теоретические и прикладные позиции, явно альтернативные позициям психоанализа во всех его формах. В силу этого мы считаем бесполезным проведение подобного сравнения, поскольку оно оказалось бы лишь негативным анализом теорий и процедур, принятых в психоаналитических подходах.

Если соблюдать принцип исторической последовательности, то первым подходом, с которым может быть проведено сравнение особенностей терапевтического вмешательства, является бихевиоризм.

При работе с тяжелыми формами страха стратегическую краткосрочную терапию и бихевиоризм объединяет научная строгость модели и принятых в ней процедур, а также некоторые похожие техники терапевтического вмешательства. Что касается научной строгости терапевтической модели, бихевиоризм стал, несомненно, первым подходом в психологии, разработавшим специфические формы терапевтического вмешательства при фобических расстройствах (Wolpe, 1958 – 1973; Skinner, 1974; Bandura, 1974 – 1977). Исследователи и терапевты бихевиористского направления, вне всякого сомнения, первыми уделили должное внимание анализу эффективности терапевтического вмешательства. С технической точки зрения, в рамках нашей модели краткосрочной терапии фобических расстройств были переработаны и адаптированы некоторые техники, возникшие в бихевиоризме, а именно:

- а) отслеживание симптома, которое проводится нами в суггестивной манере;
- б) постепенная десенсибилизация, которая в нашем случае сопровождается техниками гипноза без введения в транс.

Некоторые другие техники, используемые в стратегической краткосрочной терапии, можно считать эволюцией техник, возникших в бихевиоризме. С операциональ-

ной точки зрения, их отличие состоит в том, что в нашем случае используется коммуникация суггестивно-гипнотического типа и личное влияние терапевта. В таком подходе, как бихевиоризм, который открыто заявляет свою «асептику», подобные характеристики не предусматриваются (Sirigatti, 1975). Главным же отличием на операциональном уровне является уже упомянутое отличие, выражающееся в том, что бихевиористский подход в терапии фокусирует свое внимание на редуцировании реакций пациента на угрожающую ему действительность и на контроле над этими реакциями. Стратегическое же терапевтическое вмешательство центрируется на изменении способов восприятия угрожающей действительности и на соответствующем изменении поведенческих реакций фобического пациента. Стало быть, в первом случае имеет место «поверхностное» вмешательство на уровне реакций, во втором случае имеет место «глубинное» вмешательство, которое изменяет не только реакции, но и восприятие действительности, предопределяющее подобные фобические реакции.

Третьей исторически важной психотерапевтической моделью, с которой может быть проведено сравнение, является терапия, ориентированная на пациента (Rogers, 1954). Как и в случае бихевиоризма, здесь имеет место общая для этих подходов черта — внимание к научной строгости вмешательства и к оценке результатов, хотя терапевтами данного подхода и не было разработано специфических форм терапевтического вмешательства при обсессивно-фобических расстройствах. Тем не менее, здесь важно подчеркнуть, что в терапии, ориентированной на пациента, и в стратегической краткосрочной терапии большое внимание уделяется тому, чтобы расположить пациента к терапевтическому сотрудничеству и вызвать у него состояние эмпатии, хотя с этой целью и используются различные техники. В первом случае используется техника зеркального отражения по Роджерсу, во втором случае используется техника суггестивно-гипнотического калькирования стиля коммуникации пациента. Используя забавную



игру слов, можно сказать, что подход Роджерса — это терапия, ориентированная на пациента, а стратегический подход — это терапия, ориентированная на терапевта. Имеется в виду, что стратегический терапевт пользуется языком и перцептивно-реактивными характеристиками пациента для того, чтобы сознательно влиять на него с целью вызывать изменения, в то время как терапевт по Роджерсу зеркально отражает пациента, стараясь избежать какого-то бы то ни было прямого влияния на него.

Чтобы сохранить хронологическую последовательность методологического сравнения, здесь нужно было бы посвятить хотя бы несколько страниц вкладу, внесенному гипнотическим подходом в терапии Милтона Эриксона.

Однако ссылка на терапевтический стиль и на методики Эриксона представляется излишней, поскольку именно они и являются первым выражением стратегического подхода в терапии.\*

Кроме того, столь же важно провести теоретическое и методологическое сравнение между описанным нами стратегическим подходом и различными направлениями, существующими внутри системного подхода в психотерапии. С этой целью необходимо прежде всего принять во внимание тот факт, что стратегический подход в терапии являет собой эволюцию системного подхода в терапии, созданного знаменитой школой Пало Альто (Дон Д. Джексон, Дж. Хейли; В. Сатир; Д. Уикленд; П.Вацлавик и т.д.). Этой группой исследователей-терапевтов были сформулированы первые системно-стратегические положения, из которых затем развились два основных направления стратегического подхода в терапии: краткосрочная терапия (Brief Therapy), разработанная в Институте психических иссле-

---

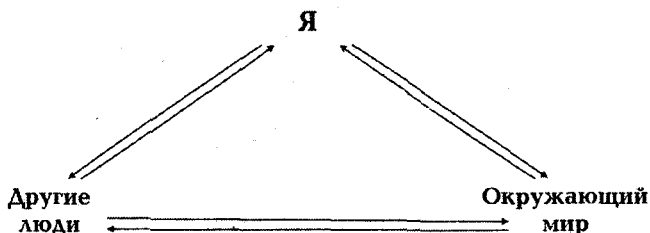
\* В ряде других работ (Нардонэ, Вацлавик, 2006; Nardone, 1991) подробно обсуждался вопрос об эволюции стратегического подхода от первых работ Эриксона до формирования модели стратегической краткосрочной терапии 70-х годов и до разработки современной модели краткосрочной стратегической и конструктивистской терапии.

дований Пало Альто (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1974) и подход, сформулированный Дж. Хейли в сотрудничестве с Монтальво, Минухиным, Маданесом в Институте Вашингтона (Madanes, 1981). Разработанная в процессе исследования-вмешательства при обсессивно-фобических расстройствах модель стратегической краткосрочной терапии представляет собой дальнейшую эволюцию этих стратегических моделей, особенно с точки зрения разработки стратегического плана терапевтического вмешательства для специфических проблем (Нардонэ, Вацлавик, 2006; Nardone, 1991). Стало быть, представляется очевидным происхождение нашей модели из системного подхода. Говоря о системном подходе, мы подразумеваем только ту модель системной терапии, которая возникла и развилась в MRI Пало Альто. Если же относиться к системному подходу, как это делается в обильно представленной литературе по данной тематике, широкий спектр всех направлений в семейной терапии, то в этом случае необходимо провести четкую теоретико-прикладную дифференциацию между этими подходами и нашей моделью. Первое различие, которое вызывается четко определенной теоретической предпосылкой, а не только прикладным аспектом, заключается в том, что в традиции «системно-семейной» терапии существует «отношенческое предубеждение» (по определению самих авторов подхода)\*. Это означает, что отношения между членами семьи являются основной причиной существования проблем, и, следовательно, возникает необходимость всегда устраивать терапевтический сеттинг с присутствием всех членов семьи. С точки зрения стратегически-конструктивистского подхода устойчивое существование проблем задается, как мы уже неоднократно подчеркивали, способами восприятия и точкой зрения пациента на окружающую действительность, которая вынуждает его к так называемым нефункциональным поведенческим реакциям на эту действительность. Эти поведенческие реакции являются предпринимаемыми па-

---

\* Дж. Чеккин. Личное общение. — Арещо, 1990.

циентом попытками решения проблемы. Кроме того, по нашему убеждению, такие типы реакций или, как мы предпочитаем их называть — взаимодействие между индивидом и окружающей действительностью, не может ограничиваться одним лишь взаимодействием между индивидом и другими людьми. Это взаимодействие должно быть представлено в виде сложной системы взаимозависимости между отношениями, которые индивид переживает с самим собой, с другими людьми и с окружающим миром.



Если внутри подобной системы взаимозависимых взаимодействий хотя бы одна из трех пар действует в нефункциональной манере, это отражается на всей системе. Представляется очевидным, что здесь, по сравнению с традиционной теорией семейного подхода к терапии, вводится элемент отношения индивида с самим собой. Тем самым внутрь системной модели отношений, которая противопоставляет себя интрапсихической «психодинамике» и не рассматривает интрапсихические процессы, вводятся конструктивистский и когнитивный компоненты, которые, принимая во внимание эволюцию психологических исследований и новые эпистемологические постулаты, больше не могут игнорироваться.

На строго операциональном уровне следует учитывать, что приведенная выше модель системы взаимозависимых отношений при ее применении к человеческой системе, переживающей кризис, позволяет обнаружить, какой из трех типов отношений может быть использован в рамках терапевтического вмешательства в качестве основного рычага, с помощью которого можно быстро и эффективно

вызвать изменения внутри всей системы. В случае рассматриваемых нами обсессивно-фобических расстройств представляется очевидным, что наиболее выгодно фокусировать терапевтическое вмешательство на отношении индивида с самим собой. Как уже показывалось и пояснялось на примерах клинических случаев и в дифференциации модели терапевтического вмешательства по различным типам расстройств, отношения пациента с другими людьми и с окружающим миром изменяются благодаря изменениям, вызванным при помощи особых терапевтических обходных маневров в отношениях пациента с самим собой.

Все вышесказанное с явностью показывает, что наша модель значительно отличается от модели семейной терапии типом терапевтического сеттинга, который в нашем случае может быть индивидуальным, парным, семейным или смешанным, в зависимости от специфических особенностей каждой проблемы: здесь терапия приспосабливается к проблеме, а не проблема приспосабливается к терапевтической модели.

В случае терапии обсессивно-фобических расстройств исследование-вмешательство привело к разработке протокола вмешательства на индивидуальном уровне, который лишь непрямым образом является системным. Следующим теоретико-прикладным различием между нашей моделью стратегически-конструктивистской терапии и моделями семейной терапии является сознательное использование суггестивной коммуникации и внушения, заимствованных из традиций гипноза. Кроме того, не следует забывать, что большинство существующих в данный момент подходов в семейной терапии (Andolfi, 1991; Cancrini, 1987; Selvini Palazzoli, 1989) берет начало в психоаналитическом подходе. Этими подходами вновь вводятся операциональные и эпистемологические ограничения, характерные для модели, которая основывается на концепции прямолинейной причинной зависимости. Наша модель краткосрочной и стратегической терапии отличается от модели MRI, поскольку адаптация к итальянскому культурному контексту техник, присущих

американскому контексту, привела к самым настоящим трансформациям клинического применения многих терапевтических процедур. Стало быть, первое отличие выявляется на уровне различий в коммуникации и взаимодействиях с пациентом. Это отличие вызывается ярко выраженными культурными различиями, существующими между двумя контекстами. Второе отличие заключается в исследованиях и последовательной разработке специфических протоколов для специфических психологических симптоматик. На теоретически-прикладном уровне данная разработка привела к еще более оперативному переходу, с точки зрения продуктивности, от общей теории формирования и решения проблем (Watzlawick, 1974) к формулированию специфических концепций о функционировании психологических патологий и об их решении в краткие сроки. Как и предыдущие работы, совершенные нашей группой, так и данная книга представляет собой эволюцию теоретико-прикладных формулировок, изначально возникших в школе Пало Альто, в направлении исследований, посвященных изучению специфических систем с психологическими проблемами и решению этих проблем с помощью стратегий, воспроизводимых по параметрам их эффективности и экономичности.

Нам остается сделать последнее сравнение нашей модели с когнитивной психотерапией. Как в системном, так и в когнитивном подходе, внутри одной и той же теоретической ячейки существуют многие различные направления: келлиановские конструктивисты (Kelly, 1955), эволюционисты в стиле Махоуни (1979), эмоционально-отношенческие терапии Эллиса (1981), когнитивно-бихевиористская психотерапия Бека (1985), а также авторы-когнитивисты, которые вновь вводят концепции и понятия психодинамического типа. Представляется очевидным, что важно и необходимо провести методологическое сравнение с той частью когнитивных подходов, которые ориентируются на прямые вмешательства, направленные на быстрое исчезновение симптоматики, а так же на когнитивное реструктурирование личности пациента.

В то же время представляется решительно бесполезным сравнение нашей краткосрочной терапии, направленной на быстрое решение проблем, с теми направлениями в когнитивной психологии, которые, вновь обращаясь к психодинамическим концепциям, тем самым вновь вводят своего рода недостаток внимания или равнодушие к экономичности вмешательства, направленного на борьбу с тяжелой симптоматикой пациента, и отдают свое предпочтение медленной и постепенной когнитивной реконструкции пациента. Как уже упоминалось в третьей главе относительно оперативного уровня изучаемых в нашей работе проблем, при разработке нашей модели вмешательства в случае фобических расстройств были апробированы некоторые техники, характерные для когнитивно-бихевиористского вмешательства. На собственно стратегическом уровне краткосрочная сфокусированная на проблеме терапия фундаментальным образом отличается от когнитивного подхода в терапии почти полной инверсией процессуальности вмешательства. На практике, в когнитивном подходе продуцирование изменений и решение проблемы достигается с помощью постепенного обучения пациента новым когнитивным схемам. Подобное обучение должно непременно пройти через процессы осознания. В нашей модели, наоборот, сначала при помощи обходных маневров, доброкачественного обмана и т.д. производятся конкретные изменения в реальном опыте пациента при столкновении с ситуациями, вызывающими страх. После того как будет вызвано подобное изменение, переходят к когнитивному реструктурированию и, следовательно, к приобретению пациентом новых перцептивных, когнитивных и поведенческих характеристик, имеющих отношение к проблеме. Для «когнитивиста» решение проблемы, связанной со страхом, паникой или фобией, является результатом постепенных изменений в когнитивной сфере пациента. «Стратегический» терапевт приходит к решению проблемы того же типа с помощью применения тактик и техник, позволяющих обойти сопротивляемость пациента к изменениям. Это приводит

последнего к переживанию конкретного опыта новых способов восприятия и реакций в отношении страха. Из вышесказанного явствует, что, несмотря на общность эпистемологической теории (конструктивизм, сложность умственных процессов, круговая причинная зависимость) и многих терапевтических техник (реструктурирование, предписания поведения и т.д.), и несмотря на то, что эти две модели зачастую кажутся очень похожими, у них существуют различия на уровне теории и прагматики изменения, которые определяют явные отличия в клинической практике. Кроме того, нельзя забывать, что в стиле коммуникации стратегического терапевта, ориентированном на сознательное и явно демонстрируемое личное влияние терапевта на пациента, используется язык гипноза и процедуры суггестивного типа, в то время как стиль коммуникации когнитивного терапевта ориентирован на изменения когнитивных характеристик пациента и на осознание. Стало быть, терапевт-когнитивист пользуется рациональным, апеллирующим к сознанию пациента языком. Другими словами, можно утверждать, что в краткосрочной стратегической терапии используется суггестивная и перформативная коммуникация (Austin, 1962; Spencer Brown, 1973), в то время как в когнитивной терапии используется указательный, описательный и объясняющий стиль коммуникации.

В заключение данной главы мы считаем необходимым подчеркнуть, что наша модель, как уже выявлялось приведенным методологическим и процессуальным сравнением, опирается на теоретический плюрализм и на прагматику познания (Salvini, 1990), что делает ее эластичной и приспособляемой и в то же время позволяет избежать эклектизма и ригидной технократии.

Используя термины кибернетики, можно определить нашу модель как открытую систему, основанную на обоюдозависимом взаимодействии между теорией и прикладной практикой. Внутри этой системы соблюдается принцип самокоррекции на основании эффектов, произведенных вмешательством.

### «ПРОТИВПОКАЗАНИЯ»

Как это принято для любого уважающего себя терапевтического назначения, в нашем случае тоже представляется уместным указание возможных «противопоказаний».

Представленный в книге тип терапевтического вмешательства противопоказан такому пациенту, который считает, что терапевт должен исповедовать и утешать его. Оно противопоказано любому пациенту, считающему, что главная задача терапевта — предложить пациенту абсолютные и дающие чувство уверенности в себе «истины», в которые пациент мог бы поверить. Кроме того, это вмешательство явно противопоказано тем пациентам, которые ищут человека, с которым они могли бы установить длительные, интенсивные, эмоциональные сентиментально-терапевтические отношения.

И наконец, этот тип терапевтического вмешательства противопоказан всем тем, кто хочет предпринять увлекательное путешествие внутрь таинственных глубин собственной психики в поисках своего «истинного я» (конечно же, указанного и объясненного очередным психоаналитиком).

Пациентам всех этих типов рекомендуется соблюдать крайнюю осторожность и тщательно избегать терапевтов, которые в состоянии осуществлять терапевтическое вмешательство, изложенное в данной книге, поскольку на нашем опыте был замечен некоторый феномен «привыкания».

Практически было замечено, что у подобных индивидов быстрое и реальное решение их выстраданных проблем может привести к существенным изменениям их способа восприятия и оценки разных вещей, а именно, может изменить и их точку зрения на «правильную» терапию.



К этой последней части книги мне хотелось бы добавить одну из моих фантазий:

На основе моего личного опыта, разделяемого также моими коллегами из Института психических исследований, я могу с уверенностью предположить, что автор этой книги будет заклеен «манипулятором». Это обвинение, столь современное (а может быть, даже «постсовременное»), поднимает следующий вопрос (на который никто из моих коллег не смог до сих пор мне ответить): «Можно ли вообразить какой-либо акт помощи, который не являлся бы манипулирующим? Помогать — значит оказывать влияние на другого человека. Если я прыгаю в воду, чтобы спасти тонущего человека, я манипулирую им?..»

*Пол Вацлавик*  
*Пало Альто, июль 1992*



# ПРИЛОЖЕНИЯ

## ДВА КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯ

Стоить и осознавать этот факт означает стоять в два раза больше; кажется, что то, чего не видно, не существует.

*Багасар Грасиан*

Лучший способ, позволяющий читателю погрузиться в процесс изменения, которым является краткосрочная терапия — это предоставить ему детальную расшифровку записи терапевтического взаимодействия с выделением всех осуществленных ходов и контр-ходов\*, хотя мы и рискуем тем самым сделать изложение громоздким. Тем не менее, в нашем случае, принимая во внимание тип расстройства и тип терапевтического вмешательства, чтение транскрипции сессий не будет затруднительным и может даже показаться забавным. Два представленных клинических случая являют собой пример терапевтического вмешательства с использованием привлекательных и творчески созданных терапевтических маневров.

На этих примерах можно убедиться, что решение сложных, выстраданных проблем не предусматривает в обязательном порядке столь же сложного и выстраданного вмешательства. Напротив, вмешательство может стать своего рода интерактивной «игрой» терапевта и пациента.

Главная трудность данного типа вмешательства состоит в том, что, как утверждает Артур Блох (Arthur Bloch), «очень просто усложнить вещи, но очень сложно сделать их простыми».

---

\* Достоверная и полная расшифровка записи сессий (пациенты дали согласие на публикацию записи сессий, но с целью гарантии анонимности их имена и географические названия не указываются) и выделение терапевтических ходов были осуществлены группой учеников и сотрудников, которым автор выражает свою благодарность. Они, несомненно, заслуживают поименного упоминания: Анджелита Мальфатти, Костантино Касили, Рита Рокки, Мануэла Джанотти, Бранка Скояник, Леонардо Бруни, Альдо Кьяппино. И наконец, Лаура Дель Читерна, которая вместе с автором еще раз проверяла их работу.

## 1. Как победить страх страха: случай агорафобии с приступами паники

### Первая сессия

Терапевт: Итак, в чем заключается проблема?

Определение  
проблемы и  
исследование  
предпринятых  
попыток решения

Пациент: Довольно трудно... нет, не трудно, не знаю... попробуем рассказать все с самого начала. Мне кажется, что я достаточно неожиданно начала чувствовать себя плохо, потом, может быть, думая о случившемся, [поняла, что] три года назад уже были некоторые сигналы, я неожиданно начала ощущать странные головокружения, по крайней мере, я их называла головокружениями, которые были, в общем-то, чем-то другим. И... когда я почувствовала себя плохо, сначала были некоторые ситуации, один раз, мне кажется, у меня был прилив крови, что-то в этом роде. Когда я почувствовала себя плохо, я в течение нескольких дней оставалась дома, дней пятнадцать, у меня давление было около восьмидесяти, в общем, в этом роде, и врач сказал мне, что речь идет о стрессе, в общем. Все в этом духе. И действительно, у меня в тот период очень резко понижалось давление... все в этом роде. Потом прошел какой-то период... нет, наоборот, скажем, что почти сразу же я пошла к врачу, прошла обследование, сделала электроэнцефалограмму, и потом была спокойной, безоблачной, потому что мне казалось, что все было в порядке. Потом, однако, прошло лето... в общем, каникулы я провела хорошо. Начиная с сентября примерно, я начала ходить в этот кабинет во Флоренции раз в двадцать дней... со мной проводили собеседования. Вначале мне прописали лекарства, скажем так.

Т.: Этот кабинет, это кабинет психоаналитика...

П.: Это в том же самом кабинете, куда я сначала ходила к доктору С. и где я сначала не подвергалась, собственно говоря, анализу... по крайней мере, я так думаю... к тому же, эта дисциплина так далека от меня, так далека... Я такой человек, никогда со мной не могло бы случиться подобного. Я всегда была рациональной и все рационализирующей личностью, чрезвычайно рациональной; если не было

причины для того, чтобы чувствовать себя плохо, я не могла чувствовать себя плохо.

Т.: Хорошо. Значит, сначала доктор С., а потом лекарства и собеседования.

П.: Да, лекарства и собеседования: сначала я принимала Nuptidon и Ханас в небольших дозах.

Т.: В течение какого периода?

П.: Примерно до весны, потом я продолжала принимать Ханас — мне сказали перестать принимать Nuptidon — одну таблетку в день, скажем, что я до этого момента так и принимаю его.

Т.: Потом вы начали психоанализ...

П.: Да, где-то с сентября того года. Потом заговорили о том, чтобы подвести некоторый итог ситуации. Я у него спросила... за весь этот период я многому научилась, можно сказать, что я многое преодолела, а именно, преодолела все расстройства сугубо физического типа или сводимые к чему-либо физическому. Я преодолела их полностью, вплоть до того, что у меня повысилось давление, то есть у меня теперь нормальное давление; в общем, у меня теперь нет никакого недомогания, скажем так.

Т.: Все это с доктором С., психиатром.

П.: Да. И я у него в этот момент спросила, для чего же было нужно все это, если это не помогло мне чувствовать себя полностью хорошо? Я не говорю, чувствовать себя так же хорошо, как раньше, я потом открыла для себя, что, может быть, это было бы и не очень правильно, кроме того, что это было, кажется, и невозможно... но, может быть, существовали какие-то причины, из-за которых мне было плохо, стало быть, в крайнем случае, мне не... но хотя бы чувствовать себя так же хорошо, как раньше... За этот период все, что было связано с физическими ощущениями, исчезло, осталось только это чувство... как я говорю, «потерянности». Это чувство очень сильно, когда оно проявляется, оно не дает мне ощущения того, что я могу преодолевать ситуации...

Техника  
антиципации

Т.: Что в точности вы ощущаете: «плывет» голова, дыхание затрудняется, сердце начинает сильно биться, вы дрожите...

П.: (*перебивая*). Иногда сердце сильно бьется, иногда... нет, затрудненное дыхание — нет, скорее, сердце иногда сильно бьется, не всегда. Я бы сказала, что я чувствую себя «вне окружающего мира», то есть, мне кажется, что я плохо воспринимаю окружающую действительность, плохо вижу предметы...

Т.: Расплывчато.

П.: Расплывчато: почти так.

Т.: У вас все расплывается в глазах или вы чувствуете смещение в голове?

П.: Скажем так, что в моей голове вещи не так хорошо определены, как в те моменты, когда я хорошо себя чувствую, и это случается... часто. Моя критическая реакция — мне больше не хочется выходить из дома, в том смысле, что я боюсь оказаться в подобной ситуации, потому что мне не удастся контролировать эту ситуацию. Пока у меня было низкое давление, я всегда носила с собой капли от давления: это было оправданием. Теперь-то я знаю, что у меня нет никакого физического недомогания, скажем так, я совершенно неспособна... а если я пробую рационализировать... как мне говорят некоторые люди, «сделай над собой усилие», мне кажется, что они так говорят, потому что никогда не испытали на себе осознание того факта, что именно в тот момент, когда ты стараешься сделать усилие, наступает предел.

Т.: Как это бывает, когда пытаются запереть кота в мешок: чем больше его запирают, тем больше он сердится, царапается, рвет мешок... когда вырывается из мешка, он еще больше сердится; кота нужно воспитывать.

Использование  
метафоры  
и техника  
«калькирования»

П.: Да, да, это так. И возможно, в силу того какой я была, мне раньше удавалось управлять всем тем, что мне казалось известным... в данный момент я не вижу выхода. Я сказала: странно то, что я раньше никогда не испытывала страха. То есть, я хочу сказать: я знаю людей, которые чувствуют себя плохо или не очень хорошо, и когда им плохо, они думают, что у них что-то серьезное. Я никогда не испытывала страха этого типа, поскольку чему-либо физическому, о чем речь, возможно, мне всегда удавалось...

А тут эта вещь... потом я сказала: это не случайно, что меня ранило именно в то, что мне всегда удавалось лучше всего, а именно, контроль над самой собой.

Т.: Стало быть, если я правильно понял, вы теперь избегаете выходить из дома одна...

П.: *(перебивая)* Да... меня это очень пугает.

Т.: ...Вы избегаете оставаться дома одна...

П.: Нет, нет, оставаться одной... То есть меня закрытые пространства не пугают; то есть помещения, которые мне знакомы, мне очень подходят, у меня дома, дома у друзей, когда ходим в театр. Странно, но в театре у меня не возникает никаких проблем.

Т.: А что, они должны были бы возникнуть?

П.: Нет, и в самом деле: я в этом случае делаю что-то очень определенное. Если я должна идти за покупками, это уже создает мне... знаю, что могу почувствовать себя плохо, и когда это случается, мне делается так плохо, что мне даже одна лишь мысль о том, что я должна это сделать, вызывает неприятные ощущения.

Исследование  
предпринятых  
попыток  
решения

Т.: Вы обращаетесь за поддержкой, за помощью к окружающим вас людям?

П.: Сейчас да; думаю, что мне понадобилось три года, чтобы прийти к этому.

Т.: К обращению за помощью?

П.: Обращение за помощью не входило в мои привычки, возможно потому, что я, наоборот, была человеком, который очень редко просил других о помощи, то есть, я хочу сказать...

Т.: Почему вы мне ответили: «Мне понадобились эти три года (анализа) для того, чтобы я...»

П.: *(перебивая)*. Я думаю...

Т.: Для вас это большой успех, то, что вам теперь удастся просить других о помощи?

П.: Нет, это для меня не большой успех. Мне до сих пор тяжело признавать, что я нуждаюсь в помощи, но сначала я этого не делала. Сначала я находила какой-нибудь предлог: у меня болит голова... Теперь мне кажется, что я нуждалась в физических признаках недомогания для того, чтобы самой принять тот факт, что я плохо себя чувствую. Потому



что, например, если бы кто-то мне сказал четыре года назад, что со мной может случиться подобное, я бы сказала, что это абсолютно невозможно. Я всегда говорю, чтобы привести пример, когда мне случается об этом разговаривать: когда у меня родился сын, мне пришлось сделать кесарево сечение. Я была самым спокойным из всех окружающих меня людей человеком, я всех подбадривала, все смотрели на мой живот...

Т.: Вы замужем и у вас есть ребенок?

П.: Да.

Т.: Сколько лет ребенку?

П.: Восемь.

Т.: Чем вы занимаетесь в жизни?

П.: Я работаю в мэрии города Б. Я сама из Б. и работаю в Б.

Т.: А чем занимается ваш муж?

П.: Он работает в Горном объединении (*смеется*). Мы — двое фрустрированных государственных служащих.

Т.: Стало быть, вы сначала обратились к доктору С., а затем начали анализ. С кем вы занимаетесь психоанализом?

П.: Доктор Р.

Т.: Это женщина?

П.: Да, это женщина, но я не помню ее имени.

Т.: Как часто вы ходите на сессии?

П.: Три раза в неделю.

Т.: Это терапия по Фрейду?

П.: Я ничего в этом не понимаю. Это так сложно...

Т.: Как давно вы подвергаетесь психоанализу?

П.: С января 1987 года, если не считать пару предварительных собеседований... Как я уже говорила, в то время я пришла к анализу, как к чему-то болезненному, но необходимому для того, чтобы почувствовать себя лучше. Сейчас, после трех лет, есть что-то, что меня интересует во всем этом... хочу сказать, помимо того факта, что мне в данный момент не стало лучше, даже наоборот, иногда я думаю, что чувствую себя хуже... однако...

Т.: К чему сводятся ваши страхи вашим психоаналитиком?

П.: Мы с ней много говорим о моей части — ребенке, которая должна проявить себя... Я не знаю, то есть, я, действительно-

но, открываю для себя, то есть, хочу сказать, что когда я... прежде чем я почувствовала себя плохо, думаю, что я в какой-то момент... все амортизировала, притупила, что у меня больше не было реакций... что я так хорошо контролировала себя вовне, что я так же хорошо научилась контролировать себя и изнутри. То есть я с того момента открыла у себя очень сильные чувства. Первым чувством, незамедлительно проявившим себя, была... я бы сказала, злость; то есть хочу сказать, что я осознала то, что я проводила время, принимая все, что со мной происходило, и при этом я была уверена в том, что я была всем довольна, что я всегда выбирала лучший вариант, что... Потом со временем я поняла, что может быть, мой выбор был самым логичным, но было бы правильно сказать, что некоторые вещи, которые я сделала... Я делала выбор, может быть, лучшего варианта, но, хочу сказать, мне не доставало некоторых вещей, я согласна с тем, что мне не доставало некоторых вещей. В частности, я сейчас подумала о работе; хочу сказать, что ты получаешь диплом... по политическим наукам... успешно получаешь диплом, имеешь некоторые перспективы и затем, с логической точки зрения, делаешь выбор. Я, к тому же, к моменту защиты диплома уже была замужем и имела ребенка. Сделать выбор, хочу сказать, даже правильный, возможно, я и сейчас повторила бы его, повторила бы свое участие в конкурсе на замещение вакантной должности в мэрии города Б., где занимаются всем, чем угодно, кроме того, что преподавалось на курсе экономики, как если бы ты отложил его в сторону. Однако в тот момент моей реакцией, наверное, было убеждение себя в том, что это было хорошим выбором, что это было прекрасно, не принимая во внимание то, что мне не хватало некоторых вещей, а именно, возможности... хочу сказать, что у меня могла бы быть возможность поступить в школу по специализации в Турине, если бы я не была замужем. Если бы у меня не было ребенка, я, может, все равно бы поступила туда. Хочу сказать, что в тот момент...

Реструктурирование с помощью метафоры

Т.: У нас так говорили: если бы у моей бабушки были колеса, она сделалась бы тележкой, однако бабушка сожалела о том, что она не тележка, хотя и...

- П.: Да, примерно такая же концепция. Возможно, что это все-таки так... хотя и... то есть... это все-таки было правильным решением. Но почему я должна говорить, что я не чувствую, что мне не хватает того периода, когда я училась, что у меня нет времени взять книгу в руки. То есть, гораздо честнее сказать, что мне сильно не хватает учебы, потому что я вынуждена крутиться между резолюциями и телефонными звонками, до которых мне нет никакого дела.
- Т.: Согласен. Говоря об этом, мы касаемся того, что, по моему мнению, относится ко второму плану. На первом плане находится то, что привело вас сюда сегодня, а именно, если я правильно понял, эти не очень ясно выраженные приступы паники, тревожности, фобии или чего-то, я не знаю чего, и следовательно, злости, которая изливается из вас. Удовлетворите мое любопытство: психоаналитик знает о том, что вы обратились ко мне?
- П.: Нет.
- Т.: Хорошо, и вы хотите подвергнуться одновременно двум вмешательствам? Вы пришли из любопытства? Каково ваше отношение?
- П.: Я пришла сюда, потому что я ожидаю чего-то от психоанализа, но отдаю себе отчет в том, что это не быстрая вещь, и я не выношу этого. То есть, мне хотелось бы... в этом есть вещи, которые меня интересуют. По-моему, я экспериментирую... я стараюсь вытащить на поверхность что-то... чего я не знала. Однако я чувствую себя в замешательстве. Я чувствую себя в замешательстве, потому что для чего служит все это, если я все еще нуждаюсь в том, чтобы кто-нибудь сопровождал меня, кто-нибудь, кто... кто, кроме того, тем самым... не знаю, как выразиться, но... да, и меня очень тяготит присутствие всех этих людей вокруг меня. И я чувствую...
- Т.: Таким образом, вы чувствуете это еще больше, поскольку нуждаетесь в этом.
- П.: Конечно.
- Т.: Это очень просто.
- П.: Вначале я думала, что начну психоанализ для того, чтобы почувствовать себя лучше. Несколько дней назад я подумала, что мне хотелось бы хорошо себя чувствовать, чтобы

иметь возможность свободно выбрать занятия психоанализом, а не зависеть от тех, кто для тебя важен, кто для тебя не важен...

Т.: Я сказал бы, что у вас очень хороший психоаналитик (улыбается).

П.: И тем не менее, приоритет в том, чтобы хорошо себя чувствовать. Не знаю, может быть, когда мне будет хорошо, мне и дела никакого не будет до психоанализа. Может быть, так произойдет; у меня об этом нет никакого представления, я думаю. Но за эти три года я открыла для себя, что я в этом смысле мало знаю о самой себе, время от времени случается что-то, из-за чего мне кажется, что мне надо все время возвращаться к пункту отправления, и эта неспособность к определению... Мне так хорошо жилось, хотя, возможно, это неправда, что мне хорошо жилось, но мне было так хорошо, когда у меня была уверенность во всем этом...

Реструктурирование с помощью метафоры

Т.: Знаете, я всегда говорю, что иной раз, когда вступаешь в подобный круг, уподобляешься той сороконожке, которая так хорошо умела ходить, взбиралась в гору и спускалась с нее, забиралась на деревья и совершала невероятные маневры. В один прекрасный день ей пришлось ответить на один очень затруднительный вопрос, который ей задал один муравей: «А не можешь ли ты объяснить мне, как тебе удается так хорошо ходить, используя все твои ножки одновременно?» Сороконожка начала размышлять о том, как сложно ходить, передвигая все ножки одновременно (*пауза*)... и разучилась ходить.

П.: Думаю, что да, это так. Да, да, безусловно, это так.

Согласование условий терапевтического вмешательства. Двойная терапевтическая ловушка

Т.: Значит, так. Прежде всего я должен объяснить вам мой метод, в том смысле, что вы выкли к такому подходу, который очень далек от моего личного подхода.

П.: Но этот подход до сих пор еще смешивает мои идеи.

Т.: Я — решительно прагматичный человек, в моей работе я использую очень прагматичные методы, я занимаюсь очень краткосрочными терапиями. Я даю себе срок в десять сессий: если

за десять сессий проблема решается, то хорошо; если за десять сессий мне удалось продублировать значимые изменения, но мы еще не достигли конечного результата, можно продолжать терапию; если за десять сессий я ничего не изменил, это значит, что мне не удалось бы сделать это и за сто сессий, такова моя точка зрения. Тогда я прерываю терапию (*пауза*). Я пользуюсь особыми методами, поскольку, кроме беседы, которая является важной частью терапии, но не самой главной, я заставляю делать многие вещи, я прошу делать многие вещи. Однако, самый симпатичный момент заключается в том, что чаще всего эти задания не кажутся очень логичными, они кажутся нелогичными, немного странными, иногда они кажутся банальными, но их надо выполнять, не требуя объяснений: объяснения даются, но в последующий момент. Хорошо? Стало быть, таковы правила моего образа действий. Хорошо?

П.: Да.

Т.: Значит, если вы согласны, я уже дам вам задание. Я считаю, что нужно делать что-то (и конкретным образом тоже), действовать конкретным образом, особенно в случае подобных проблем.

П.: А тот факт, что у меня есть эти странные обязательства?

Т.: Ваши сессии с психоаналитиком?

П.: Для вас это проблема?

Т.: Видите ли, я всегда говорю, что для меня не существует противопоказаний, совершенно никаких, я открыт и доступен. Я думаю, что вы создаете проблему вашему психоаналитику.

П.: А именно?

Т.: Психоаналитики считают меня еретиком, следовательно, я думаю, что она проявит некоторую сопротивляемость, говоря на нашем сленге.

П.: Да, да, да. Нет, все в порядке. Но я уже сказала, что для меня это было чем-то новым, то есть, чем-то новым, что, к тому же, мне очень трудно...

Т.: Хорошо, хорошо. Я хотел бы перейти к первому размышлению, которое я предложил бы вам осуществлять в течение следующей недели. Я хотел бы, чтобы вы, всякий раз, когда вы обращаетесь за помощью и получаете ее, заду-

мывались о том, что при этом получаете два сообщения одновременно: первое очевидное сообщение — «ты мне дорога, я помогаю тебе и защищаю тебя». Второе сообщение, не такое очевидное, но более тонкое и сильное, — «я помогаю тебе, потому что одной тебе не справиться, потому что, когда ты одна, ты больна».

Реструктурирование «страха помощи»

С течением времени это второе сообщение вносит свой вклад не только в поддержку существования ваших симптомов страха, оно даже ухудшает их, поскольку подобное подтверждение служит самым настоящим подкреплением и стимулом для вашей симптоматики. Однако, заостряя ваше внимание на том, что я не прошу вас не просить о помощи, поскольку вы в данный момент не в состоянии не просить о помощи. Я прошу вас, всякий раз, когда вы обращаетесь за помощью и получаете ее, просто подумать о том, что вы тем самым поддерживаете и все больше осложняете ваши проблемы. Однако, повторяю: не старайтесь не просить о помощи, поскольку вы не в состоянии не просить о помощи. Просто задумывайтесь о том, что всякий раз, когда вы просите о помощи и получаете ее, вы тем самым все больше ухудшаете вашу ситуацию.

Первое предписание: «Вахтенный журнал»

*(Просодическая\* пауза)*. Кроме того, чтобы начать с чего-то нашу работу, я дам вам еще одно задание, которое заключается в следующем: я приготовил для вас несложную таблицу, которую вы должны будете переписать на каждой странице записной книжки. Вы должны указать дату, время, место, присутствующих людей, ситуацию, мысли, симптомы и реакции. Всякий раз, как у вас начинается один из ваших приступов, вы должны немедленно, в тот же самый момент, где бы вы ни находились, кто бы ни был рядом с вами, сделать запись в записной книжке: дата, время, место, присутствующие люди, ситуация и мысли, симптомы и реакции, которые у вас возникают. Хорошо? Очень важно,

---

Продолжительная пауза, которая имеет смысловое значение и дает возможность пациентке осознать предписание терапевта, реструктурирующее страх помощи. — *Прим. ред.*

что это необходимо делать в тот самый момент. Даже если вы будете ощущать то же самое по сто раз в день, вы должны будете записать это сто раз, поскольку я должен знать в точности как частоту, так и интенсивность симптоматики. Мне нужно собрать точные сведения о том, что происходит. Хорошо. Кроме того, это задание должно стать нашим с вами секретом. Вы можете сказать вашему мужу: «Мне задают задания». Но он не должен знать, в чем они заключаются. Это правило распространяется и на все последующие задания, которые я вам дам, и этих заданий будет много.

П.: А если я буду избегать определенных ситуаций, опасности?

Т.: Посмотрим.

### **Вторая сессия**

Т.: Итак, вы выполнили задание? *(улыбается)*.

П.: *(улыбается)*. Да, я выполнила задание, однако я должна сделать одно необходимое предварительное замечание: существует две ситуации, два факта, которые я считаю особыми ситуациями *(передает записную книжку)*.

Т.: А я в этом и не сомневался.

П.: Для того чтобы не чувствовать себя плохо, я не делаю некоторых вещей, находя много тому оправданий. Например: когда я думаю, что могу почувствовать себя плохо, если пойду после обеда за покупками, то я уже утром, когда иду завтракать, покупаю хлеб. Таким образом, хлеб уже есть, это фундаментальная вещь, которой может не хватать... в доме всегда найдется что-нибудь из продуктов... таким образом, покупки откладываются, можно сходить в другой раз, можно найти кого-то, кто идет за ними. Это образовалось со временем. Сначала — нет, но потом я открыла для себя, что существуют определенные ситуации, в которых я могла бы почувствовать себя плохо... думаю, что это очень существенно. Мне так хорошо удается убеждать саму себя, что я иногда даже с трудом замечаю это.

Т.: Да, кстати, эти две вещи, два этих момента, которые вы записали. Если я не ошибаюсь, они всегда случаются вне вашего дома?

Переопределение эффектов первого предписания

- П.: Да, да. Дома нет, потому что...
- Т.: Вы были одна?
- П.: Я была в магазине с моим мужем, а во Флоренции я была с таксистом.
- Т.: В магазине с П. — это с продавцом или с таксистом?
- П.: П. — это мой муж. Обычно, если я одна, то может случиться еще сильнее, однако и где-либо присутствие не гарантирует, что ничего не произойдет. Скажем, что... думаю, что это всегда связано, как бы это лучше объяснить, с ощущением того, что я чувствую себя одинокой в некоторых ситуациях... не только когда я одна... кто-то может при этом присутствовать... думаю, что все это немного зависит от того, что мне понадобилось много времени, для того чтобы... как я уже говорила в прошлый раз... научиться говорить: «Мне действительно нужна помощь» или «Мне плохо». Это для меня... И стало быть, иногда, когда кто-то присутствует... бывает по-разному...

Переопределение  
предпринятых  
попыток  
решения

Т.: Значит, если я не ошибаюсь, ваш привычный репертуар взаимоотношений и поддержки таков: всегда есть кто-то, кто готов вмешаться в тот момент, когда у вас может возникнуть страх, и когда вы избегаете любой ситуации, которая могла бы вызвать у вас страх.

П.: Да, да.

Т.: Техника избегания и техника поддержки со стороны других людей.

П.: Да, да, да, да. К тому же, странным образом, даже в те моменты, когда мне плохо, в случае необходимости вступает в действие тот механизм, благодаря которому, если я считаю, что необходимо задействовать мою способность к действиям, мне удается преодолевать это. Скажем так: именно самые простые вещи могут поставить меня в критическую ситуацию.

Т.: Конечно.

П.: Я говорила вам, однажды я ехала во Флоренцию, во время поездки мне казалось, что я чувствую... то, что я называю «расстройством зрения», что означает... в общем...

Т.: Да, да, я прекрасно понимаю вас.



П.: Внезапно пошел сильный снег, нужно было надеть цепи на колеса. Я в этих ситуациях настоящий молодец, управляю ситуацией, у меня много энергии, ташу... действую с уверенностью и не испытываю необходимости плохо себя чувствовать. Потом я, может быть, чувствую себя даже лучше, однако, если бы не случилось этого эпизода, я сказала бы, что это был один из тех ужасных дней, в которые я даже и подумать не могла бы вернуться в машине.

Т.: В самом начале, когда я начал использовать этот стиль в моей работе, со мной случилась одна вещь, которая в тот момент привела меня в смятение, но это был действительно забавный случай, который показал мне, что я выбрал правильное направление в моих исследованиях по изучению фобий. Я имел дело со случаем, более или менее похожим на ваш случай, и во время второй или третьей сессии, я был в другом кабинете, я встаю, отодвигаю занавеску, потому что это был июль и было ужасно жарко: я хотел открыть окно. Перекладина старого типа, на которой держалась занавеска, падает и, среди всех возможностей — пол, плечо... — ударяет меня по голове. И из всех возможных вариантов, она ударяет меня не своей цилиндрической частью, а заостренным концом. Мораль сказки: шесть швов (улыбается).

Реструктурирование с помощью рассказанной истории

П.: О!

Т.: Но самое забавное то, что я сажусь, не придаю важности ситуации, шучу, занавеска лежит на полу... и я продолжаю беседу. Вижу, что пациентка заволновалась. Чувствую тепло, смотрю на себя и вижу, что я весь в крови. Встаю. Говорю ей: «Не волнуйтесь», иду посмотреть, что произошло, иду в туалет, чтобы намочить голову, смотрю в зеркало и вижу, что раскроил себе голову и думаю: «Так, нужно поехать наложить швы». Захожу в кабинет и говорю пациентке: «Послушайте, теперь вы уж, будьте добры, отвезите меня на станцию скорой помощи». И госпожа...

П.: Отвезла вас.

Т.: Отвезла меня. Подумайте, она даже, когда мы прибыли на станцию скорой помощи, зашла вместе со мной, когда мне обрабатывали рану, и все время была рядом со мной.

П.: Да, а потом?

Т.: Подождите, не спешите, это было очень забавно: она присутствовала при всех процедурах и была обеспокоена моей болью, реально возможной и воображаемой, в результате случившегося... Когда мы вышли, коллега-врач скорой помощи, тот, что наложил мне швы, прощаясь, спросил меня: «Кто эта заботливая и симпатичная женщина, которая сопровождала тебя?» — «Это моя пациентка с фобическим расстройством». — «Нет, это невозможно, ты вечно нас разыгрываешь».

П.: Конечно.

Т.: Стало быть, после нескольких лет страданий, в тот момент эта пациентка, страдающая фобией, начала...

П.: Водить машину.

Т.: И явно лучше себя чувствовать. Подумать только.

П.: Да, да, однако... Странно то, что, как я сказала, и после этого... помимо того факта, что я всегда, когда в этом была необходимость, обладала крепкой конституцией, но не могу сказать, что мне всегда удается взять ситуацию в руки. Думаю, что эта помощь выстроила целую серию ожиданий, может быть, и у окружающих меня людей, много ожиданий у меня в отношении самой себя. А именно: уверенность в том, что я со всем могла справиться. Когда я сказала, что никогда не думала, что со мной могло такое случиться, это было потому, что я была уверена в том, что я совершенно способна справиться... Станным образом, и после того, как я начала себя плохо чувствовать, скажем, что в случае необходимости мне удавалось делать некоторые вещи: я это отношу на второй план... Это в повседневной жизни. Я отдаю себе отчет в том, что это... даже послужило тормозом в течение большей части этого периода, поскольку я всегда отдавала себе отчет в том, что это было так серьезно, так... Однако я никогда не думала: «Никто не чувствует себя так плохо, как я». Я понимаю, что есть более серьезные, более страшные ситуации, однако это слабое утешение. То есть, я хочу сказать, что понимаю это на рациональном уровне, но на практике это совершенно бесполезно.

Т.: Совершенно бесполезно.

П.: Более того, это раздражает меня. Я провела периоды времени, говоря самой себе: «Почему я такая глупая?... Оглядишься вокруг тебя, посмотри, как плохо другим людям».

Т.: Я всегда говорю, что когда людям плохо, каждый страдает за самого себя.

П.: Да, да.

Т.: И, как говорится, у каждого из нас имеется то, что моралисты называют эгоизмом. Я считаю его природной характеристикой, а именно перспективным взглядом на реальность. Мы, таким образом, все, что находится ближе к нам, видим большего размера, а все, что удаляется от нас, мы видим в уменьшенном масштабе. Стало быть, если страдание наше, оно наше и мы его чувствуем; страдание других людей, даже если оно и является объективно большим, мы не чувствуем.

П.: Да. Однако мне потребовалось время для того, чтобы всерьез принять этот факт, в том смысле, что я все время рационально повторяла себе, что это все глупости, и поскольку это были глупости, я не должна была их чувствовать... и тем самым...

Т.: Тем самым вы увеличивали ваше страдание.

П.: Да, все увеличивала и увеличивала. Я действительно считаю, что мне было необходимо и физическое страдание, для того чтобы иметь хотя бы крошку... а еще, если бы у меня было... Иногда я думала, что если бы у меня обнаружилась настоящая, серьезная болезнь, не смертельная, но достаточно тяжелая, я была бы очень довольна.

Т.: Вы обращались за помощью?

Реструктурирование страха  
помощи

П.: Что касается меня лично, то мне совсем не свойственно обращаться за помощью, потому что я всегда думала, что я достаточно сильна, чтобы справляться со всем сама, в том числе я способна не делать драмы из ситуаций, имеющих ко мне отношение, и видеть положительные стороны в том, что касается меня. И следовательно, думаю, что я была в общем и целом весьма самонадеянной, я отдаю себе отчет в собственном высокомерии: «Я смогу это сделать, даже если другие не могут...» Думаю, что мне понадобилось много времени для того, что-

бы начать просить о помощи, то есть признаться другим, что «мне плохо».

Т.: Да, да, но в нашу с вами последнюю встречу на прошлой неделе я сказал вам: «Думайте о том, что всякий раз, когда вы обращаетесь за помощью, вы усугубляете ваши симптомы». Сколько раз вы обратились за помощью? Вы думали об этом?

П.: Да, думала, но не слишком много.

Т.: Однако вы не обращались за помощью.

П.: Нет, если исключить те случаи, когда обращаешься за помощью не явным образом, например, в тех случаях, когда просишь подвезти себя, потому что...

Т.: Конечно.

П.: Потому что я и не пробую, но не пробую потому, что боюсь оказаться в такой ситуации... не знаю. К тому же, как я уже сказала, думаю, что сказала в прошлый раз, что в течение некоторого периода мне жилось довольно неплохо, я в некотором смысле избегала проблемы: принимала Ханас и решала ее. То есть, я хочу сказать, за исключением первого периода, в который было фармакологическое лечение даже более... потом в определенный момент мы дошли до Ханас, который я принимала по собственному усмотрению. Иногда я говорила себе: «Нужно прекращать», а потом говорила: «Кто же меня заставит отказаться от него, если я, когда принимаю его, так хорошо себя чувствую...» И действительно, в течение некоторого времени я принимала его по привычке, но как поддержку: «Сейчас я приму лекарство, тогда потом мне будет хорошо, тогда потом я не буду переживать». Пока в определенный момент... не знаю, имело ли место ухудшение, но я думаю, что это было вызвано не столько ухудшением, сколько необходимостью доказать самой себе, что я ни в ком больше не нуждаюсь. Это было бесполезно. Была еще опасность, что проявится один из этих кризисов, но уже без... у меня больше не было... это делало меня совершенно незащищенной, поскольку «я уже приняла один Ханас, я должна бы чувствовать себя лучше, в то время как мне случается чувствовать себя плохо». В результате в определенный момент... уже в течение определенного периода я больше не принимаю его.

То есть со мной может случиться или может не случиться [приступ], но я отказалась, с некоторой точки зрения, от этого оправдания; однако, с другой стороны, я тоже считаю... то есть, если, с одной стороны, я считаю себя молодцом, поскольку «стараюсь обойтись без», то, с другой стороны, я знаю, что делаю это, руководствуясь другой мотивацией, поскольку если со мной так случается, то потом я действительно переживаю кризис, потому что мне кажется, что больше уже ничто не действует. Следовательно, всегда присутствует этот аспект... то есть прятаться перед...

Т.: Перед чем-то.

П.: Вместе с тем фактом, что...

Т.: Стало быть, вы стали настоящим молодцом в избегании.

П.: А, действительно молодцом.

Т.: Это техника избегания, как я ее называю, это одна из принятых попыток решения проблемы, которые усложняют ее, потому что: поскольку я избежала этого, я буду избегать и вот это, потом еще вот это, потом еще вот это, потом еще вот это, потом еще вот это, потом еще вот это, и так до тех пор, пока...

П.: Я еще больше молодец, поскольку я перенесла такой период, в который я избегала, избегала настолько, что постоянно спала. То есть, абсурдность заключается в том, что те, кто встречает тебя, говорят: «Как ты хорошо себя чувствуешь, еще и спишь при этом». Вы думаете, может, они страдают бессонницей. Мне хотелось бы немного страдать бессонницей и не иметь этого желания спать, и вернуться на работу, но мое единственное желание — улечься спать. К тому же этот сон не был достаточным, то есть я просыпалась с ужасной головной болью, спала с чувством вины. Я уверена в том, что во сне мне снилось, что я просыпаюсь, что я должна проснуться, и это требовало больших усилий. Поэтому, когда я действительно просыпалась, я уже была очень усталой. И в то же время я спала, то есть любой момент был подходящим, в том смысле, что... потому что сон был даже... для тебя все выключалось, то есть, чтобы отстраниться от всего, и не было... да, можно было почувствовать себя плохо, можно было спать плохо, но это не была усталость от борьбы с настоящим, реальным недомоганием.

Т.: Конечно.

П.: Сейчас немного лучше, но... но я прячусь. Не знаю... не знаю, почему это так удручает — чувствовать себя плохо. И тем не менее иногда я говорю себе, что это так разрушительно, поскольку совершенно лишено логики. Я так привыкла видеть все... : была причина, было следствие, было... Мне так хорошо удавалось контролировать себя: не нужно было чувствовать себя плохо, я не чувствовала себя плохо... просто так.

Реструктурирование с использованием языка пациентки и с помощью парадоксальной провокации

Т.: Знаете, мои друзья-эпистемологи сказали бы, что ваша мысль опиралась на линейную причинно-следственную зависимость, и, опираясь на такое мышление, рано или поздно вы должны были прийти к этой эпистемологической брешке, в которой оказались наиболее продвинутые области научного знания около 1910 года, а гуманитарные науки около 1950 года, хотя и по сей день находятся те, кто еще не заметил этого. Имеется в виду переход от линейной причинно-следственной зависимости к круговой зависимости, согласно которой причина и следствие больше не линейны, а следствие влияет на причину и из следствия превращается в причину, причина становится следствием во взаимозависимом круговом отношении.

П.: В определенный момент я даже подумала, что у меня было, как бы это сказать, «философское расстройство», я не выбрала эту философию, я как бы попала в ее клетку.

Т.: Вам не доставало этого чудного ригидного взгляда на мир.

П.: Ригидный взгляд на мир. Хочу сказать, вместо того чтобы учить в лицее философию...

Т.: Вы могли обратиться к религиозному вероисповедованию, примкнуть к какой-нибудь секте, это было бы неплохим выбором.

П.: Как я сказала, особенно в тот период, в который мне было особенно плохо, в тот момент...

Т.: Или же вы могли бы вступить в общество сайентологов. Все эти секты...

П.: Да, да. Иногда мне говорили: «Пойди к колдуну».

- Т.: Опять же, философия Isighandi... это реальность данного момента.
- П.: Да, да, да, но иногда я думала: «Подумать только, как хорошо буддистам, они всегда такие спокойные».
- Т.: Если имеется в виду радикальный буддизм, то он имеет некоторые отличия.
- П.: У меня есть друзья, которые занимаются йогой, живут совершенно вне окружающего их мира. Я им смертельно завидую. Если бы и мне это удалось!
- Т.: Стало быть, вы преуспеваете в технике избегания.
- П.: Это не делает меня счастливой, скажу откровенно, поскольку я привыкла жить по-другому, если нужно было что-то делать, я не говорила: «Никто случайно не пойдет в Кооп\*, поскольку мне нужно кое-что купить?» Я собиралась и шла сама.
- Т.: В то время, тогда как теперь вы стали таким стратегом, который побуждает других все время делать что-то для вас.
- П.: Но мне это неприятно.
- Т.: Однако нужно уметь это делать.
- П.: Мне потребовалось время (чтобы научиться).
- Т.: Мне довелось познакомиться с некоторыми людьми, которые владели этим еще лучше вас. Мне довелось познакомиться со многими людьми, которые еще лучше вас умели манипулировать всеми окружающими.
- П.: Я отдаю себе отчет в том, что я превратилась в жертву, потому что, хочу сказать, за исключением нескольких случаев...
- Т.: Как же отвратительны жертвы!
- П.: Да, я никогда их не выносила, но я отдаю себе отчет в том, что иногда человек может сказать: «Знаешь, я прошу тебя об этом, потому что сам не могу сделать. Мне плохо. Точка». Мне понадобилось два года на то, чтобы суметь сказать «Мне плохо. Точка». Однако я сумела сделать и это.
- Т.: Это большое завоевание, если позволите.
- П.: ...
- Т.: Итак, вы поговорили со своим аналитиком о том, что обратились ко мне, или оставили это в секрете?

---

\* Название супермаркета. — Прим. пер.

П.: Я оставила этот факт в секрете. Не знаю, вы совершенно... Это странно, но я думаю, что не знаю, насколько мне интересно подвергаться анализу, но я нашла местечко, отличающееся ото всех остальных.

Т.: Нишу.

П.: Нишу, поскольку я думаю... вчера и сегодня я размышляла... спрашивала у себя самой, было ли в этом что-то странное. В определенный момент мне показалось, я почувствовала это ощущение, что мне не хватает ощущения того момента, который был бы только моим, то есть, я хочу сказать, чтобы я при этом не испытывала чувства вины. Хочу сказать, что я со временем сделалась мамой, женой, дочерью — это три моих роли, и у меня возникает ощущение, что я позволила себе жить, играя все эти роли, не сохраняя при этом своей собственной ценности, которой раньше обладала: у меня не было привычки протривиться всему этому. В определенный момент я временно приняла это, к тому же очень спокойно; но при этом я не думала... Может быть, именно в тот момент, когда я делала записи, я подумала: «Куда я пойду писать, чтобы никто не подглядывал?» Я осознала тот факт, что у меня нет местечка, где я чувствовала бы себя свободной, то есть без чувства вины. Но при этом я могу просидеть все послеобеденное время на диване, в том смысле, что «мне плохо».

Т.: В то время как анализ...

П.: Может быть, в анализе я нашла для себя местечко...

Т.: Очень даже неплохое... совсем не плохое местечко...

П.: Да, да, в общем-то. Может, можно было бы найти и другое местечко, вместо того чтобы отправиться...

Подтверждение  
прежних  
предписаний

Переопределение  
«избегания  
избеганий»

Т.: Хорошо, перейдем к моим немного странным заданиям. Значит так, меня не будет в течение двух недель, думаю, что вы уже об этом знаете. Тем не менее я дам вам домашнее задание на весь этот период. Задание заключается в следующем: прежде всего, вы должны продолжить выполнение прошлого задания, а именно, вы продолжаете думать о том, что всякий раз, когда вы обращаетесь за помощью, вы тем самым способствуете осложнению ваших симптомов. Кроме того,



начинайте думать о том, что всякий раз, когда вы избегаете чего-то, вы тем самым способствуете ухудшению ваших симптомов. Стало быть, всякий раз, когда вы просите о помощи и получаете ее, вы ухудшаете ваши симптомы; всякий раз, когда вы избегаете чего-либо, даже минимальной вещи...

П.: Я должна «броситься».

Т.: Я обычно говорю так: если вам непременно хочется избежать чего-либо, избегайте избегать, хорошо?

П.: Я поняла. Теперь я должна отказаться от покупок.

Т.: Избегайте избегать. Кроме того, я хочу, чтобы вы каждый день, начиная с сегодняшнего и в течение следующих пятнадцати дней, примерно в один и тот же час, который мы сейчас установим, брали будильник... У вас есть будильник?

П.: Да, да.

Т.: Хорошо, вы берете этот будильник, закрываетесь в комнате, где вы можете находиться одна; заводите будильник, чтобы он прозвенел через полчаса, опускаете шторы или закрываете ставни, устраиваетесь поудобнее и начинаете воображать себе все наихудшие опасности, все наихудшие ситуации, в которых у вас мог бы возникнуть ужас, страх. Вы должны стараться почувствовать себя как можно хуже, провоцируя у себя кризис тревожности, воображая ситуации паники. Вы делаете при этом все то, что вам спонтанно захочется делать: плачете, если вам хочется плакать; кричите, если вам хочется кричать; рвите на себе волосы, если вам хочется рвать волосы; катайтесь по полу, если вам хочется кататься по полу. Когда звенит звонок, все заканчивается. Вы идете умыться и возвращаетесь к вашим повседневным делам.

П.: Воображаемая паника? То есть, хочу сказать, я должна думать о ситуациях, в которых я реально могу оказаться или о трагических ситуациях?

Предписание:  
парадоксальный  
ритуал  
получасовой  
техники  
наихудших  
фантазий  
(worst fantasy  
technique)\*

---

\* Для краткости будем называть ее в дальнейшем «Фантазия страха». —  
Прим. пер.

Т.: Даже о самых трагических. Чем более вам удастся думать о трагическом, тем лучше. Чем хуже вам удастся себя почувствовать, тем лучше.

П.: Мне не удастся...

Т.: Замечательно. Значит, потом вы расскажете мне о том, что произошло. Каждый день. Во сколько вы можете этим заниматься?

П.: Во сколько я могу... Исключим утро, поскольку я работаю до двух.

Т.: Хорошо, значит, около трех. Вы согласны?

П.: Около трех.

Т.: С трех до пол-четвертого каждый день, хорошо?

### **Третья сессия**

Переопределение  
эффекта первого  
предписания

Т.: Итак, как прошла эта неделя?

П.: Не знаю, достаточно... удовлетворительно, с определенной точки зрения, тем более, что у меня не было много кризисов.

Т.: Хорошо.

П.: Тоже потому, что...

Т.: Вы отметили только два эпизода.

П.: Из них второй был лишь началом кризиса.

То есть, у меня была после этого пара ситуаций, в которых было только начало, а потом обычно проходило. То есть я там записала, потом начала разговаривать, и проблема, следовательно, была решена. Это всегда было... вначале ситуация была, скажем... может начаться ситуация, в которой... скажем, отвлечение... однако, в общем, с этой точки зрения, не знаю, изменилось ли или нет, потому что иногда я думаю, что, в общем-то... Я старалась избегать избеганий, и следовательно... это да, однако хочу сказать, что я еще не сделалась львом и не могу делать любые вещи. В общем, присутствует в виде фона немного... но больше нет...

Т.: Больше нет...?

П.: Нет больше ситуации... то есть, со мной вновь случилась, помимо тех случаев, одна ситуация, в которой я была довольно-таки... скажем так, интенсивная ситуация.

- Т.: Стало быть, можно сказать, что примерно за две недели случились два эпизода, один из которых был скорее слабым.
- П.: Да.
- Т.: Это можно принять за значительное улучшение? Или нет?
- П.: Не знаю, с некоторой точки зрения...
- Т.: С точки зрения симптомов, их частоты и интенсивности, значительное улучшение... В процентах, как можно было бы оценить? Какую оценку можно дать в процентах?
- П.: В процентах, с уверенностью 50%. 50%, при которых остается все же ситуация неполной уверенности, неполного спокойствия при принятии решений. То есть, хочу сказать, даже если я не избегаю, однако совершенно ясно, что сам факт, что я говорю: «Ладно, я должна попробовать», означает, что это не что-то, что происходит само собой, и что раньше я не думала, что нужно попробовать: я просто шла...
- Т.: Хорошо, однако после опыта этих лет закрепилось новое знание, согласно которому нужно говорить: я должна попробовать.
- П.: Да, да, это безусловно так. Тоже потому, что мне приходит в голову, что я утратила все оправдания... Хочу сказать, я уже говорила в прошлый раз, таблетка — это все же оправдание. То есть, спокойствие, которое она мне давала... Потом этот механизм оказался в кризисе, поскольку больше не действовал, однако... Не могу сказать: «Я забыла о ее существовании», поскольку она у меня в сумке, однако я ее не принимаю. Я не принимаю таблетку, и в первые дни я говорила себе: «Ну, хорошо, у меня все равно есть нужда в ней. Скажем, так: я постараюсь как можно реже принимать ее.» А сейчас я отдаю себе отчет в том, что больше не думаю... не думаю принимать таблетку.
- Т.: Хорошо.
- П.: Потом было другое оправдание, просьба о помощи. Оно тоже исчезло в тот момент, когда я говорю себе: ну, хорошо, когда я думаю о том, что не должна обращаться за помощью, я не могу просить о помощи. Тем не менее, и это тоже осталось немного, в виде необходимости, если уж прямо совсем не смогу...

Положительное  
внушение  
относительно  
возможности  
уменьшения  
симптоматики

Т.: Конечно.

П.: Однако и в этом случае я уже могу активизировать эту систему. И в целом, не могу сказать, что я чувствую себя способной свернуть горы, однако... скажем, я не нахожусь... я не оказалась в ситуации, в которой... В общем, я избегала избеганий.

Т.: Что это значит, «избегала избеганий»? Что вы ни перед чем не отступились?

П.: Когда я это заметила, то есть... Раньше, я сказала, что раньше я была в большей депрессии, хочу сказать, что если мне не хотелось выходить, ну и хорошо: найду оправдание и не пойду. Чтобы лучше объяснить: приведу второй эпизод, когда потом все прошло: я утром на работе должна была пойти в банк, для того чтобы обменять чек. Перед этим уже была пара подобных случаев, в которых я использовала коллег: «Ты случайно не пойдешь в банк?» Я собралась идти, но потом сказала себе: «Нет, я должна туда пойти, посмотрим, что случится». И, стало быть, в этом смысле я избежала избегания. Думаю... то есть, я еще не... я не стараюсь делать больше, чем необходимо. То есть, я не говорю: «Ну, ладно, сегодня мне делать нечего, соберусь и пойду придумывать себе какое-нибудь занятие». Однако, можно сказать, что, когда было нужно, я собралась и пошла, вместо того чтобы найти кого-то, кто «Ты случайно там не будешь? Возьми для меня... или я сама пойду. Но, если ты это для меня сделаешь...» Я сделала сама, и все.

Т.: Хорошо.

П.: Хочу сказать, что это не так просто, но все-таки.

Т.: Но все-таки вы сами делаете что-то.

П.: Да, я сама делаю некоторые вещи.

Т.: И это новость?

П.: В последнее время да.

Т.: Вы давно уже этого не делали.

П.: Довольно-таки. Я так хорошо преуспела, что даже чуть ли не... Существовали объективные причины, из-за которых я могла избегать.

Т.: Объективные, логичные, рациональные причины, из-за которых было оправданно...

П.: «Я могла бы пойти, но раз ты уже все равно выходишь, раз ты все равно там будешь, зайди взять для меня что-то». Да, это довольно-таки... нельзя сказать, что я это делаю, не задумываясь.

Т.: Какой эффект оказало на вас столь быстрое изменение? Потому что, действительно, мы с вами встречаемся с... Это третья неделя, не так ли?

П.: Да, действительно, то есть... В первый момент было много энтузиазма, даже небольшого, если честно сказать, после всего этого времени. Потом я почувствовала некоторый страх, что все проявится в какой-то другой форме, поскольку я за три года пережила опыт таких ситуаций, когда всякий раз, когда я думала, что я справилась с чем-то, появлялось что-то другое, в каком-то другом виде... и, стало быть, я не знаю... Потом, хочу сказать, не все дни такие: может быть, десять дней назад я чувствовала себя лучше, чем сегодня, но... чувствовала себя лучше... однако еще терпимо, то есть, хочу сказать, еще и потому, что чувствовать себя «да как вам сказать», но довольно... это не так неприятно, нежели чувствовать себя удовлетворительно, а потом рухнуть вниз.

Т.: Конечно.

П.: Потому что это действительно, как бы это выразить, лишает почвы под ногами, дает идею того, что больше нет... что все нужно переделать.

Т.: Итак, что случилось в известные нам полчаса?

П.: Серия проблем.

Т.: А, давайте обсудим.

П.: Обсудим эти проблемы. Первая проблема: в первый день я сделала все, чтобы забыть о задании, так что вспомнила о нем только вечером. И тогда возникла первая большущая проблема, поскольку вы мне сказали, что нужно было делать его всегда в один и тот же час, и тогда я почувствовала себя явно потерянной: «Что же теперь делать? Начну завтра, или сделаю в 8 вечера, или же позвоню и спрошу у него». В общем, я приняла мое личное решение делать задание в один и тот же час вечером, но не знаю, правильно ли я поступила. И это было первой проблемой, которую я все же с

Переопределение второго предписания

первого же дня решила таким образом, я приняла решение, которое все равно должна была принять. Все шло достаточно спокойно до позавчерашнего дня. Два дня назад...

Т.: Так, хорошо, главное, чтобы задание делалось всегда в один и тот же час. Два дня назад...?

П.: Потом возникла проблема другого рода. Думаю, что и здесь, с некоторой точки зрения, присутствует попытка избегания, в том смысле, что я старалась думать об устрашающих вещах, но, честно говоря, то, что приходило мне в голову, было совсем не страшным, то есть, хочу сказать, мало пугало меня. Хочу сказать: идея о том, что что-то может случиться с Н. несомненно провоцирует у меня страх, я говорю себе: «Хорошо, если я подумаю о чем-то подобном, мне точно станет очень плохо». В первый день, во второй день, я думала о том, что «он обдерет себе ногу». «Нет, я должна думать о большем». То есть, хочу сказать, была именно попытка остановиться.

Т.: Стало быть, вы хотите сказать, что в течение получаса вам не удалось почувствовать себя плохо.

П.: Не особенно... то есть, не особенно плохо. Но это потом стало своего рода проблемой: то есть, я старалась ретироваться перед попыткой почувствовать себя плохо. Другая вещь, это то, что я старалась думать о самых плохих вещах. Не знаю, открыла ли я это сейчас для себя или же я всегда это знала, потому что, думая потом об этом, [поняла, что] это было не такой уж и новостью... то, что в тот момент, когда я думаю о какой-то вещи, она мне не так-то уж и страшна. То есть, хочу сказать: если я хочу успокоиться, — это всегда со мной случалось, — я должна добраться до самого страшного, что со мной могло бы случиться. То есть, если кто-то уезжает на машине, я должна говорить себе: «Это опасно — ездить на машине, можно на автобане разбиться об грузовик», потому что мне кажется, что я таким образом изгоняю из себя страх, то есть... И стало быть, это не помогало мне в попытке почувствовать себя плохо, поскольку когда я говорила себе: «Подумаем о самом страшном, о смерти, о ранениях», это было относительно... То есть, когда я уже это сказала, мне уже было не так страшно, скажем так.

Т.: Конечно.

П.: Потому что, я думаю, это более или менее механизм, которым я всегда немного пользовалась. Не знаю, всегда ли он действовал. Раньше он, безусловно, прекрасно действовал, но сейчас, не знаю.

Т.: Ну что ж, думаю, что я должен дать объяснение всем этим странностям, не так ли? Значит, так, полчаса и «вахтенный журнал» направлены, главным образом, на две цели. Это две стратегии, имеющие специфические цели. Вахтенный журнал, прежде всего, не является просто сбором данных, он представляет собой то, что мы называем «техникой смещения симптома», в том смысле, что в силу того, что сам факт ведения записей уже провоцирует чувство неловкости, в этот момент внимание смещается с прислушивания к самому себе на задание, и симптомы редуцируются. Это особенная военная хитрость (стратегема). Полчаса выполняют другую, еще более особенную, функцию, потому что опираются на логику парадокса. Что означает логика парадокса: это *similia similibus curantur*.<sup>\*</sup> Вместо того чтобы стараться затормозить, подавить что-то, это что-то намеренно провоцируется и доводится до крайности. Мы знаем, что если проделывать это, некоторые симптомы исчезают, потому что симптом, становясь намеренно вызываемым, больше не может быть симптомом. Чтобы быть симптомом, он должен быть чем-то не зависящим от воли, вынужденным, непреднамеренным, проявляться сам по себе. Стало быть, эти две игры, в которые я с вами сыграл, являются стратегемой для разрушения симптоматической ригидности, для ломки системы восприятия реальности и реакций на нее, которая вынуждала вас к некоторым действиям.

П.: Вчера я спросила себя, потому что однажды вечером, ложась спать, я думала о работе, которую должна была делать, которая накопилась, и мне надо было привести в порядок некоторые вещи... то есть, со мной редко случает-

Реструктурирование использованных стратегий в качестве способов управления страхом

<sup>\*</sup> Лат.: Подобное лечится подобным. — Прим. пер.

ся... я не страдаю бессонницей, но, скажем так, у меня был этот период, чуть более длительный, чем обычно, что означает, что я засыпаю в течение четверти часа, вместо того чтобы заснуть за пять минут, и это значит, что есть что-то, что... я думала об этом. И в тот момент мне это казалось достаточно устрашающим, поэтому я сказала себе: «Ладно, все в порядке. Нашла, о чем переживать». Вот, а на следующий день совершенно ничего не было, даже наоборот, моей реакцией было: «Да какое мне дело до того, что у меня есть дела на работе?»

Предписание  
использования  
парадокса в  
качестве новой  
стратегии

Т.: Именно поэтому так важно дотронуться до дна, чтобы выплыть на поверхность. Стало быть, таковы мои объяснения, и таковы стратагемы, как в этом, так и в других подобных случаях. Мне выгодно было объяснить вам это, потому что я думаю, что для вас важно осознание того, что вы учитесь новым стратегиям для того, чтобы сталкиваться с ситуациями, с которыми вы раньше не были в состоянии сталкиваться. Я бы сказал, что эти стратегии опираются на логику, которая немного отличается от логики здравого смысла или от так называемой рациональной логики, однако игра человеческих взаимоотношений основывается на логике более эмоциональной, на парадоксальной логике. Я мог бы часами говорить о парадоксальной и параконсистентной логике, но это не наша тема: для нас важно добиться изменений. Однако это означает, что я не сделал никакого волшебства, я использовал трюки, стратегии, которые смогли сломать ригидность вашей системы восприятия действительности и реакций на нее. Начиная с этого момента вы можете сознательно пользоваться ими, постепенно сталкиваясь с ситуациями, которые до сих пор вызывали у вас страх, как это уже имело место: когда вы пошли в банк, когда вы отправились делать другие вещи, вы, сами того не зная, воспользовались тем, что я вызвал. Теперь нужно продолжать это делать. Однако очень важно следующее: с одной стороны, вы можете пользоваться трюком «вахтенного журнала», а с другой стороны — всякий раз, когда вы чувствуете, что наступает кризис, то вместо того чтобы делать то, что обычно



делают другие люди: «Я не должна чувствовать себя в кризисе, я не должна испытывать страх, я не должна краснеть, не должна бояться...», потому что если вы делаете так... В этот момент вы быстро должны начать говорить себе: «Да, мне должно стать как можно хуже, я должна бояться как можно сильнее, подумаем обо всем, что может со мной случиться...» и тогда немного погода это исчезает. Следовательно, я сказал бы, что, начиная с этого момента, вы должны думать о том, что всякий раз, когда вы начинаете испытывать страх, вы должны сознательно, намеренно доводить его до крайности с помощью вашей собственной рациональности, хотя это и немного странная рациональность, не правда ли? Это использование логики самообмана в собственных интересах.

П.: Особенно, если она действует.

Т.: Мне кажется, что я заслужил немного вашего доверия.

П.: Да. Да, действительно...

Т.: Стало быть, следует продолжать в этом направлении. Значит: избегать избеганий; затем очень быстро и бурно доводить до крайности ваши ощущения страха всякий раз, когда они возникают; если есть необходимость, пользоваться вахтенным журналом, но только если в этом есть необходимость; полчаса больше не важны, поскольку вы должны теперь делать это всегда, хорошо? Да, удовлетворите мое последнее любопытство: как среагировал аналитик на все эти быстрые изменения?

Подтверждение  
«вахтенного  
журнала»

П.: Не знаю.

Т.: Вы не рассказали о них?

П.: Я продолжаю не рассказывать.

Т.: Да, вы не рассказываете, что обратились сюда, но рассказали ли вы об изменениях, произошедших в вашей жизни?

П.: Да, я думаю, что она, в любом случае, заметила их. В определенный момент она сказала мне, что у меня есть тенденция заниматься самостоятельным анализом (*смеется*). И тогда я осознала, что, может быть, это было... Потому что я и сама отдаю себе в этом отчет. Не знаю, что она об этом думает...

потому что я никогда у нее об этом не спрашивала; думаю, что меня и не особо интересует, что она думает.

Т.: В любом случае, сегодня я сделаю одно предсказание: я думаю, что когда мы закончим нашу работу, вы найдете возможность оценить, есть или нет у вас необходимость в анализе.

П.: Да, но я убеждена в том... В первый раз я вам более или менее объяснила, что я пришла к констатации того, что я хочу чувствовать себя хорошо, для того чтобы идти на анализ. Я и дала себе другой срок, срок, который не зависит объективно по времени от того, когда я закончу. Я безусловно закончу в тот день, когда мне начнет быть в тягость это постоянное хождение, это постоянное нахождение вне дома, это... Ясно, что тот момент, когда это станет тягостно, послужит знаком того, что...

Т.: Это не срок, я сделал предсказание.

П.: Да, да, но...

Т.: Хорошо? Встретимся на следующей неделе, и значит: каждый раз, когда вы испытываете страх, вы должны быстро доводить до крайности ваши ощущения. Избегайте избегать, я даю вам еще одну неделю времени, а потом я начну просить вас делать некоторые вещи. Хорошо?

### **Четвертая сессия**

Переопределение  
эффекта  
предписания  
и произошедших  
изменений

Т.: Итак, что произошло на этой неделе?

П.: Она была достаточно спокойной, не особо трудоемкой, так что у меня не было больших... то есть, у меня нет листочков, никаких.

Т.: Вы не испытывали страх?

П.: Совсем нет. В некоторые моменты я чувствовала себя слегка неуверенно, я попробовала усилить ужас, смятение. В общем, можно сказать, что не... я не чувствую себя очень...

Т.: Что случалось в тех случаях, когда вы начинали испытывать страх и пытались довести его до крайности?

П.: На самом деле, он у меня проходил. Это так комично... только мне хотелось бы не делать это постоянно.

- Т.: Наоборот, вы должны это делать всякий раз, как это случается.
- П.: Поэтому, как я сказала, возможно, осталось что-то более... в смысле... еще немного неуверенности, но не... в общем, не другое.
- Т.: Стало быть, вы хотите сказать, что к четвертой сессии у вас больше не возникло панических приступов, вы больше не испытывали страха, вы теперь чувствуете только немного неуверенности?
- П.: То есть, скажем, что фоновая неуверенность остается, в том смысле что всякий раз, когда я должна что-то делать, я должна напоминать себе, что я должна попробовать, иначе бы взяло верх желание уйти.
- Т.: То есть, ваш жизненный стиль многих лет.
- П.: Однако можно сказать, что... я теперь нахожусь в такой фазе, когда я не чувствую себя плохо. В крайнем случае, я боюсь почувствовать себя плохо, но мне не бывает плохо. Почему я это сказала, когда я сказала, что попробовала усилить смятение, это все же было только самое начало, то есть, я хочу сказать... «Я здесь, сейчас у меня начнут потеть ладони, слезиться глаза», но это было только начало, то есть, это очень далеко от того, когда я внезапно чувствовала себя вне окружающего мира, поэтому... Я не такая, как раньше, как раньше-раньше-раньше, но в целом это не так плохо, хочу сказать, в том смысле, что я не приезжаю в Ареццо одна.
- Т.: А... и вы не хотели бы попробовать?
- П.: Надеюсь... жду не дождусь.
- Т.: Хорошо. Для меня важно слышать это от вас.
- П.: Да, в общем, мне не терпится... думаю, вчера у меня возникло нестерпимое желание делать все как можно быстрее, потому что мне нужно делать так много, что я даже не знаю, что именно мне нужно делать. Однако, действительно, я чувствую необходимость, мне нужно вновь стать госпожой самой себе, полностью, то есть рассчитывать на саму себя, не испытывая при этом необходимости... поэтому...
- Т.: Вы обращались за помощью?
- П.: Нет, в эти дни... то есть, неспециально: даже наоборот, в некоторые места я отправилась одна.

Т.: Какие это были места? Куда вы пошли и где вы остались?

П.: Я ходила за разными покупками, за разными вещами, не испытывая при этом необходимости находить разные оправдания. В субботу был детский праздник, в общем, там был и Н., значит, мы все туда пошли, то есть, я и П., но он потом ушел. Там все время находилась одна моя двоюродная сестра, однако должна сказать, что это меня никаким особенным образом не встревожило, то есть, хочу сказать, я не искала оправданий, чтобы оставить там моего сына, как я бы это сделала раньше, поэтому... в этом смысле, достаточно... Нужно сказать, что там было очень многолюдно. Вначале, в некоторые моменты я не так чтобы... то есть, я была достаточно... физически я не чувствовала себя плохо, но у меня была немного повышена зрительная чувствительность... Все же мне не было плохо, то есть, раньше я была бы вынуждена искать ключи от машины и, как минимум, пойти в машину... потому что потом в машине мне становилось лучше. Ничего подобного, там я оставалась очень спокойной. День был нервный, но в других аспектах, потому что... само по себе это, хочу сказать, не...

Т.: О чем вас заставляет задуматься такое стремительное улучшение вашей ситуации?

П.: О чем заставляет задуматься? Надеюсь, что мне больше не станет плохо. Потому что в течение этих трех лет случались периоды объективного улучшения, как я уже сказала... Просто я всякий раз избавлялась от физического недомогания, которое в тот момент меня заботило, и возможно, при этом я никогда не затрагивала других проблем, поэтому, как только я решала одну проблему, тут же возникала другая, превращалась в другую, поэтому... Это всегда было ужасным разочарованием. В этот период я действительно хорошо себя чувствую. А тогда случалось, что я вновь начинала чувствовать себя плохо, появлялось расстройство другого типа, и это вызывало у меня критическое состояние, вплоть до финального кризиса. В сентябре у меня возникли некоторые новые проблемы: мне не было так же плохо, как два года назад, наоборот, мне было гораздо лучше, просто расстройство было еще более невыносимым, поскольку в предыдущие годы у меня всякий раз было

то низкое давление, то чувство усталости, то есть, различные типы расстройств. И когда я видела, что эти проблемы разрешались... у меня больше не было оправданий и это было внезапно... То есть я доходила до того, что... Как я сказала, мне было намного лучше, но в то же время это было совершенно невыносимо, потому что у меня больше не было для себя самой никакого стоящего оправдания, то есть оправдания физическим недугом, который для меня был единственной причиной, служащей оправданием. Мне плохо, я могу испытывать избыток стресса, но мне плохо, потому что у меня низкое давление; при пониженном давлении принимают таблетку, нет, принимают капли, низкое давление проходит и самочувствие улучшается.

Т.: Просто бояться чего-то...

П.: Нет, нет, нет, абсолютно нет. Мне нужно было чувствовать себя плохо физически, иначе я не могла заметить, что мне плохо. Это должно было быть чем-то совершенно очевидным, что бы я могла это признать. А потом, вот именно, поскольку моим физическим расстройствам всегда находилось... я всегда говорила, что предпочла бы страдать вирусным гепатитом... не худшей болезнью, поскольку... не неизлечимой болезнью, нет. Замечательный вирусный гепатит или что-то в этом духе, мне хотелось бы заиметь.

Т.: Мне с самой первой нашей встречи показалось симпатичным то, что вы рационально познали и полностью осознали все ваши проблемы, все ваши расстройства, однако на деле вам никогда не удалось изменить ситуацию.

П.: Действительно, нет. Потому что... я всегда говорю... по моему, рациональность — это большое достоинство, то есть я всегда считала его достоинством. Однако у рационального человека есть очень большое ограничение: он не может принять иррациональные реакции. И действительно, в последний раз, в сентябре; я не могла больше выносить этого, потому что не могла принять тот факт, что, несмотря ни на что... были все необходимые предпосылки для того, чтобы все было хорошо, было что-то во мне, что отказывалось быть рациональным как прежде, потому что я никогда не боялась, когда нужно было бояться, потому что с рациональной точки зрения можно не испытывать

страха. Я особо не волновалась, потому что с рациональной точки зрения не было причин для беспокойства. Все это работало до определенного момента, а потом этот механизм полностью вошел в кризис, а я оказалась совершенно беззащитной.

Т.: Вы отдались волнам.

П.: Да, в этом трагичность ситуации. Я никогда не говорила, что у меня какая-то ужасная болезнь, я никогда не боялась заболеть. Я знакома с некоторыми людьми, скажем, подверженными сильному стрессу, они в критические моменты думают, что у них какая-то неизлечимая болезнь... Я никогда так не думала. То есть, за исключением первой недели, в которую я начала себя плохо чувствовать, у меня давление было 80, и было видно снаружи, как бьется сердце, но это было... Я сделала электроэнцефалограмму, я никогда не думала, что у меня тяжелое заболевание. И в результате, как я сказала, мне пришлось почувствовать себя так... именно для того, чтобы это стало настолько невыносимым, что я уже не могла бы «доверить» объяснение моего плохого самочувствия физическому недугу.

Т.: Хорошо, но поскольку мы, наоборот, стараемся сначала скорее делать вещи, нежели размышлять о них, и размышляем после того, как сделали, то первое, о чем, я думаю, полезно подумать, ввиду всего того, что нам удалось достигнуть, это то, что ваши расстройства не были такими уж ужасными, непобедимыми, такими абсолютно неизменяемыми. Понадобилось так мало для того, чтобы...

П.: Действительно.

Т.: ...вызвать изменения...

П.: Конечно.

Т.: ...это очень важно.

П.: Возможно, я боролась противоположным способом. Сейчас мне кажется, что я всегда боролась с ними, апеллируя к рациональности, то есть говоря: «Это расстройство ничего не значит, у тебя не должно такого быть, это наилучший способ...» Действительно, в тот период меня очень раздражало, когда мне говорили: «Соберись с силами, старайся победить себя», потому что я всегда преуспевала в победе над самой собой, но мне ни разу не удалось...

Т.: Не удается засунуть кота в мешок.

П.: Нет.

Т.: Чем больше его запихивают, запихивают, тем больше он царапается, сердится, мешок рвется и кот вырывается, взбешенный. В то время как необходимо выпустить кота и обучить его; научиться дрессировке и установить с ним хорошие отношения. Стало быть, в этом направлении... Сейчас меня интересует все, что вам еще действительно страшно делать. Скажем, применяя убывающую шкалу от 10 до 1, на десятом месте то, что вам страшнее всего делать.

Реструктурирование посредством метафоры и упорядоченной шкалы пугающих ситуаций

П.: Думаю, что безусловно самое страшное для меня — это поехать одной на машине далеко, то есть далеко, далеко... далеко. Быть в отъезде с утра до вечера. Быть далеко от дома, быть вне дома. Хотя это тоже... странная вещь, сейчас я не знаю, зависит ли от того, что это случилось прошлым летом... то есть в прошлые каникулы, скажем... На каникулах мне никогда не было плохо, и все же я была далеко от всех, но, я думаю, что я была настолько далеко от всего, что у меня не было точек отсчета. То есть: я не была далеко от дома, я была на каникулах.

Т.: И там вы ни о чем не думаете.

П.: Тогда как, к примеру, если я далеко от дома, потому что я в Ареццо, одна... думаю, что это было бы очень неприятно: находиться... Действительно, думаю, что мне неприятно быть далеко от машины, далеко от того места, куда я должна приехать, далеко... в любом месте.

Т.: А что-то поменьше? Следуя этой иерархии, куда мы попадем?

П.: Что-то поменьше... Все время присутствует этот факт: удалиться от моей скорлупки. Не знаю, что можно было бы считать меньшим.

Т.: Как давно вы не водите машину?

П.: Нет, я каждое утро еду на работу на машине, возвращаюсь домой на машине, еду за чем-нибудь, это другая вещь, немало более... Поехать на машине в супермаркет; находиться среди людей, это относительно, то есть не просто быть

среди людей, я могу спокойно находиться со ста пятьюдесятью людьми в закрытом помещении, без воздуха, это не так чтобы... даже наоборот, в закрытом помещении я не испытываю особых проблем, скорее уж на открытом пространстве. То есть, в кино мне никогда не было неприятно, а когда я нахожусь на площади, мне становится немного более неприятно. Однако часто это связано с ситуацией: нет необходимости... то есть, хочу сказать, возможно, если я...

Т.: Хорошо. Тогда мы должны провести проверку огнем, не так ли?

П.: Да, раз вы так считаете.

Т.: Вы в субботу утром работаете?... Не так ли?...

П.: Да.

Т.: А вы могли бы найти час времени?

П.: Да.

Предписание  
«поиска яблока»  
с использованием  
суггестивных  
маневров

Т.: Хорошо. С этого момента и до следующей нашей встречи я прошу вас сделать одну только вещь в следующую субботу, оставляя неизменным все, что мы до сих пор делали: всякий раз, когда вы испытываете страх, вы должны доводить его до крайней степени; каждый раз, когда вы хотите избежать чего-то, вы думаете о том, что вы можете избежать избегания; вы также можете продолжать носить с собой вахтенный журнал и все прочее... Стало быть, в субботу утром вы должны отпроситься на час, выйти из офиса, пойти за своей машиной, сесть в машину, но прежде чем сесть в машину, вы должны сделать пируэт вокруг самой себя... Вы приезжаете в Ареццо, находите парковку в центре. Выйдя из машины, вы должны сделать еще один пируэт. После чего я хочу, чтобы вы отправились в центр, а именно — на рынок, и разыскали и купили самое большое, самое красное, самое спелое яблоко, какое вам удастся найти. Только одно яблоко. Потом, поскольку в субботу утром я работаю здесь, как каторжник, вы придете сюда, постучите в дверь, оставите мне яблоко и вернетесь домой. Поскольку я буду работать без обеда, вы должны будете принести мне что-нибудь поесть,



одно лишь яблоко: самое большое, самое красное, самое спелое, какое вам удастся найти. Мы увидимся с вами на следующей сессии. Хорошо?

П.: Я умру по дороге.

Т.: Я жду вас в следующий раз. Хорошо?

П.: Хорошо.

### **Пятая сессия**

Т.: Так, так. Вижу, что вы сегодня одна приехали.

П.: Нет, я одна здесь, но...

Т.: А... Понимаю... Если бы вы еще и одна приехали... Мамма миа!

П.: Вы говорите: «Сейчас она начинает преувеличивать».

Т.: Мы стали молодцами.

П.: Нет, может быть, я все равно попробовала бы. Может, я бы все равно попробовала, но моим близким нужно было что-то делать в Ареццо, и стало быть... Может, я бы попробовала, может быть.

Т.: Может быть? Ну что ж, это мы посмотрим. Еще...

П.: Потому что яблоко я привезла, но это не было приятной прогулкой.

Т.: Могу себе представить. Если бы это было прогулкой, я бы вас не посылал.

П.: Обратный путь, нет. Обратный путь прошел спокойно.

Т.: Давайте объяснимся, все расскажем. Как прошла эта история с яблоком?

П.: Кроме того, что я надеялась, что будет проливной дождь: «Тогда, по крайней мере, не будет рынка».

Т.: Тогда было бы меньше народу?

П.: (...) Потом я надеялась заболеть замечательным гриппом, поскольку за этот отрезок времени это могло бы и случиться. Потом я была в нерешительности, а не взять ли мне целый день отпуска и пробыть пару часов... или же выехать в 8.30 и постараться...

Т.: Тогда бы вы точно добрались.

Переопределение эффектов предписания «поиска яблока»

П.: Тогда бы точно добралась. Потом же я решила ничего подобного не делать, потому что, думаю, с определенной точки зрения, это было бы ужасно... Поэтому я выехала; когда я селась в машину, я забыла сделать пируэт. Я вышла из машины, чтобы сделать пируэт, но в первый раз я забыла.

Т.: В первый раз вы забыли: это очень плохо.

П.: *(смеется)* Очень плохо, я совсем забыла об этом, я вспомнила уже на площади Сан Агостино и подумала, а не следует ли вернуться, а потом...

Т.: Как прошла поездка, после того, как вы сделали пируэт?

П.: Поездка после пируэта, ее первая часть, прошла довольно спокойно. Я все же запаслась музыкой, поскольку это был единственный способ увидеть, отвлекалась ли я время от времени. На определенном отрезке пути то, что я себе воображала, заставило меня почувствовать себя плохо, поскольку моим кошмаром было «что случится после того, как я съеду с главной дороги?», то есть, я хочу сказать, нечто... То есть в тот момент, когда находишься одинаково далеко от того места, куда должен приехать, и от того места, куда должен вернуться, поэтому не можешь даже развернуться, поскольку нужно затратить то же самое время, и, следовательно...

Использование  
метафоры

Т.: Как тот осел, что пересекал вброд реку: в определенный момент он остановился посередине реки, посередине течения, и не знал, что делать: «Пойду вперед или вернусь назад?»

П.: Вначале все было достаточно... «Ну, хорошо, если совсем уж будет невоготу, значит, вернусь домой». Но в тот момент это было невозможно, потому что нужно было бы затратить столько же времени. Тогда началось смятение... «Ну почему я не сказала ему, что мне не нравится подниматься по лестнице», это ведь более простая вещь. А потом я постаралась думать о том, что когда я доеду, это еще не будет финалом, потому что... Один лишь взгляд на то, что мне еще предстояло сделать потом, представлял возвращение таким угнетающим... это меня немного утешило в тот момент. Тем не менее, помимо этих ситуаций, то есть, нескольких таких моментов...

Т.: Где вы припарковали машину?

- П.: На парковке возле почты, то есть на более близкой при въезде. Но мне пришлось ждать, встать в очередь, остановившись в стороне, а потом я припарковалась. Следовательно, я проехала несколько светофоров...
- Т.: А потом вы дошли до рынка пешком.
- П.: До рынка. Пока я отчаянно искала продавца фруктов, мне пришла в голову идея, что вы обманули меня: «Нет здесь фруктового ряда! Я обойду весь рынок и ничего не найду».
- Т.: Его перенесли?
- П.: Нет, нет. Просто я не очень-то ориентируюсь на рынке.
- Т.: Мне казалось, что фрукты продаются в его верхней части.
- П.: Да, да, но тут уже все было довольно хорошо, о Боже...
- Т.: Однако я должен вас покритиковать: яблоко было недостаточно большим.
- П.: Нет, оно не было достаточно большим, я искала, но все яблоки были страшненькие. Они были явно страшненькие. Я искала... оно было красным, но явно не большим.
- Т.: Я подозревал это. Этим утром мне принесли пять или шесть яблок, и все маленькие, и я подумал: «Так все решили надо мной подшутить».
- П.: И в самом деле, когда я смотрела на эти яблоки, я говорила себе: «А если бы я купила его у нашего продавца фруктов, я бы нашла более красивое яблоко».
- Т.: Вы не нашли крупного яблока? Мне все так и сказали: не было больших яблок.
- П.: Нет, нет, в самом деле было трудно; я несколько раз оставалась... Я ведь и искала: были желтые, были красные, но не было особенно крупных. Я представляла себе такие красивые яблоки, не того типа, что там были... такие красивые яблоки.
- Т.: Но оно было неплохим.
- П.: Было неплохим (*смеется*)... но не таким хорошим. В то время как я ожидала увидеть эти красивые яблоки... как те, что бывают зелеными... как яблоко Белоснежки.
- Т.: Я тоже ожидал таких яблок.
- П.: Но их не было.
- Т.: Как прошли поиски яблока?
- П.: Поиски яблока? Как они прошли?
- Т.: Вам было страшно?

- П.: Нет.
- Т.: Вам не было страшно?
- П.: Не особо, не особо страшно.
- Т.: Скажите мне одну вещь. Что сказал продавец фруктов, когда вы купили только одно яблоко?
- П.: Ничего, я думаю, что он посмеялся надо мной.
- Т.: Хорошо. Вы купили только яблоко, или что-то еще?
- П.: Нет, я купила яблоко. Потом, должна признаться, я зашла в бар и купила два пирожных в пакете, чтобы использовать пакет, иначе...
- Т.: Вы их съели?
- П.: Нет, я выпила кофе.
- Т.: Хорошо.
- П.: Мне было интересно... Должна сказать, что после всего этого труда у меня еще хватило духу посмотреть, что было на рынке. Я не обошла его весь, но, когда возвращалась обратно, поглядела.
- Т.: А как прошел обратный путь?
- П.: Обратный путь... потом?
- Т.: После того, как вы передали мне яблоко.
- П.: Явно гораздо спокойнее.
- Т.: Хорошо. Итак, какой эффект оказало на вас все это?
- П.: Как я сказала, были разные моменты. Да, сказать по правде, в тот момент, когда я вернулась домой, у меня началась головная боль.
- Т.: Могу себе представить... Размышляя впоследствии о том, что вы выполнили, какое впечатление на вас оказало...
- П.: Я подумала, что можно делать вещи, что я могла бы делать, я могла бы вновь сделать, вновь попробовать. То есть, хочу сказать, не всегда так... Не так, чтобы, сделав это, я сказала себе: «Могу вернуться в Ареццо, может, могу поехать во Флоренцию, может, могу поехать куда-то еще». Мне будет трудно, мне было трудно делать это, однако, очевидно то, что можно делать это, даже когда трудно. Сразу после возвращения у меня, может, было немного эйфории, потому что спокойствие на обратном пути, радость от того, что смогла довести все до конца позволили мне еще больше забыть трудности на пути (в Ареццо). Потом, обдумывая все еще раз, я сказала себе: «Да, действительно, это было труд-

но». Не думаю, что если бы я повторила поездку, она бы мне совсем не показалась трудной. Может, немного менее трудной, хотя бы потому, что в те моменты, когда мне плохо, я могла бы добавить: «Да, но все-таки я уже проделала это один раз, могу сделать и второй».

Т.: Вы — умный человек, вы понимаете, что если вы в течение нескольких лет приучили себя не делать что-то, то для того, чтобы выработать новую привычку к тому, что вы можете делать, необходимо повторение.

Реструктурирование и побуждение к действиям с помощью объяснений

П.: В определенный момент я сказала себе, — не знаю, правда ли это или же служит оправданием, — что, может быть, мне следовало бы озаботиться больше в том случае, если бы мне совсем не было трудно. Другая вещь: то, что я хочу делать... то есть, «сейчас я все могу», а потом, когда наступает критический момент, не с чем сравнивать... Если бы я добралась сюда спокойно, не испытывая никаких затруднений... с одной стороны, все ведь было прекрасно... может быть, это не стало бы мне полезным для следующего раза, в ситуации, когда я почувствовала бы себя покинутой, потому что у меня не было... наоборот, я бы сказала себе: «Как же так? Я доехала до Ареццо, а теперь не могу проехать одна 300 метров?» Может быть, с определенной точки зрения даже лучше, что я в некоторые моменты чувствовала сильное затруднение, доходя до: «А не остановиться ли мне на пять минут и поразмышлять об этом». Это было не особо неприятно, однако довольно-таки... как тип ситуации, хочу сказать: «Ну, почему я должна находиться здесь и страдать, в то время как я могла бы закрыться в определенном месте».

Т.: ...спокойно.

П.: Спокойно. Но, с некоторой точки зрения, я также подумала, что, может быть, было лучше немного пострадать, в конце-то концов... и вернуться живой и невредимой.

Т.: Это хорошо еще и потому, что, когда не испытываешь никаких затруднений, кажется, что все случается, как по волшебству, не веришь, что это твоя заслуга. В конце-то концов, я попросил вас сделать эту вещь, но сделали-то ее

вы. Я не сделал ее за вас, вы сами все сделали. Я не сделал ее за вас, вы сами поехали за яблоком, вы сами выбрали яблоко. Я мог подтолкнуть вас к трамплину, но прыжок совершили вы.

П.: Эти предыдущие ситуации были неприятными...

Т.: Хорошо, хорошо. Сейчас очень важно не останавливаться.

П.: Ну конечно!

Парадоксальное  
предписание

Т.: Нужно идти вперед. Значит, первое правило — это то, о чем мы уже говорили раньше: прежде всего иметь в виду, что если вы должны чего-то избегать, то избегайте избегания; что бы вам ни пришлось делать, избегайте избегания.

П.: Действительно, некоторые вещи, которые я вначале избегала, а потом стала избегать избегания, теперь они... то есть, хочу сказать, как я уже говорила, когда мне нужно было обменять чек в банке, я должна была послать кого-то, говоря: «Раз уж ты все равно должен выйти, сделай этот крючок и обменяй мне чек». Потом была фраза: «Что ж, я не должна просить его, должна попробовать сама»: я пошла в банк и обменяла чек. То есть, я даже не помнила о том, что раньше мне было трудно туда ходить. В результате, когда я была в банке, я спросила себя: «Почему у меня не потеют ладони, почему... почему? Это очень странно».

Т.: «Что случилось?»

П.: Что случилось... да, вот именно, это ненормально, потому что это что-то... Когда-то я думала, что это нормально, но теперь иногда у меня возникает некоторое сомнение. Я сказала себе, есть ведь другие банки или другие дела; может, надо переместиться немного туда...

Т.: Но этого я вам больше не должен приказывать: избегать избеганий теперь уже стало одной из ваших привычек. Вы — молодец и можете делать это очень хорошо, договорились? А сейчас вы должны сделать одну симпатичную вещь. Я назначу вам следующую встречу, мы, как обычно, увидимся в следующий раз; но вы должны выйти отсюда до того, как вернется ваш муж. Где он вас ждет?

П.: Нет, он здесь, неподалеку.

- Т.: Значит вы скажете ему, чтобы подождал. Вы выходите отсюда, подходите к лифту, делаете пируэт, заходите в лифт, спускаетесь, делаете пируэт, выходите и вооружаетесь бумажкой и ручкой, которые я вам дам (потом вы мне их вернете!), хорошо? Я хочу, чтобы вы подсчитали все камни, которыми выложена дорога от моего кабинета до Пьеве.
- П.: До Пьеве? Пьеве — это церковь...
- Т.: С высокой колокольней.
- П.: Точно.
- Т.: Я хочу знать, сколько каменных плит...
- П.: ...?
- Т.: По прямой линии.
- П.: По прямой линии.
- Т.: Сколько плиток в точности. Там будут разные плитки, но вы должны посчитать, сколько их в цепочке одна за другой.
- П.: В цепочке, не на всей поверхности, скажем, в той, что в длину.
- Т.: Да, в длину, сколько там каменных плиток.
- П.: Не до дверей, до угла церкви.
- Т.: Именно так, вы запишете на листке и принесете мне его.
- П.: Сейчас?
- Т.: Сейчас, сразу. Постучите и оставите мне, вместе с ручкой.
- П.: Да, но у меня есть ручка.
- Т.: Это важно, чтобы я вам дал ручку.
- П.: Так я буду чувствовать себя обязанной вернуть вам ее.
- Т.: Кроме того, в любом месте по вашему выбору, поскольку у меня проблемы с голосом, вы должны купить для меня пакетик мятных карамелек, «Диетических», иначе я растолстею.
- П.: Хорошо.
- Т.: Давайте попросимся, потому что потом, когда вы постучите, я не приглашу вас войти, я буду занят. Вы постучите и оставите мне это, как яблоко. Хорошо?
- П.: О.К.

Предписание с использованием суггестивных маневров

### **Шестая сессия**

- Т.: Итак... Число плит было неправильным.
- П.: Могу себе представить, я сорок раз со счета сбилась.

Переопределение предписания

Т.: Я проверил.

П.: Однако я посчитала. Самое ужасное было то, что, в определенный момент... прежде всего, я не ожидала этого, то есть, я была достаточно спокойной, потому что представляла себе, что, выходя отсюда, увижу каменные плитки.

Т.: А! А пируэты вы сделали?

П.: Да, да; но я не ожидала увидеть бульжную мостовую. В тот момент я не знала, плакать ли мне, решила смеяться, поскольку это гораздо достойнее. И я начала считать, стараясь быть незамеченной. Я подумала, что лучше было считать каждый раз по десять. После некоторого отрезка этих камней я заметила, что... [лучше] перешагивать, каждый раз отсчитывая десять камней, вместо того чтобы считать: один, два... это становилось трудно.

Т.: Это хороший метод.

П.: Да, это хороший метод. Потом, когда я заметила, что впечатление, которое я произвожу, было ничем не лучше, чем человек, считающий камни по одному: стоит неподвижно с опущенными глазами, потом неожиданно перепрыгивает через десять камней... Потом, когда я стала считать этим способом, стало относительно легче, то есть как кто-то, кто шагает, не поднимая ног, с опущенным взглядом...

Т.: Со всеми этими камнями!

П.: Да, но и при этом способе — камень-шаг, камень-шаг — шаги слегка отличаются друг от друга по длине, однако получается достаточно хорошо. Ужасным было то, что в определенный момент я находилась в позиции неустойчивого равновесия, с головой, занятой этими камнями, и в это время меня остановила девушка, которая продавала духи (*смеется*). «Но я должна считать камни, я не могу... мне не нужно... мне не нужно»; в общем, это было достаточно впечатляюще... И тогда, не знаю, в тот момент, когда я ушла от нее, я вздохнула с облегчением, потому что закончилось все это смятение. Я старалась вспомнить, сколько камней я насчитала... думаю, что я могла ошибиться в десятках или в сотнях... может, в единицах... Десятки и сотни, не могу поклясться.

Т.: А я должен сказать вам, что ошибка была в единицах.

П.: В единицах?



- Т.: Вы ошиблись на три маленьких камня и на шесть более крупных.
- П.: И потом, была еще одна ужасная вещь, повторяю, в какой-то момент более крупные... когда один камень заканчивается таким образом, а за ним следует другой, то не знаешь, нужно или не нужно считать этот камень, потому что это определенный угол.
- Т.: Тогда, может быть, ваш подсчет...
- П.: Ужасно было считать камни под ногами других людей. Там был один мужчина, он стоял прямо на камнях, и я не могла их посчитать, потому что не могла пройти отсюда туда, и, стало быть, должна была изменить направление. Потом, было три или четыре камня в асфальте на перекрестке.
- Т.: И эти тоже?
- П.: У меня возникла маленькая проблема по принятию решения: «Считать их или не считать?» Я их посчитала.
- Т.: Сколько времени вы затратили на все это, много?
- П.: Нет, не слишком много. Нет, потому что я в определенный момент даже начала волноваться, потому что я шла вперед, как поезд. Это, наверное, было действительно комично — смотреть на человека, который идет с опущенной головой, не обращая внимания на то, что происходит вокруг него (я решительно выполняла свою миссию, другие могли хоть убивать друг друга), совершенно неграциозно и скорее неуверенно. Думаю, что точно неграциозно. С эстетической точки зрения это должно было быть очень трогательно.
- Т.: Вы должны были есть карамельки.
- П.: Карамель: мне в этом здорово повезло. С конфетами мне невероятно повезло, потому что я зашла в одну... То есть, спустившись отсюда, я зашла в первую попавшуюся табачную лавку, чтобы купить сигарет: там были и карамельки.
- Т.: Хорошо. «Диетические».
- П.: Да, именно они. Да, но я зашла туда, чтобы купить сигарет.
- Т.: А вы знаете, почему здесь все магазины вокруг продают «Диетические карамельки»?
- П.: Потому что вы посылаете за ними своих пациентов.
- Т.: И значит, как прошла неделя после этого...
- П.: Неплохо.

Переопределе-  
ние достигнутых  
результатов

Т.: Что это значит?

П.: В основном все было достаточно спокойно. Сегодня я даже совершила подвиг. Я приехала... нет, я не приехала одна, но я приехала на своей машине, и я взяла с собой... я взяла с собой свою маму, которая абсолютно бесполезна с этой точки зрения...

Т.: Даже наоборот, нуждается в защите.

П.: Да, а еще ее подругу, которая совершенно ничего не сообщает... и таким образом, я выступила социальным ассистентом... я их прогуляла, в том смысле, что у них были определенные дела... Не знаю, что лучше — приехать одной или в компании... Тем не менее... достаточно... Не могу сказать, что сегодня я путешествовала, как пять лет назад, но все же лучше, чем в прошлый раз.

Т.: Уже лучше, чем поездка за яблоком?

П.: Да, лучше, чем за яблоком.

Т.: Хорошо.

П.: По крайней мере... они мне не являются большой помощью, могут составить компанию, но не так, чтобы... Если им сказать: «Ведите вы машину», домой раньше завтрашнего дня не вернешься, так что с этой точки зрения... Сегодня утром я ходила в банк, поскольку сейчас период интенсивных платежей, так что проблемы банка больше не существует.

Т.: Стало быть, вы отстояли очередь в банке, пошли туда...

П.: Да, да, да.

Т.: У вас не было ни одного критического момента за эту неделю?

П.: Только в один из этих дней, когда я не была верхом совершенства, но я при этом была дома.

Т.: Даже так! Странно.

П.: Может быть, потому что я по воскресеньям утром не блещу, не знаю почему, но я тогда бываю совершенно разлаженной. Это странно, потому что в воскресенье утром надо было бы наоборот... Видимо, в воскресенье утром мне не хватает обязательства идти на работу, и это... Не считая того, что у меня раньше случались периоды, которые я называла антиклерикализмом (поскольку мне не удавалось находиться в церкви). Однако, когда же это случилось? Не самый замечательный день, но, в общем, скажем, что для

повседневных дел этого было достаточно. Может, если бы мне надо было делать что-нибудь более сложное, знаете... Не знаю почему, но сейчас мне кажется почти наоборот, мне кажется легче делать вещи немного более... это те, которых я жду, чтобы попробовать...(...)

Т.: А окружающие вас люди как отнеслись к этим столь стремительным изменениям? Как среагировали окружающие вас люди на эти изменения? Что они вам говорят?

П.: У меня такое ощущение, что все вокруг меня очень внимательны и удивлены, потому что мне кажется, что я слышу, как они говорят.. стоит мне немного... «Ей лучше, ей лучше, ей лучше». Меня заботит то, что поскольку мне лучше, они возвращаются к старым привычкам.

Т.: То есть?

П.: Они знают, что я есть, что могу делать кучу вещей.

Т.: Поэтому начинают просить их делать?

П.: Да. То есть, я не могу жаловаться, в этот период все были очень добры ко мне... хочу сказать... они помогли мне, постарались... взяли на себя труд везде брать меня с собой, и делали это так, чтобы я не чувствовала себя им обязанной, но мне кажется забавным, что вот именно в тот момент, когда я начинаю чувствовать себя лучше, они начинают претендовать... не только чтобы я ходила на своих ногах, но чтобы и служила опорой для других. То есть, к примеру... возвращаюсь из Флоренции в полседьмого, а Н. еще не сделал уроки; во вторник вернулась из Ареццо в полвосьмого, потому что еще заехала в разные места, а Н. еще не сделал уроки, потому что хотел их делать только со мной. И так с разными людьми... с бабушками и дедушками, с отцом. А в пятницу я вернулась с работы, а в доме скандал... почему я не сходила в парикмахерскую?... То есть, физически невозможно находиться в двух местах одновременно. Поэтому я спросила себя... то есть, хочу сказать, переход от фазы сострадания: «Бедняжка, как ей плохо, да, действительно»... в общем, в восемь я уйду на работу, в полтретьего заканчиваю обедать, вымою голову, сделаю домашнее задание с Н. и тогда не должна буду делать его вечером, и это уже лучше; но это означает, что я должна делать все немного вслепую.

Т.: Почему вы делаете это? Вы всегда давали указания: вашей матери, вашему мужу, другим людям...

П.: Всем, потому что я всем позволяю давать мне указания. То есть, я думаю, что я всегда была настолько решительной, что могла сделать любую вещь, какую бы только ни потребовалось сделать, и в конечном итоге я приняла на себя роль, которую сама для себя определила. Может быть, эта роль не была для меня выбрана другими людьми, это кажется очевидным. То есть я была всем утешительницей, а сама никогда не изливала душу, и таким образом, для меня стало невозможным плакать, делать все это, но это было очень функционально.

Т.: И тогда вы начали брать за это плату.

П.: Да. Но в итоге за все расплатилась я. То есть для других это удобно; в конце-то концов, в момент необходимости находился человек, который, вместо того, чтобы оплакивать случившееся несчастье, бегал туда и сюда и приводил все в порядок. Это удобно, это так удобно для всех, кто тебя окружает...

Предписание  
«антропологических  
наблюдений»  
в семье

Т.: Хорошо. Это меня наводит на мысль об одном важном моменте, который мне понадобится. Я хочу, чтобы вы к следующему разу приготовили результаты ваших наблюдений, именно с точки зрения психологической, социальной, антропологической, за окружающими вас людьми. Мы об этом еще ни разу не говорили, сейчас наступил момент. Стало быть, я хочу познакомиться со всей вашей семейной обстановкой, включая также аспект ее развития, но я хочу, чтобы вы мне о ней рассказали после тщательного недельного наблюдения за тем, как ведут себя эти люди, как они двигаются, как делают разные вещи, как обращаются к вам, и при этом не прибегая, если только это возможно для такого рационального человека как вы, к чрезмерной рациональности. Самые незначительные вещи, потому что, как говорил Оскар Уайльд: «Настоящая тайна заключается в видимом, а не в том, чего не видно». Стало быть, наблюдайте, и только.

П.: У меня есть проблема на следующей неделе: будут выборы — как же мы сделаем?

Т.: Ничего, сейчас мы найдем решение.

П.: О.К.

Т.: А сейчас вы должны будете сделать одну важную вещь. Вы-то думали... Поскольку вы заговорили о вашем антиклерикализме... Я-то давно известен как «еретик», но, думаю, поскольку...

Прямое предписание поведения с использованием суггестивных маневров

П.: Но вы меня можете посылать на религиозные службы! Для меня идти в церковь — не проблема.

Т.: ...поскольку с вами случилось своего рода чудо... то надо это освятить. Для того, чтобы освятить это, вы должны выйти отсюда и сделать обычный пируэт в лифте... Вы должны выйти и должны сделать одну особенную вещь. Вы выходите отсюда, идете направо в сторону газетного киоска, идете прямо, в конце улицы повернете и увидите церковь Св. ...., если я не ошибаюсь, зайдите в нее, поставьте свечку, возьмите образок и возвращайтесь сюда...

П.: А если там не будет образков?

Т.: Они есть во всех церквях. Возвращаетесь сюда, идете в ту церковь, которую вы уже видели... и делаете то же самое: ставите свечку и берете образок. Поднимаетесь к Собору, ставите свечку и берете образок. Спускаетесь обратно, последняя церковь — церковь Св. Франческо. Вы, таким образом, сможете и полюбоваться на красивые церкви. Ставите свечку, берете образок. Когда вернетесь, позвоните мне в дверь.

П.: Нет. *(смеется)*. Для меня церкви не представляют проблемы. Это религиозные службы...

Т.: Итак, вы позвоните в дверь и все мне передадите. *(Назначает следующую встречу.)*

П.: Значит, четыре церкви и четыре образка, да?

Т.: Да, но только те, что я вам сказал... *(Спрашивает некоторую информацию.)*

П.: А если они закрыты? Нужно разъяснить *(смеется)*.

Т.: Образки будут. Я сказал вам, что рациональность не всегда функционирует.

## Седьмая сессия

- Переопределение  
предписания
- Т.: Итак, у нас есть образки, открытки...
- П.: Они ничего особенного из себя не представляли (*смеется*).
- Т.: Я их внимательно просмотрел: Мне очень понравилась открытка со Св. Донато.
- П.: Единственное, что я нашла, это предложение отчислять 0,8%.
- Т.: «Слово — это жизнь», Св. Донато, а потом вот эта мне очень понравилась: «Живи в миссии».
- П.: Внутри был точно такой же вкладыш... Я заметила его после того, как взяла открытку. Маленькую открытку я взяла в церкви Св. Франческо; когда я дошла до конца, я заметила, что на ней было то же самое изображение, что и на первой книжечке, которую я взяла в церкви здесь.
- Т.: Хорошо, а свечи вы поставили?
- П.: Да, там было... значит, было поставлено: одна лампочка, одна свечка из этих маленьких и две свечи, потому что был большой выбор.
- Т.: Хм, отлично. И как же все происходило? Насколько вы чувствовали себя комично?
- П.: Да, в общем-то, не слишком, потому что, хочу сказать... вплоть до того момента, как я входила, все было... попутно заметим, что в первой церкви читали молитву, это было самым... Потому что потом...
- Т.: Вы присоединились к молящимся или нет?
- П.: Нет, не присоединилась, я сделала кое-что очень по-спартански; там не было свечек в глубине церкви, они находились несколько выше... Стало быть, я пересекла всю церковь, в то время как слышалось это «нашептывание молитвы», поставила мою свечку, сделав вид, что я очень захвачена выполнением этого действия... Другие люди, там было много тех, кто восхищенно осматривал... было много туристов, потому что... Чувствуешь, что за тобой наблюдают, даже если ты совсем ни при чем, не понимаю, почему все должны были смотреть на меня, вместо того чтобы на всех других входящих в церковь. В общем... где-то в церкви был монах, нет, не монах, священник; мне пришла в голо-

ву мысль, что он смотрит за тем, что я делаю, но потом я сказала себе: «Врядли, я думаю, что ему каждый день доводится видеть немного странных посетителей».

Т.: Да, я бы сказал, что это именно так и есть.

П.: Вот именно, я сделала пожертвование, поставила свечку, взяла образок. Я была прототипом безупречного христианина.

Т.: А как прошла неделя?

П.: Вот отчет; отчет на каждого члена семьи. Я плоховато написала, потому что это такая работа, что... во время выборов...

Т.: Хорошо, хорошо. Итак...

П.: Как прошла неделя: не совсем уж блестяще, но, в общем... вполне хорошо. Не блестяще, в том смысле, что, например, в воскресенье я села в машину и сама поехала в наш деревенский дом. Скажем, в дом, где жили мои дедушка и бабушка. В определенный момент в машине меня охватил один из моих страхов. А потом я, прежде всего, сказала себе: «Ну почему я должна испытывать ужас, в то время как эта дистанция кажется мне ничтожной по сравнению с той, что я проехала до Ареццо?» Думаю, что это был немного особенный день... воскресенье всегда немного особенный день.

Т.: Хорошо, значит, вы пережили этот момент.

П.: Да, потом мы вернулись домой, я даже вернулась на работу, потом мы туда вернулись вечером. В общем...

Т.: Важно иметь в виду, что было бы плохо, если бы не было нескольких небольших рецидивов поведенческого механизма, продиктованного страхом, они должны были появиться.

Реструктурирование рецидивов

П.: Да, да, действительно...

Т.: Потому что мы каждый раз должны испытывать ощущения безусловно меньшей интенсивности и прежде всего чувствовать, что нам удастся управлять ими.

П.: Да, действительно.

Т.: Это самая важная вещь, иначе мы даже не могли бы представить себе, что мы тем са-

- мым закрепляем достигнутое. Необходимо именно делать два шага вперед и один назад, два шага вперед и один...
- П.: (*Перебивая терапевта.*) Вот именно, я говорила, что меня более всего выбил из колеи за весь тот период, когда мне было плохо, тот факт, что после замеченного мной улучшения вдруг случался рецидив даже через год, в течение которого казалось, что все время продвигаешься вперед. Это меня более всего выбивало из колеи, поэтому, говорю, в конце я чувствовала себя гораздо лучше, чем вначале, но этого было недостаточно, потому что я хотела чувствовать себя еще лучше, но при этом... Случалось гораздо меньшее, но оно меня гораздо больше выбивало из колеи.
- Т.: Стало быть, следует иметь ввиду, что иногда полезно переживать момент притормаживания, когда начинает включаться старый механизм. Мы должны научиться управлять этим моментом, поскольку мы таким образом учимся по-настоящему больше не попадать в ловушку, потому что мы лучше контролируем ее. Это важно еще и потому, что ваша голова за все эти годы так привыкла действовать определенным образом, что охотно возвращается к нему.
- П.: Может быть, зависит еще и от того, как себя чувствуешь физически, потому что, когда чувствуешь себя немного хуже физически, меньше выносишь усталость, трудности...
- Т.: Конечно.
- П.: ...И единственная вещь, о которой я думала в эти дни, это то, что было по-другому в сравнении с тем периодом, когда я всегда чувствовала себя хорошо, хочу сказать... ситуации дискомфорта были просто ситуациями дискомфорта, то есть, если мне было жарко, я говорила: «Смотри, какое солнце, как мне жарко, я потею». Сейчас, когда мне жарко... раньше... думаю, что сейчас, потому что я только сейчас это заметила, мне случалось говорить: «Почему мне так жарко, почему я потею? Может быть, мне плохо?». До определенного момента для меня было совершенно нормально объяснять этот факт только тем, что за этим что-то скрывается. Поэтому... но я этого даже не замечала, хочу сказать. Я в течение нескольких месяцев думала, что, когда было жарко, что-то было не так... я испытывала ощущение чрезмерной жары или чрезмерного холода: что-то было не



в порядке, а не просто слишком жарко или слишком холодно. Иногда я думаю, что раньше я была склонной к излишеству в противоположном смысле: все было очень «нормальным». Все было чем-то... что каким-то образом можно было преодолеть.

- Т.: Случилось ли вам избегать чего-то из-за ваших страхов? Эффекты предписания
- П.: Нет, в эти дни нет.
- Т.: Хорошо.
- П.: Верно и то, что я, между прочим, не остановилась, когда была в машине... «Хорошо, я всегда могу остановиться, переждать минуту и вновь отправиться, а потом, в общем-то, продолжать ехать вперед».
- Т.: А что вы сделали из того, что еще несколько недель назад вы не стали бы делать? Переопределение достигнутых результатов
- П.: Я не жалела себя. В том смысле, что я пошла в супермаркет после работы. Хочу сказать, что и это тоже вызывало у меня усталость, потому что, хочу сказать, не могу же я теперь броситься в противоположную крайность, потому что теперь я могу делать все, даже то, что превышает человеческие возможности.
- Т.: Конечно.
- П.: Например, раньше я спала, чтобы забыться, теперь я сплю, потому что мне хочется спать, потому что в эти дни... Однако хочу сказать, что, например, однажды вечером, когда я вернулась с работы, П. поехал кататься на велосипеде с Н., и он не сходил в Кооп. Потому что, если бы он туда сходил, я могла бы отложить, могла бы сказать: «Завтра кто-нибудь туда сходит». Вместо этого я взяла с собой свекровь и поехала в Кооп. Взять с собой свекровь — это не то же самое, что пойти в Кооп с П., когда я не чувствую себя в форме... «Слушай-ка, я сейчас выйду на минутку, а ты заканчивай тут с покупками». Взять с собой свекровь означает чувствовать себя хорошо. И я не испытала никакого дискомфорта.
- Т.: Хорошо, а какой эффект на вас оказало задание, относящееся к членам вашей семьи?

П.: Значит так. Скажем, что я записала все сегодня, потому что государство хочет, чтобы я на работе отвечала на телефонные звонки. Нет, кроме шуток, я размышляла об этом в течение всей недели... это было достаточно сложно, хочу сказать, что мне удается... мне с некоторым трудом удается выразить мысль в тот момент, когда я ее думаю, скажем, мои ощущения. Одно дело — писать сочинение, по крайней мере, когда-то мне это удавалось достаточно хорошо, а потом я потеряла навык, в том смысле что... иногда мне кажется, что мне не удастся схватить... не удастся схватить вещи наилучшим образом. Но я сказала то, что хотела сказать, не знаю, должна была я делать именно это или нет, однако... в целом... Я заметила одну вещь... занимаясь этим, мне достаточно натуральным образом удавалось быть не слишком объективной, то есть я не отвлекалась от моих взаимоотношений с каждым из них и, может быть, это было не слишком рационально. Верно то, что мне случилось думать о взаимоотношениях с родственниками в зависимости от моей ситуации. Однако... Сейчас для меня несколько особый момент: я все измеряю исходя из... (...) или в отличии от того, что я думаю. И не знаю, насколько... не знаю. Хотели ли вы что-то менее личное...

Т.: Нет, нет, нет, я этого не говорил, это невозможно.

П.: Это и невозможно. К тому же, я думаю, что поскольку я всегда тратила много времени на рациональные размышления, то, когда мне иной раз приходит желание немного более... вместо того, чтобы...

Определение  
новых целей  
терапевтического  
вмешательства

Т.: Думаю, что нашей следующей целью может быть следующее: научиться выражать спонтанные вещи без излишних размышлений.

П.: Да... это непросто. Думаю, что я все пропускаю через голову.

Т.: Да, через левое полушарие.

П.: Не знаю.

Т.: *In primis\** мы должны научиться пользоваться правым полушарием, оно гораздо более умное, хотя и менее понятное.

\* Лат.: особо важно. — Прим. пер.

- П.: Во всяком случае, думаю, что, помимо его использования, я должна научиться придавать ему... как бы это сказать...
- Т.: Должное значение.
- П.: ...должное значение, потому что, я думаю, что в определенный момент я могла бы обойтись без целой серии вещей, то есть вплоть до того, чтобы даже больше не признавать их... То есть, потому что я говорила: «Одно дело — говорить, что я человек вполне рациональный, как другие». То есть, это, в крайнем случае, я могла бы принять, но я думаю, что в определенный момент я помешала моим эмоциям, назовем их эмоциями... брать надо мной верх, и это может быть положительно оценено людьми, которые находятся передо мной. Но это совершенно не положительно для человека, который это делает, особенно если при этом кончается тем, что он сам перестает признавать их [эмоции]. Поэтому я могла бы сказать и так: «Хорошо, бесполезно сердиться на другого человека, я могу стараться найти решение, даже идя на уступки, однако признавая при этом, что он не прав по отношению ко мне». То есть не прав во взаимоотношении. Однако дойти до того, чтобы говорить себе: «Нет, все в порядке, так и должно быть, потому что»... принимать действительность, вплоть до подавления того, что... существует, случается. Думаю, что я в определенный момент очень приблизилась к этому. Поэтому...
- Т.: Ну что ж, нельзя держать кота в мешке.
- П.: Нет, и действительно, он там и не остался.
- Т.: Кот царапается, царапается, прорывает мешок и выбирается из него взбешенным. Значит, нужно выпустить кота из мешка и приручить его, научиться хорошим взаимоотношениям с ним, раз он существует.
- П.: К тому же мой кот, должно быть, не из самых спокойных...
- Т.: Наши эмоции — это кот... Какой эффект оказало на вас выполнение этого задания? Думать о том, что вы равны другим членам вашей семьи?
- П.: В некоторые моменты я почувствовала себя... немного злой.
- Т.: В каком смысле?
- П.: В том смысле, что ясно, что их пять, самых близких мне людей. У двух из них, мне кажется, больше достоинств, чем

недостатков, в любом случае... И у трех людей больше недостатков, чем достоинств. Думаю, что это приводит к тому, что я испытываю определенное чувство вины, даже если я ничего не могу с этим поделать.

Т.: Чувство вины, почему?

П.: Чувство вины, потому что, хочу сказать... чтобы привести в пример, в любом случае, тот тип взаимоотношений, когда люди вместе. Когда я была маленькой, мне, как всем детям, задавали этот глупый вопрос: «Ты больше любишь маму или папу?» Поскольку я была воспитанной девочкой и умела хорошо контролировать ситуацию, я отвечала: «Обоих». Помню, однажды я вернулась из детского сада, мои это тоже помнят, и сказала: «Знаешь мама, я не могу спать из-за чувства вины. Знаешь, мама, в детском саду меня спросили, люблю ли я больше маму или папу. Я ответила, что обоих, но я тебя люблю чуточку больше, однако я говорила, что обоих». И я долго возилась с этой историей... папа, но ведь это не было правдой... только я хотела, должна была ответить любым образом, потому что это было правдой. То есть, не то чтобы я больше любила своего папу, чем свою маму. Вот именно, это один из тех глупых вопросов, что задаются детям, однако не подлежит сомнению, что мои взаимоотношения с отцом отличались от взаимоотношений с мамой. И я всегда испытывала большое чувство вины из-за этого. То, что мы предпочитаем... Скажем, что «предпочитаем», в любом случае, одного человека другому, создает чувство вины по отношению к тому человеку, которого не предпочитаешь. Даже если существует множество причин, по которым каждый из нас предпочитает один способ действий по отношению к другому. Это вызывает некоторое чувство неловкости.

Т.: Каждый из нас предпочитает что-то чему-либо другому.

П.: Да, но я хочу сказать, что, возможно, это и вполне нормально; это было для меня большим усилием — быть откровенной с самой собой. Потом я сказала себе: «Конечно, сделать подобное задание, к тому же стараясь при этом быть достаточно краткой...» Для того, чтобы провести более завершенную работу, я, возможно, должна была бы посвятить одну неделю каждому человеку. Думаю, что из

всего этого проступает большая общность, например, у меня с Н., чем с моим отцом, но это правда, что мы более сходны. Я не хочу сказать, что эти лучше, а другие хуже, просто с этими мы понимаем друг друга с полуслова, а с другими...

Т.: Вы должны объясняться.

П.: Мне приходится объясняться, и не только это: я их понимаю с полуслова, но и они тоже меня понимают с полуслова, тогда как с другими...

Т.: Они ничего не понимают.

П.: Они могут очень хорошо ко мне относиться, я не хочу подвергать это сомнению.

Т.: Но они вас не понимают с полуслова.

П.: Но они не понимают с полуслова.

Т.: Хорошо, согласен. В этот момент я задаю вам ритуальный для меня вопрос: каким образом мы могли бы разрушить все, что мы до сих пор построили?

Предписание сознательно вызываемого рецидива

П.: В каком смысле? Как проявление воли? То есть, что я могу сделать, чтобы все разрушить? *(Молчание.)* Не знаю.

Т.: Хорошо. Значит, на этой неделе не будет заданий, вы ничего не должны делать, помимо остающегося действительным указания избегать избеганий: делайте все то, что вам хочется делать. Но вы должны постоянно думать: «Как я могла бы разрушить все, что построила вместе с доктором Нардонэ?»

П.: Найду ли я решение?

Т.: Даже несколько.

П.: Ах, так? Они существуют?

Т.: Каким образом я могла бы все разрушить... Я не перестаю вас поражать, не так ли?

П.: И вы думаете, что мне хочется размышлять о подобном?

Т.: Да. Вы должны об этом подумать.

### **Восьмая сессия**

Т.: Итак, вы подумали о том, как вы могли бы все разрушить?

Переопределение предписания

П.: Да, я подумала; но я не нашла много ответов.

Во-первых, потому что... ответ, который, однако, не зависит от того, как не разрушить, но все достаточно рушится, когда я чувствую себя плохо... Однако, это не способ все разрушить, это просто случается. Для меня очень трудно решить ошибаться, я просто не принимаю такого решения. Единственное, что, по моему мнению, было бы способом все разрушить: «Это была просто шутка, это неправда, что все действует таким образом».

Т.: Это я должен был бы это сказать?

П.: Да.

Т.: ....

П.: Да, это правда.

Т.: Однако я мог бы также сказать: «Да, мы просто поиграли, вы не выздоровели, однако вы и я, мы до сих пор проделали все эти вещи... да вы шутите надо мной».

П.: Нет, это только вначале. И действительно, я этого не сказала... Однако остается фактом, что что-то произошло. Сегодня я одна приехала на машине, это не было развлечением, не вполне развлечением.

Т.: Но никто ведь не просил вас об этом.

П.: И никто не просил меня об этом, но я знаю, что должна избегать избеганий. Потому что, поскольку мне не слишком хотелось это делать... но было бы достаточно сказать: «Нужно...», то есть потому что обычно мой муж после обеда дома, и тогда, может, и он бы поехал и воспользовался бы случаем, чтобы сделать другие дела. Однако он не мог, и тогда мне пришлось бы сказать «да...», и вместо этого я решила, что даже просить его не буду, хотя я и знала, что это было немного... Еще и потому, что на этой неделе я не слишком хорошо себя чувствовала, возможно, были какие-то проблемы со здоровьем, то есть, не так чтобы... я чувствую себя достаточно усталой, прошел весь этот период выборов... поэтому я мало спала, и все такое прочее. И в этот раз все было несколько по-другому, по сравнению с прошлой поездкой, в том смысле что прошлая поездка была чередованием взлетов и падений. Если нарисовать график, то это было именно так, то есть вначале я отправилась в путь с самой нижней точки, я выехала, испытывая невыносимый ужас, потом на протяжении более чем десяти километров

мое состояние пошло в гору, поскольку я видела, что все идет достаточно хорошо, потом со мной случился резкий спад, в какой-то определенный момент я чувствовала себя очень плохо, но потом... в течение всей этой поездки я чувствовала зажатость желудка, не особенно сильную. Не очень страшную, но припрятанную. Однако я доехала. Во всяком случае, не в самом лучшем состоянии.

Т.: Где вы припарковались?

П.: Здесь рядом.

Т.: Вы нашли место?

П.: Да, я нашла место. В этот период мне необыкновенно везет! Я нахожу место даже на переполненных парковках.

Т.: Значит, все хорошо.

П.: Да, все хорошо. Даже не верится. Я уже сказала, это не блестящий период, однако это период, который можно пережить. Один день, утром, я внезапно почувствовала ужас, перед которым я спасовала, и это... Хочу сказать, что это потом вызвало у меня сильный дискомфорт.

Т.: Что это был за ужас?

П.: Я чувствовала, как у меня кружится голова, в общем, эти ощущения... и может быть, она кружилась потому, что, как я уже сказала, я была уставшей. Но я спасовала перед позывом принять капли для давления.

Т.: А, все же для давления.

П.: Для давления. Я их убрала, но я уверена в том, что больше о них не думаю.

Т.: Капли для давления — это неважно. Если бы вы приняли другие капли, это было бы гораздо серьезнее.

П.: Нет, нет, нет. Те капли теперь уже находятся под запретом.

Т.: Они под запретом.

П.: Они под запретом.

Т.: Хорошо, хорошо.

П.: Однако мне пришлось спастись перед каплями для давления.

Т.: Конечно.

П.: Перед идеей о том, что у меня упало давление.

Т.: Хорошо. Однако иной раз стоит думать о том, что у нашего организма могут быть какие-то проблемы.

Реструктурирование физических симптомов

- П.: Да, действительно могут. Однако это связано со страхом, поскольку головокружение значительно снизилось, когда я... после того как я приняла капли. То есть, «я действую быстро, я запретила себе верить в это».
- Т.: Значит так, дело в том, что необходимо время от времени ощущать легкий «шипок», иначе у нас не формируется идея о том, что мы достаточно хорошо со всем справляемся.
- П.: Может быть, это правда.
- Т.: Нам необходимы некоторые критические моменты, которые нужно преодолевать, иначе мы ничему не научимся. Это как дети, которые, для того чтобы научиться уверенности в себе, способности использовать собственные умения, пробуют делать что-то, что постепенно возрастает по сложности, до тех пор пока не будут в состоянии сказать себе «Какой я молодец!». Что ж, вы делаете абсолютно то же самое.
- П.: Еще и потому, что, как я думаю, раньше я была таким молодцом, что ничто меня не пугало, и это, может быть... Когда все рухнуло, это было достаточно трудно... В этот период я чувствую почти противоположный эффект, то есть, я должна быть в состоянии все делать, но мне кажется, что я почти ничего не делаю...
- Т.: Стало быть, вам не удалось найти...
- П.: Нет, мне ничего не приходит в голову.
- Т.: ...«как все разрушить».
- П.: Нет, я...
- Т.: У меня есть некоторые идеи.
- П.: Нет.
- Т.: Могли бы быть некоторые идеи, но это не обязательно так.
- П.: Вот и хорошо, это было бы лучше.
- Т.: Тем не менее, следует продолжать размышлять об этом. Так же как следует и дальше думать о том, что время от времени полезно иметь некоторые критические моменты, они должны быть, потому что преодолевая их, мы тем самым укрепляем...
- П.: Это правда.
- Т.: ...усиливаем то, что мы способны делать. Да, вот мое любопытство, которое я все откладывал: что думает ваш аналитик обо всех этих стремительных новшествах?



П.: Да, она, безусловно, заметила, что теперь все достаточно по-другому, потому что она заметила, что я теперь езжу без сопровождения... Это я сама еще не понимаю, для меня это все еще остается темным лесом...

Т.: Для меня тоже *(смеется)*.

П.: *(смеется)* ...что еще более настораживает... Помимо того, что тут имеются забавные стороны.

Т.: Конечно.

П.: Для меня все это имеет забавные стороны. То есть, это развлечение не слишком дешевое, в любом случае, лучше развлекаться на русских горках... Нет, все же, помимо всего прочего, это прежде всего трудоемко. Сейчас это становится трудоемким, и это заставляет меня призадуматься. То есть, я часто спрашиваю себя...

Т.: Что означает — заставляет вас призадуматься?

П.: Потому что я подумала, что в тот день, когда я бы...

Т.: Да, вы мне уже об этом говорили.

П.: ...почувствовала усталость, это бы что-то означало. Потому что вначале было такое неприятное ощущение от того, что мне приходилось жить с этим... что я не ощущала усталости. Сейчас же я начинаю замечать, что имеется так много всего, что я могла бы делать вместо...

Т.: Менее дорогого и, может, более интересного.

П.: Или, во всяком случае, то, что остается несделанным. У меня мания дел, оставшихся несделанными. Как когда белье остается невыглаженным, это почти то же самое. И остается несделанным многое: время, которое можно было бы провести с друзьями; время, которое я могла бы посвятить моему сыну в более, как бы это сказать, спонтанной манере — не так уж необходимо, возвращаясь, проверять, как он сделал уроки. Следовательно, целая серия разных вещей. И это для меня уже... возможно, это означает, что мне просто уже лучше, поэтому, когда я себя чувствую лучше, я не так сильно чувствую необходимость заниматься любимым делом. Я уже говорила, я бы и к колдуну пошла, что для меня это всегда было чем-то совершенно... Если бы мне сказали: «Колдун освободит тебя ото всего», я бы сразу к нему отправилась, даже пешком, я

тоже думала о паломничестве в Лурд\*, это ведь действует в некоторых случаях для тех, кому плохо.

Т.: ...Вы туда так или иначе сходили... Вы ведь совершили процессию по церквям, поставили свечки...

П.: Мне остается только участие в похоронах, и я буду в полном порядке. Я ненавижу похороны.

Т.: Я тоже.

П.: Но раньше я никогда их не ненавидела, в том смысле, что я ходила на них совершенно естественным образом. Потом прошел период, когда между мной и похоронами было максимальное выражение всех моих...

Т.: Фобий.

П.: Да.

Т.: Предстоят ли вам какие-то похороны в этот период?

П.: Да, сегодня, но я не могла на них пойти, иначе мне пришлось бы...

Т.: Даже так.

П.: Но... есть ведь похороны и похороны, то есть похороны более близких людей и похороны... логично, что похороны более близких людей вызывают больше... Но я дошла до того, что любые похороны вызывали у меня... и, по аналогии, любая церковь, любой религиозный обряд. Я уже говорила, что, может, в основе этого лежит немного антиклерикализма. И... больше не помню, о чем я говорила.

Т.: Мы говорили о том, что вам трудно участвовать в похоронах.

П.: Да, мне трудно туда идти. Мне кажется странным, что... это моя идея, но, поскольку у меня очень личное представление, я не знаю, об... хочу сказать, что мы в жизни должны выбирать некоторые модели для... И иногда я спрашиваю себя, раз аналитик абсолютно не является тем человеком, который... Возможно, это и должно делаться таким образом, чтобы дать тебе понять, в какой точке ты находишься. Когда я там, я колеблюсь от одной крайности к другой, в зависимости от того, что она мне время от времени говорит, поэтому... Поэтому в некоторые моменты я

---

\* В Лурде (Франция) находится храм Богородицы Лурдской, в который совершают паломничество приверженцы католического вероисповедания в поиске чудесного исцеления от недугов. — *Прим. перев.*

Думаю, что... нет, это то, что она думает, что она, по моему мнению, думает; не столько то, что я думаю обо всем этом, потому что для меня, хочу сказать, в тот момент, когда мне больше не захочется туда идти, она просто выставит счет и... Иногда я спрашиваю себя, думает ли она, что я сильно продвинулась вперед, и дает мне это понять в определенные моменты или же она думает, что мне еще нужно все начать сначала. Я об этом себя спрашивала.

Т.: Значит, я сказал бы, что мы оставляем неизменными некоторые вещи: избегать избегания. Стало быть, я не даю вам прямых предписаний, только избегать избеганий, хорошо?

П.: Это уже огромное предписание.

Т.: Но оно не прямое. Хорошо? И потом, поразмыслить о том, как можно было бы все сейчас разрушить, и имейте в виду историю о сороконожке, которую, думаю, я вам уже рассказывал. Но вы теперь начинайте проводить аналогию между сороконожкой, которая задумывается о том, насколько трудно шагать всеми ее ногами вместе, и некоторыми механизмами, благодаря которым нам случается немного слишком анализировать все, что происходит вокруг нас. И наконец, поскольку я сегодня чувствую себя немного коварным...

Метафора

П.: Вы пошлете меня на похороны.

Т.: Нет, нет, совсем не это. Я прописываю вам чтение, но не для того чтобы сделать рекламу моим книгам, однако, купите себе две моих последних книги: *Искусство быстрых изменений* и вот ту... ту красную и ту коричневую, которые выставлены там в витрине, и прочитайте их.

Предписание

П.: Я найду их в любом книжном магазине?

Т.: Прочитайте их, а потом, после того, как вы их прочтете, решайте, продолжать или нет анализ.

П.: Должна сказать вам одну еще более жестокую вещь в отношении анализа: думаю, что я иногда задумывалась о том, как бы мне от него освободиться.

Т.: А именно?

П.: То есть, это тенденция быть бесстрашной, то есть, я хочу сказать, по-моему, мне, несмотря ни на что, всегда было нужно вмешательство извне, то есть для меня в этот момент остается трудным...

Т.: Прервать.

П.: Да, в любом случае, в целом как отношение. Поэтому в определенный момент я сказала... Есть одна предпосылка ко всему этому, я серьезно подумываю родить второго ребенка, и это очень важное решение. По крайней мере, оно такое важное, потому что, когда я принимаю решения такого типа, потом нельзя знать, чем все кончится. И я в определенный момент подумала: «В тот день, когда это случится, у меня будут мои доводы, и у меня будут внешние доводы, которые помогут мне принять решение». Это скорее радикальная система.

Реструктурирование развитых пациенткой возможностей

Т.: Хорошо, тогда я... я бы сказал, что я вам подаю еще один внешний довод, не так ли? Вы раньше мне сказали: «Я ничего не знаю о психологии, ничего не знаю об анализе, ничего не знаю о том, ничего не знаю об этом». Хорошо, тогда я предписываю вам проинформироваться на основании чтения этих двух книг и, закончив чтение, принять решение о том, стоит или нет продолжать анализ, и при этом подумать о сороконожке. Хорошо?

П.: Да, может быть, не так уж полезно много знать.

Т.: Хорошо?

П.: Может, вы правы.

Т.: А потом, необходимо знать, являются ли наши представления истинными.

П.: Да, конечно, это...

Т.: Я всегда говорю, что игры всегда меняются, мы всегда раскрываем игры, но, раскрыв их, убеждаемся в том, что они изменились. Именно так... Вы об этом помните, не так ли?

П.: Немного.

Т.: ...Вы говорили об этом. Вы изучали нечто подобное, не правда ли?

## Девятая сессия

- Т.: Итак, что вам удалось осуществить без всякого конкретного задания?
- П.: Прежде всего, я отстала с заданием по чтению, потому что я только что начала читать. Во всяком случае, нельзя сказать, что прошедшая неделя была такой уж экзальтированной, в общем, я стискивала зубы.
- Т.: Почему, вам необходимы задания?
- П.: Нет, может быть, нет. Нет, нет, нет, потому что предписание избегать избеганий — это тоже задание... Оно не такое трудное, но иногда может стать трудным.
- Т.: Что это значит?
- П.: Как я сказала, эта неделя была не особенно... не из тех, в которые удается выложиться в полной мере, и следовательно...
- Т.: И значит, что с вами произошло?
- П.: Я была чуть больше... Должно быть, потому, что я взяла два-три дня отпуска, и это означает, что я... такая странная вещь: со мной случается, что для меня утро тяжелее, когда я не работаю, чем когда я иду на работу. То есть, хочу сказать, обычно, когда я должна идти на работу, мне без труда удается встать утром... и чувствовать себя относительно хорошо, то есть все вещи находятся на своих местах, мне может нравиться или не нравиться тот факт, что надо идти на работу, это может быть и трудным, однако, в общем-то, это постоянная схема. Когда мне выпадает другой тип утра... это как то, что я говорю, что в воскресенье мое равновесие немного не в фазе, в том смысле, что мне кажется, что кружится немного больше... у меня и голова иногда кружится. Но, думаю, это отчасти проблема другого ритма: просыпаешься попозже, начинаешь делать все попозже...
- Т.: Конечно.
- П.: У меня все идет по довольно точному расписанию: мой капучино, мой завтрак... а когда я... мой обед в два часа, а когда я дома, все это вписывается по-другому, поэтому...
- Т.: С большой вероятностью, все эти проблемы, связанные с вашей ролью...
- П.: Да.

- Т.: ...которые скорее являются небольшими проблемками, не так ли?
- П.: Да. Да, да, да, вот именно, как я сказала, идти на работу...
- Т.: Ваша роль в семье возвращается в полной мере.
- П.: Да, это так. И тогда я спрашивала себя, почему мне должно казаться, что так трудно выйти из дома за покупками, в то время как я обычно выхожу из дома гораздо раньше, иду работать, работать в таком месте, которое гораздо больше... Однако, помимо этого... Когда наступают периоды более длительного отпуска, все идет по-другому, ты на каникулах... Обычно я на каникулах всегда себя очень хорошо чувствовала, делая гораздо более трудные вещи, нет никакой роли, есть идея того, что любую вещь можно делать в любой момент утром или в любой другой момент... иначе я не могу себе объяснить, почему даже в периоды наихудшего самочувствия мне удавалось на каникулах чувствовать себя хорошо, несмотря на реально выполняемые трудные дела, потому что, я часто рассказываю, что в первый год моего плохого самочувствия у меня было давление 80, то есть, когда мне было плохо, у меня был период, в который давление было 80, а я себя хорошо чувствовала. В том году, в июле, мы поехали в Грецию, там было 46 градусов жары, то есть это была трудная для выживания ситуация, но я осталась жива. Может быть, у меня не было проблем с переживаниями о том, что я физически плохо себя чувствую, перед всем тем, что я должна была делать. В любом случае, помимо всего этого, я выжила, и это не такой уж незначительный факт. Я приехала на машине, не одна, но... у меня то еще сопровождение... я приехала в компании моего сына и моей мамы, и эта компания не из самых...
- Т.: А случались ли у вас моменты именно страха-паники?
- П.: Нет, именно паники... Нет, в большей степени недостаток желания делать...
- Т.: Меньше энергии.
- П.: Меньше энергии. То есть, мне бы хотелось отказаться, но, в общем...
- Т.: И особенно в те дни, что вы остались дома.
- П.: Да, особенно в те дни.
- Т.: О чем вас это заставляет задуматься?

- П.: Как я сказала, у меня впечатление такое, что нарушаются привычные схемы, и...
- Т.: И, когда вы дома, кто-то или что-то вынуждает вас тем или иным способом вести себя определенным образом. (*Молчание.*)
- П.: Я не знаю. Я не знаю, что... (*молчание*). Я не знаю, почему это происходит, потому что, если бы меня спросили, мне лучше быть дома или ходить на работу, я бы ответила, что мне лучше дома. То есть...
- Т.: Конечно, дома более удобно, более спокойно.
- П.: Да, я более... расслабленная, нет необходимости сердиться, работать, в общем. Кроме того, работа, которую я выполняю, не так, чтобы она приносила мне максимум удовлетворения, это самая обычная работа, то есть, работа... из тех типов работы, которые выполняешь, чтобы только дожить до 27-го. В общем, вот что я хотела сказать... стало быть, не так, чтобы я шла на работу счастливая: «Ах, как здорово, завтра понедельник!», однако это то, что я в конечном итоге умею делать, то есть, хочу сказать, что оставаться дома... Я не так уж сильна в качестве домохозяйки... в этом проблема...
- Т.: ...
- П.: Еще и потому, что, как мне кажется, я никогда бы и не смогла стать достаточно хорошей домохозяйкой, поскольку мне всегда приходит на ум, что я могла бы сделать что-нибудь еще или лучше. Я из тех, что все переворачивают... то есть, для того чтобы сделать что-то, я должна сначала разрушить то, что было. Мне не удастся... Я всегда говорю, что я максимально склонна к беспорядку, чудовищным образом, то есть, я не вижу порядка: я захожу в дом и кладу то, что у меня было в руках, на первую попавшуюся полку, и это может происходить в течение целого месяца, а я даже не замечаю этого. То есть у меня нет чувства порядка. Иногда я концентрируюсь именно на этом, и говорю себе: «Посмотрим посторонним взглядом: в этом доме царит страшный беспорядок», иначе я не вижу его. Если я решаю навести порядок, я снимаю все с полок, чтобы расставить вещи в порядке. Когда мы решили установить книжные полки в доме, в общем, книжные полки появились, после того как

мы уже прожили определенный период в этом доме, и я месяцами держала наши книги в разных шкафах, под кроватями... Потом доставили одну часть книжных полок, сначала только одну лишь часть, и все. Любой нормальный человек, из тех, что живут в нормальной семье, что решают делать вещи нормальным образом, взял бы сначала несколько коробок из тех, что больше всего мешают, и выложил бы их на книжную полку. Я — нет. Я вытащила все книги и разложила их по всей гостиной. Я задалась целью заполнить каталожные карточки на каждую книгу, претендуя на то, чтобы расставить их в логичном порядке. Это приводило в смятение всех, кто был вокруг меня, потому что, я всегда говорю, что у моего мужа есть чувство эстетического порядка, то есть: книги, которые хорошо смотрятся, должны быть выставлены в особом месте... И тогда возникла проблема: в определенный момент все книги были расставлены в эстетическом порядке, я больше ничего не находила, и тогда мы нашли компромисс, мы нашли эстетический порядок, который отвечал и логическим критериям. И это случается со мной во всех делах. Но если я должна наводить порядок... Если я должна убраться в одной комнате, я не могу просто вытереть пыль с поверхностей... я должна убрать все вещи, поэтому я на это трачу обычно в три раза больше времени, чем... нет, в десять раз больше времени, чем тратит нормальный человек на уборку дома. Никогда не возникает ситуация, в которой я могла бы сказать: «Вот теперь все хорошо», также и потому, что, как я уже сказала, имеют место эти промежуточные стадии, в которые я не отдаю себе отчета в том, что происходит. И это довольно трагично для тех людей, которые не такие, как я.

Т.: Хорошо, но вы на этой неделе избегали делать что-то?

П.: Нет. Один раз я попробовала отложить на потом. Я отложила на потом в надежде, что кто-нибудь, движимый жалостью, решится пойти со мной в супермаркет. Потом в результате никто не решился на это, и мне пришлось собраться и пойти, и я пошла туда, несмотря на то, что это одна из вещей... В общем, я попробовала, немного отсрочила, но потом сделала.



Т.: Вот, с моей точки зрения вы теперь должны думать о том, что раз мы дошли до девяноста, должны дойти и до ста. Эти последние десять ступенек — как если бы мы поднимались по витой лестнице, как та, что находится в Башне Азинелли<sup>\*</sup>: она идет вдоль стены, а в середине видна пропасть, это ужасно! Башня Азинелли прекрасна, там видно, насколько мы поднялись вверх. Вы хорошо делаете, оглядываясь, на сколько ступенек мы поднялись, но если вы посмотрите вперед, то увидите, что остался еще десяток ступенек. И последние десять ступенек очень отличаются от первых девяноста, в том смысле что они не являются настоящими ступеньками, каждая из них — как маленький подъем. Следовательно, по ним легче идти, не надо поднимать ноги, можно шагать нормально, однако для этого нужно побольше спокойствия, нужно идти потихоньку, медленно, не спеша. И еще нужно иметь в виду, что теперь важно изменить некоторые базовые привычки, некоторые умственные дурные привычки, к которым мы можем вновь вернуться не потому, что нам страшно, а в силу дурной привычки, в силу взятой на себя роли, в силу полученных навыков. Сейчас это — очень важный момент, в который следует установить новое равновесие, не испытывая больше нужды в посторонней поддержке. Это означает, в том числе, необходимость задуматься о той роли, которую вы играете внутри группы людей, с которыми вы живете. Вы хотите поговорить со мной об этом? В прошлый раз вы говорили, что играете роль «исповедника» для всех. А что вы сейчас наблюдаете? *(молчание)*.

Обнадеживающее  
реструктурирование  
достигнутых  
с помощью  
метафоры  
результатов

П.: Не знаю. Думаю, что у меня ощущение того, что, хорошо это или плохо... то есть, я надеюсь, что мое «улучшение», скажем так, не приведет других к... Они все очень ждут,

---

\* Башня Азинелли — одна из башен, расположенных при входе на территорию города Болонья (Италия). Построена в 1109 г., имеет высоту 97,2 м. Внутри башни — витая открытая лестница из 498 ступенек. — *Прим. пер.*

чтобы я вновь стала безупречной. Мне чувствуется, что они таким образом вновь немного будут пользоваться мной, вновь будут использовать меня... в положительном смысле. Однако я больше не расположена к этому, мне это дает ощущение...

Т.: Что вас эксплуатируют.

П.: Да, эксплуатируют, назовем это так.

Фокусирование  
внимания на  
второстепенной  
проблеме в  
семейных  
отношениях и  
стратегическое  
предписание  
способа общения,  
направленное на  
решение этой  
проблемы

Т.: Вас эксплуатируют в том смысле, что ориентируются на вас, как на кого-то, кому можно довериться... или в каком-то другом смысле?

П.: Я всегда считала, я тогда считала, что быть почти совершенной – это максимальное достижение. Я была очень довольна собой, если честно сказать, потому что я очень хорошо умела себя контролировать. И это позволяло другим, а может, для них это и не совсем так, в любом случае, быть совершенно самими собой и, стало быть, позволять себе взрывы раздражения... за мой счет. То есть, я считала, что за мой счет, поскольку... я была очень счастлива оттого, что я такая, что я всегда себя хорошо контролирую, что я никогда не повышаю голос. Нет, не просто «повышать голос», я могла повысить голос во время дискуссии, но, хочу сказать, я очень вдохновляюсь во время теоретических дискуссий, но никогда не была такой уж способной к тому, чтобы выступить на переднем плане... рисковать собой, не знаю, как лучше это выразить. Что же касается чувств... то есть, я могу спорить почти до ссоры: когда идет дискуссия, я обычно... обычно чувствую себя так, как будто тема спора не слишком разжигает меня, по крайней мере, так всегда происходило. Это было, с одной стороны, очень полезно для всех окружающих меня людей. По моему мнению, для всех, потому что, хочу сказать, что человек, который не согласен с тобой, но при этом просто говорит: «Ну что ж, я не согласна» или просто уступает, гораздо удобнее в общении, чем человек, который тебе всегда противоречит. В любом случае, это потом создало такую странную ситуацию, при которой окружающие меня люди в определенный момент решили, что я, в конечном

итоге, не слишком чувствительна, вплоть до того, что стали позволять себе определенный тип поведения, и никогда не задавались вопросом, могут ли их жесты ранить также и человека, который внешне кажется совершенно неуязвимым. Можно, конечно, сказать: «Что ж, это моя вина», потому что было бы достаточно ответить: «Я не хочу, чтобы ты мне это говорил» или же «Это плохо, что ты так себя ведешь»; может быть, это так и есть. Однако я хочу сказать, что я считаю, я не отрицаю тот факт, что кто-то может иметь чувствительность, которая отличается от моей. Мне кажется, что это совершенно нормально, что разные люди по-разному реагируют в определенных ситуациях, мне кажется, что я всегда внимательно относилась к тем, кто находился передо мной. Однако мне не кажется, что и ко мне относились таким же образом...

Т.: Может быть, потому что вы никогда не опросили об этом?

П.: Без всякого сомнения, я никогда не просила об этом, потому что я была уверена, что все идет... как я сказала, я была уверена в том, что я была совершенной, в кавычках.

Т.: Все вокруг вас брали и не давали, или же давали, не принимая в расчет, что и вы могли бы обидеться.

П.: Да, действительно, многих из окружающих меня людей можно было бы назвать легко ранимыми, в том смысле, что с ними нужно всегда обращаться очень осторожно, потому что, если им скажешь что-то немного другим тоном, они обижаются, даже если это к ним совершенно не относится. И эти окружающие меня люди, чем более они сами ранимы, тем более они способны говорить такие ужасные вещи, что сам собой напрашивается вопрос: «Как же они могут, если они сами так ранимы, не отдавать себе отчета в том, что некоторые вещи могут ранить других?»

Т.: Именно потому, что они ранимы.

П.: Вот именно. То есть, в любом случае, они пользуются этой невероятной системой защиты. Однако, как я уже сказала, они при этом себя хорошо чувствуют. Мне кажется, что я, в конечном итоге, могла бы и обойтись без того, чтобы служить им опорой. Мне казалось, что они, я хочу сказать...

Т.: ... что они уважали вас.

П.: Да, да; есть в этом чувство превосходства. Я сейчас отдаю себе отчет в том, что это было, главным образом, ощущение того, что «Никто не хорош в такой же степени, как я». То есть... Потом, возможно, размышляя об этом после кризиса, я, скажем так, поняла, что некоторые вещи мне совсем не нравились. И в этом отношении я уже частично изменилась: я стала гораздо легче вступать в конфликт в отношении того, что касается меня лично, и не только в случае «космических» проблем, скажем так, поэтому я думаю, что все этим были немного ошарашены...

Т.: Невероятно: все были ошарашены.

П.: ... все поражены, как члены семьи, так и люди на моем рабочем месте.

Стратегический  
маневр

Т.: Будьте внимательны: я посоветую вам один трюк, который кажется совершенно банальным, но он очень важен. Всякий раз, как у вас возникает желание напасть на кого-то вербально, не воздерживайтесь от этого, но перед тем как напасть, скажите следующее: «То, что я скажу тебе сейчас, ранит тебя, потому что я знаю, что ты ранимый человек, однако, знаешь, я должна тебе это сказать».

П.: Да, да, я начала именно так и поступать. Я уже сказала, люди этим просто ошарашены.

Т.: Однако вы должны пользоваться этой формулой.

П.: Значит, я должна говорить таким образом? Прекрасно.

Т.: «Знаешь, то что я тебе сейчас скажу, совсем не приятно, может сильно ранить тебя, но я должна тебе это сказать», а затем...

П.: В каком-то смысле, мне кажется, я стала немного более, как это сказать, строгой в отношении других людей. То есть вначале я была в той фазе, когда я находила оправдание для всех, находила для всех уважительные причины. Были люди, с которыми мне было более или менее приятно находиться, люди, которые более или менее интересовали меня, однако я, обычно, всегда была готова... Сейчас я с большим вниманием делю окружающий мир: то есть, есть люди, которые меня интересуют и с которыми я согласна сделать некоторые усилия, чтобы найти... в любом случае,

они годятся для меня, потому что у нас есть что-то общее. Другое дело — быть вежливой с людьми просто для того, чтобы быть вежливой, но они для меня ничего не значат. То есть, я хочу сказать, я же не могу быть весела и счастлива со всеми. Или я что-то не так понимаю... еще и потому, что пока... пока речь идет о взаимных отношениях, мне кажется, что это было бы и правильно, но когда отношения совсем не взаимны... В результате я, в конечном итоге, стала гораздо более злой.

Т.: Конечно. Это важно — сердиться.

П.: Да, вот именно. Нужно ведь говорить им это, так? Замечательно.

Т.: Хорошо. Теперь мне любопытно узнать следующее. В следующий раз мы с вами встретимся десятый раз, сегодня девятая сессия. Что, по-вашему, изменилось с тех пор, как вы пришли сюда? И в какой степени изменилось?

Оценка достигнутых результатов

П.: Многое изменилось, в том смысле, что, когда я пришла сюда, мне казалось, что я дошла до такой стадии, когда... то есть, мне понадобилось три года для того, чтобы принять некоторые вещи, однако я смирилась с этой зависимостью, которая, в любом случае, уже существовала. То есть, единственное, что я сделала за весь этот период, это — в конечном итоге смирилась с зависимостью... может, это и было необходимо, хочу сказать, весь этот пройденный путь — смириться с этим означало, в любом случае, признание того, что у меня было... как бы это сказать, это было последним моментом, который я должна была решить, в любом случае, потому что, как я уже сказала, вначале были только физические проявления, которые прежде всего нуждались в решении, помимо психологического дискомфорта... Тот факт, что имели место физические проявления, которые одно за другим преодолевались, потому что было возможно физически найти решение, одно сменяло другое, потому что, решив одну проблему, было необходимо заниматься следующей. И так вплоть для того момента, когда закончились все оправдания, скажем так, и то, что осталось, было... то есть, в определенный момент я

была вынуждена остановиться и сказать: «Бесполезно искать физический недуг, о котором бы ты больше не заботилась после его решения, раз ты продолжаешь плохо себя чувствовать. Очевидно, речь идет о чем-то совершенно ином». И может быть, я пришла к тому, чтобы сказать себе: «Мне необходима помощь, мне необходима помощь окружающих меня людей». Это был переход к следующей фазе, потому что это означало до конца понять и признать... нет, не признать, но в любом случае понять, что речь идет о чем-то, что связано, скажем так, с головой. Я это с самого начала отрицала, а теперь я дошла до того, что, когда одна моя подруга в последнее время плохо себя чувствовала, у нее были нарушения в равновесии, она упала, потеряла сознание, ударилась головой и сказала мне: «Врач хочет сделать мне электроэнцефалограмму, чтобы удостовериться, нет ли внутренней гематомы», то я сказала ей: «Надеюсь, что у тебя есть внутренняя гематома, потому что с этим сразу можно справиться, когда все заканчивается, все действительно заканчивается». Это, по моему мнению, выражало мою сильную тревожность. Когда я пришла сюда, я практически дошла до той фазы, когда я почти смирилась с тем, что я полностью завишу от других. Я не знала, какой мог бы быть выход из этого, потому что мне казалось невозможным противостояние этой воле, потому что мне это никогда не удавалось сделать. То есть три года назад я отталкивалась от идеи о том, что с помощью силы воли можно противостоять всему, и это было... И это было, как бы лучше сказать, как если бы я начала шагать с другой ноги, оценивая происходящее из предпосылки, что и такое может случиться. Возможно, это было то, что я вначале... Вначале я применяла обычную схему: со мной этого не может случиться, со мной этого не должно случиться, у меня достаточно сил, чтобы этого не произошло, со мной ничего не случится, я добьюсь того, чего хочу. Так всегда было в моей жизни и, стало быть, с логической точки зрения, для меня чувствовать себя плохо означало... Как я уже сказала, я бы поменялась на вирусный гепатит, на бронхопневмонию, на аллергическую астму, на что угодно. И стало быть, теперь надо вновь отправиться в путь с силой

воли, но при этом не делая вид, что ничего не произошло и что все это не существует, что все это не могло случиться со мной, поскольку это никогда не действовало в качестве системы. Вновь отправиться в путь, с трудом, чтобы убедиться, что в том, что можно искать, как бы лучше выразиться, равновесие на ином уровне. Не абсолютное равновесие, как я себе его представляла раньше. Как я уже сказала, раньше я говорила себе: «Все в порядке», и все было в порядке, должно было быть в порядке, не знаю как, но в любом случае было в порядке. Сейчас же у меня кружится голова, и я говорю себе: «Ну что ж, это так, посмотрим, смогу ли я справиться, несмотря ни на что». И действительно, один раз случилось, что я так себя чувствовала... То есть так, первая фаза: когда у меня кружилась голова, я спускалась в бар под нашим домом и выпивала кофе, в любом случае, с парой присутствующих людей это не было проблемой, в любом случае после кофе все проходит, и у меня все проходило. Потом была следующая фаза: у меня кружится голова, это должно пройти, это должно пройти, и все возрастало состояние возбуждения, я не знала, что делать: «Потому что мне не удастся контролировать». Сейчас, с течением времени все немного изменилось, скажем, что сейчас, когда у меня кружится голова, я говорю себе: «Ну вот, опять. Ну что ж, посмотрим, удастся ли мне провести эти десять минут с головокружением, со мной ничего особенного не случится, мне будет немного плохо, но я справлюсь с этим, я справлюсь с трудом, но, возможно, через десять минут все пройдет». С таким подходом я еду на машине в Ареццо.

Т.: Вот я хотел бы понять: вы произнесли весь этот замечательный монолог на теоретическом уровне, как вам это всегда хорошо удается, но он мало практичен. Что в вашей жизни конкретно изменилось за последние девять недель?

П.: Что конкретно изменилось? То, что мне удается делать кучу вещей, которых я раньше больше не делала. Это самое существенное.

Т.: Следовательно, что конкретно изменилось?

П.: Все идет лучше.

Т.: Изменилось качество вашей жизни?

- П.: Да. В этой фазе качество жизни, безусловно, изменилось. Количество тоже, в том смысле, что... насколько больше у меня теперь желания выходить, я живу не замуровываясь в четырех стенах, как я уже говорил. (Раньше было): «Хочу спать, и все, не хочу думать об этом».
- Т.: Тем не менее, подумайте вот о чем: в течение ровно 12 минут вы излагали нам ваше объяснение... Вы показали нам, какая вы молодец в построении...
- П.: Ах, могу себе представить.
- Т.: Так же как за 12 минут вы не сказали о самом существенном.
- П.: Нет.
- Т.: Что-то, что изменило вас на самом деле, и то, что изменилось — это то, что вам теперь удается делать разные вещи.
- П.: Да.
- Т.: И что вы теперь делаете гораздо больше и лучше и, стало быть, живете лучше.
- П.: Да.
- Т.: Это должен был быть ваш первый ответ.
- П.: Конечно, но я не знаю, почему я до определенного момента моей жизни...
- Т.: В то время как вам очень здорово удаются суперсложные и суперсложняющие панегирики.
- П.: Да, могу себе представить. Но это потому, что вплоть до определенного момента это функционировало. Это не важно.
- Т.: Потому что проблемы, которые у вас возникли, зависят от этого.
- П.: Конечно, я в этом не сомневаюсь. Однако я продолжаю задаваться вопросом, почему вплоть до определенного момента... может быть, это неправда, что все это не имело места, может, все это случалось на другом уровне и... все больше скапливалось!
- Т.: Я бы сказал, что это именно так и было. Если говорить в процентах, какую часть ваших проблем нам удалось решить, по-вашему?
- П.: 95%.
- Т.: Как вы сказали?
- П.: 95%.
- Т.: Это больше, чем я сказал?



П.: 5%, по-моему, относятся к стабильности результатов. То есть, хочу сказать, по-моему, теперь остается только все «зафиксировать», что означает...

Т.: Сделать постоянным.

П.: Сделать постоянным.

Т.: Чтобы добиться этого, существует эта шкала, о которой мы говорили, и, что еще важнее, мы должны изучить, каким образом следует установить новое равновесие в отношениях с окружающими вас людьми. Стало быть, я хочу, чтобы вы сейчас внимательно изучали, какие отношения до сих пор существовали, какие наилучшие отношения с ними могли бы быть, как мы могли бы их построить продолжая избегать избеганий и, прежде всего, избегать возвращения дурной привычки. Не страха, а дурной привычки.

П.: Да.

Т.: А потом следует освободиться и от другого порока, но об этом позаботится правильное чтение. Согласны? До следующей недели.

### **Десятая сессия**

Т.: Как прошла эта неделя?

П.: Неплохо.

Т.: Что это означает — неплохо?

П.: В том смысле, что у меня не возникло особых проблем ни при каких делах.

Т.: Каких делах?

П.: Везде бывать, ходить... У меня было совсем другое отношение, я забыла, что раньше я должна была для этого делать над собой усилие. Я просто делала, и все. В общем, хочу сказать...

Т.: Стало быть, вы не должны были делать над собой усилие: «я должна сделать что-то», это происходило натуральным образом.

П.: Я даже была озабочена в противоположном смысле, при выполнении многих вещей: я должна бы находиться здесь, вместо того чтобы говорить «сейчас попробую, сейчас

попробую». Нельзя сказать, что все теперь функционирует в совершенстве...

Т.: Это никому не удастся.

П.: Да, вот именно, думаю, что ни у кого не может все всегда функционировать в совершенстве, поэтому... В то время как я обнаружила, когда вы говорили мне, что я должна была говорить другим людям, когда я хотела им сказать... мне не выпал случай делать это. И я спросила себя, почему... то есть в определенный момент я сказала себе: «Почему мне не пришлось никому сказать это?» И единственное, что мне пришло при этом в голову, было... Возможно, как бы это сказать, больше уважая себя, в том смысле, что не так чтобы я раньше себя не уважала, однако для большей простоты можно сказать: быть более уверенной в себе, не чувствовать необходимость оправдаться. Возможно, еще вчера этого не было. Я уже создала себе такую сильную позицию, что другие даже больше и не пытаются.

Т.: Хорошо.

П.: Да, это ощущение, которое я давно уже не испытывала, изменение в моем отношении, которое, возможно, было вызвано всем этим... Раньше я была более... могла быть... более озабочена тем, что другие еще не готовы. Или же, действительно, у меня ощущение того, что все гораздо проще... Никто больше даже и не пытается, должен сначала хорошо подумать, прежде чем пробовать... Поэтому все достаточно...

Т.: Стало быть, это была очень спокойная, безоблачная неделя.

П.: Да, вполне... вполне! Я уже сказала, ну, какие разговоры, то есть, прежде всего, бывают такие дни, такие дни... например, сегодня у меня болит голова. Но это вещи достаточно...

Переопределение  
произошедших  
изменений в виду  
завершения  
терапевтического  
процесса

Т.: Можем ли сказать, что на сегодняшний день решенные проблемы превысили 95%?

П.: Да, конечно.

Т.: До чего мы добрались, до 99,9%?

П.: Да, да, да. Всегда остаются некоторые моменты...

Т.: Эти 0,0...%

П.: Да, именно эти... *(смеется)*. Возможно, когда они случаются... однако, вне всякого сомнения, я бы сказала, что я являюсь оптимистом: я всегда знаю, что со мной может что-то случиться, но это меня... не слишком волнует.

Т.: Можно сталкиваться и противостоять.

П.: Да, можно противостоять.

Т.: Окружающие вас люди...

П.: По мнению окружающих, у меня все пришло в порядок уже 5-6 сессий назад, в совершенный порядок! *(смеется)*. Они только этого и ждали.

Т.: Они заметили большое изменение, а потом не заметили последующий прогресс.

П.: Потом, как я уже сказала, у меня ощущение того, что меня теперь больше уважают, в том смысле что... не знаю, так ли уж сильно меня уважали раньше, даже если я была... я была очень степенной. Однако хочу сказать, что это было в определенной степени само собой разумеющимся: мне все удавалось, и все тут... не о чем было особенно задумываться. В общем и целом, мое недомогание пошло на пользу, в некотором смысле...

Т.: ...

П.: Не было полезным, когда я плохо себя чувствовала, однако в тот момент, безусловно, мое недомогание придало мне более человеческие характеристики. Я позволила себе быть слабой и, следовательно...

Т.: Это стало замечательным отступлением: «Я могу быть слабой». Хорошо, на этом этапе моя с вами работа прекращается, в том смысле, что, принимая во внимание развитие ситуации, я считаю мое собственное терапевтическое вмешательство завершенным. Я начну реже назначать наши встречи, и они сделаются «контрольной болтовней», как я их называю, и они будут становиться все более «разбавленными», мы встретимся несколько раз через гораздо более длительный срок, это будет своего рода поэтапный выход из терапии (follow-up). Вас это не пугает?

П.: Нет. Это меня обнадеживает, хочу сказать... Никогда не знаешь, что будет, когда уйдешь отсюда... Например, сегодня, мысль о том, что это десятая сессия, меня немного... Если честно, в общем...

Т.: Если бы была необходимость в одиннадцатой, двенадцатой, тринадцатой сессии... я бы продолжил.

П.: Да, конечно.

Т.: Но я бы сказал, что уже на двух последних сессиях по нашей оценке достигнутые изменения были таковы, что можно было бы начать завершение немного раньше, не так ли?

П.: Да, да, да. Да, это так. «Если вдруг потом что-то случится».

Побуждение  
к личной  
автономии

Т.: Я всегда здесь. Я всегда так договариваюсь с людьми: когда терапия завершается, это не означает, что я закрываю свою дверь и больше не хочу видеть этого человека. Наоборот, это означает, что при любой проблеме достаточно позвонить, и я гарантирую возможность встречи в возможно кратчайший срок, в течение одного — максимум двух дней. Это моя гарантия...

П.: Хорошо.

Т.: Я думаю, что вам это совершенно не понадобится, однако важно, чтобы вы знали об этом.

П.: Да, это придает гораздо больше уверенности.

Т.: Так же важно назначать более отсроченные встречи, которые, однако, становятся настоящим контролем над ситуацией.

П.: Да.

Т.: Сегодня представляется очень важным вновь подтвердить тот факт, что, даже если я и использовал некоторые немногие странные методы... вместе со слегка суггестивными техниками и так далее, как я уже раньше говорил, я только лишь простимулировал ваши ресурсы. Я не добавил ничего, что уже не находилось бы в вашем контейнере. Я только вынул из него то, что там уже было, но застряло. Стало быть, ответ... В сущности, вся заслуга в произошедших изменениях — только ваша.

П.: Будем так считать.

Т.: Я был просто... как резчик бриллиантов, который должен вынуть прекрасный камень из грубого сырья, который должен наносить удары в правильных точках, не слишком сильные и не слишком слабые, потому что иначе он либо разобьет бриллиант, либо ничего не достигнет. И так вплоть

до того, пока он не создаст драгоценный камень со всеми его гранями. Я сделал только это, но камень уже был, иначе я не смог бы изобрести бриллиант...

П.: Это вы так говорите! Я не ставлю это под сомнение, Боже упаси.

Т.: Сейчас важно, чтобы бриллиант продолжал сверкать, не нужно его упрятывать в грязь.

П.: Хм:

Т.: И для этого не требуется прикладывать больших усилий. Достаточно позволить ему сверкать. И в заключение: вы прочитали предложенные мной книги?

П.: Я еще не закончила, потому что одна книга из тех, что...

Т.: Из крепких.

П.: Из крепких (*смеется*).

Т.: Так вы же привыкли к...

П.: Да, но я, когда читаю, должна... возвращаться назад... Чтение разделяется на типы, когда я училась, я сначала читала первый раз, как я это называла, «вслепую», то есть читала все подряд, а потом... Теперь же я обычно использую метод продвижения маленькими шагами, хотя я, к сожалению, за эти годы в большой мере потеряла привычку к чтению, и это... Поэтому мне случается... я прочитала первые четыре страницы... однако...

Т.: Однако вы нашли некоторые объяснения...

П.: Да. Я сказала: «Вот почему, вот почему!» Как бы это сказать, это очень забавно для человека, который никак не связан со всем этим — открыть для себя, что это правда. То есть, когда читаешь: «Неужели?! Невероятно!»

Т.: Вот-вот, по отношению к другому аспекту, к вашему копанию в глубинном, какой эффект на вас оказало чтение?

П.: Это очень особый разговор. Я думаю, что копание в глубину, если честно, я не знаю, насколько оно является копанием в глубину. Кроме того, не могу сказать, чтобы меня так уж интересовало копание в глубинном.

Т.: Еще и потому, что следует понять, существует ли это глубинное.

П.: Да, хочу сказать... потому что я считаю, что существует глубинное, которое принадлежит только мне, я могу и ошибаться, но для меня совершенно ничего не меняется

от того, является ли человек, который находится рядом со мной, аналитиком или нет. Хочу сказать, потому что я, в конечном итоге, должна бы рассказать вам некоторые вещи. Следовательно, я хочу сказать... думаю, что, к сожалению, это всегда было немного... помимо того факта, что я не знаю, насколько глубоко можно докопаться. Потом, существуют некоторые вещи, которые существуют для тебя, но они находятся настолько внутри, что трудно сформулировать их в мысль даже для тебя самого, стало быть, хочу сказать... И это... однако, скажем, что до определенного момента, пока мне не стало плохо, для меня это было приобретенным знанием: мне плохо удается отдавать себя больше, чем мне бы этого хотелось, это, скажем так, жизненный метод, возможно, и ошибочный, поскольку... Это потом вызвало целую серию проблем, но это другой разговор. И это одна вещь. Думаю, что значимость, в кавычках, этой вещи, значимость, которая, повторяю, стоит весьма дорого, была сначала следующей: в то время это служило для того, чтобы понять, что у меня было ощущение того, что я нуждалась в чем-то, в ком-то, что мне было плохо, даже если... то есть, хочу сказать, «если нет врача, то и болезни нет», если нет...

Т.: Конечно.

П.: ... чего-то, что оправдывало бы тот факт, что ты туда ходишь. И по-моему, это, возможно, было мне необходимо, поскольку, как я сказала, если бы у меня была хорошая язва желудка...

Т.: А в настоящий момент?

П.: В настоящий момент... Еще и потому, как я это и воображала себе, мне теперь это в тягость. Пока мне это не было в тягость, возможно, я считала это необходимостью или, по крайней мере, мне был полезен этот аспект. Был полезен... не знаю, насколько он мне в конечном итоге был полезен... сейчас мне становится в тягость ходить туда три раза в неделю... и, может быть, в сентябре... Боже упаси, я даже думать об этом не хочу.

Т.: Хорошо, мы с вами встретимся через три месяца для контроля (follow-up). И помните: бриллиант не должен прикладывать усилия для того, чтобы сверкать.

## 2. Ритуал и контр-ритуал: обсессивно-компульсивное расстройство

### Первая встреча

(Входят родители пациента)

Отец: М. 17 лет, и он остался на второй год во втором классе Естественно-научного лицея, и, стало быть, я попытаюсь изложить вкратце тот длительный процесс, который начался два года назад, когда — то есть, по крайней мере очевидные факты проявились два года назад, когда — по этой причине я не захотел привести сюда с нами мальчика, М. известна только часть истории.

Определение  
проблемы

Т.: Конечно.

О.: И, следовательно, М. был... обнаружен в машине карабинерами нашего района, в компании человека... в машине, с человеком того же пола... таким же «взрослым» как я, или может даже несколько старше... который, как потом оказалось, был лучшим другом нашей семьи, и который уже в течение некоторого времени обольщал его и, скажем так, у них это была уже не первая встреча...

Т.: Простите меня...

О.: Да, пожалуйста.

Т.: М. — это ваш старший или младший сын?

М.: Старший.

О.: Эти встречи носили явно гомосексуальный характер и, кажется, все ограничивалось, если можно так выразиться, ситуациями взаимной мастурбации или даже орального контакта, в этом смысле. В настоящее время, так как этот человек был осужден — по этому делу было обращение и в апелляционный суд, — но этот эпизод, скажем, был достаточно... это произошло в феврале 1988. В период с... скажем, с ноября... (обращаясь к жене), правильно? Начиная с ноября 1988. Скажем, спустя семь или восемь месяцев после того как это случилось, М. начал переживать кризис... так как я работал в своей студии, моя жена звонила

мне и говорила: «Возвращайся, здесь с М. невозможно справиться»; именно тогда это с ним и началось; он начал закрываться в шкафу, не желая никого больше видеть...

Т.: Младший или старший?

О.: Младший.

М.: Это всегда только младший доставляет нам такие проблемы, не старший.

О.: Я хочу сказать одну вещь насчет М.

М.: *(перебивая)* Как будто бы М. никогда у меня и не было, *(терапевту)* вы понимаете?

О.: Старший не имеет к этому никакого отношения. Он уже некоторое время живет самостоятельно, отдельно от нас... и он стал закрываться в шкафу, говоря при этом: «Я не хочу никого больше видеть». После того, как это случилось...

Т.: Извините меня... м-м-м, нет, возможно, я не понял. Это у М1 или у М2 были гомосексуальные проблемы?

М.: У М1, нашего младшего сына.

Т.: Хорошо. Все, что вы рассказывали, было про вашего младшего сына?

М.: Да, все, о чем мы рассказываем, касается нашего младшего сына.

О.: Только нашего младшего.

Т.: Очень хорошо.

О.: И в тот момент, в ходе терапевтического лечения мы говорили о том, как все это могло случиться; и он: «то да се, отчасти из страха, что вы узнаете, что тот человек приставал ко мне». В общем, в конечном итоге, скажем, что этот человек получил... *(фыркает)* доступ к М., который поддался этой ситуации. Так или иначе, после того как эта история закончилась, вот именно, вмешательством караби-неров, и прошло семь или восемь месяцев...

Т.: Это стало достоянием гласности?

О.: Нет, нет.

М.: Нет.

Т.: Это осталось в большом секрете?

О.: Да, между нами...

Т.: Вмешательство полиции не вызвало...

О.: *(перебивая терапевта)*. Это ничего не вызвало, потому что...

Исследование перцептивно-реактивной системы родителей и предпринятых попыток решений, если таковые были – особенно в отношении социального контекста



- Т.: (продолжая свой вопрос, прерывая отца)... ..изменений в социальном окружении?
- М.: Это был закрытый процесс, доктор.
- О.: В социальном окружении? Нет, потому что кроме всего прочего карабинеры нашего округа — мои друзья; я их знаю. Старший по званию позаботился об этом, так что не было никаких проблем с этой точки зрения. И тогда, через шесть — восемь месяцев после того, как все это случилось, М. начал делать ненормальные вещи. Это также совпало с тем, что за пару дней до этого был украден очередной мотоцикл и, кроме того, с тем, что его бабушка, моя мать, недавно умерла. Несколько дней спустя мы начали беспокоиться и повели его к врачу. Он в течение примерно десяти дней оставался в постели — шесть, семь, восемь дней, десять дней — дома в постели, не хотел выходить из дома, и мы, в конце концов, убедили его пойти на прием к профессору в N, к детскому психиатру.
- М.: (прерывая) Пятого февраля исполнился год...
- О.: ...который вначале диагностировал обсессивный психоз, но позднее сказал: «Нет, возможно, это пограничное состояние». Что бы то ни было, он прописал таблетки *Setas*, это препарат, который продается в городе-государстве Ватикане, препарат... но так, очень, очень легкий... в почти терапевтической дозе: полтаблетки, один раз в неделю, тогда как обычно это 2 — 3 таблетки в неделю...
- М.: (прерывая) Иногда только четверть...
- О.: Иногда только лишь четверть таблетки. Кроме того, три капли *Psicoperidol* и *Anafranil*, одну таблетку — детская доза, можно сказать. Потом он в феврале посоветовал нам: «Давайте сделаем так: у М. теперь уже такая ситуация в школе... в августе, может, было бы хорошей идеей, если бы ваша семья попыталась сменить обстановку». Воспользовавшись тем, что обычно в летний период и до конца октября я езжу в И., где практикуюсь в своей профессии художника, то в феврале мы решили: «Давайте сделаем так: почему бы нам не переехать в И. раньше?» Таким образом, я записал его на второй семестр в школу — там, в И... Он ходил в школу в течение месяца, но после этого ему это больше не удавалось; он не хотел находиться среди других людей. Я ду-

- маю, что у М. много друзей, действительно много друзей, многие к нему очень хорошо относятся, особенно здесь, в этом районе, они его уважают, короче, любят его и раньше были ему близки. Он ходил на дискотеки, но потом...
- М.: *(прерывая)* Он ненавидел толпу.
- О.: Он возвращался *(выразительно, эмоционально)* и говорил: «Я больше не могу находиться там». Потом, когда наступила весна, я в один прекрасный момент... да, ему было по-настоящему плохо... Я постепенно прекратил медикаментозное лечение, но эти лекарства не были назначены ему в один и тот же момент. Сначала одно, потом другое, потом еще другое. И так, с наступлением весны и с помощью его друзей, можно сказать...
- М.: *(перебивая)* Можно сказать, что ему удалось отвлечься...
- О.: Отвлечься. Он сказал, что хорошо провел лето. Вместе с тем в тот период дома его проблема, скажем, была связана с одним словом — СПИД, СПИД...
- М.: *(Прерывая)* Кровь. Он не может выносить вида даже капельки крови...
- О.: Кровь, СПИД, шприц на земле... и он завел привычку мыться два, три раза в день, с шампунем, пеной, он использовал шампунь литрами, литрами и литрами...
- М.: Он моется и не вытирается.
- О.: Шампуни *(выразительно, эмоционально)*...
- М.: Для него полотенца недостаточно свежие...
- О.: *(Перебивая)* Минутку, это было в начале...
- М.: *(продолжает, перебивая в свою очередь)* ... стаканы не чистые, тарелки, вилки — у меня было ощущение, что я схожу с ума, бегая взад и вперед по дому, чтобы ублажить его, и теперь он — извини меня *(обращаясь к мужу, который пытался прервать ее)*, но он возвращается к тому же состоянию, в котором он находился именно в этот же самый период прошлого года, когда мы уехали для того, чтобы он чувствовал себя спокойнее.
- О.: *(прерывая, к терапевту)* Можно я закурю?
- Т.: Да.
- М.: Он вновь вернулся...
- О.: *(перебивая жену, предлагает терапевту)* Вы хотите сигарету?

Т.: Нет, спасибо.

М.: Он вернулся в кровать и больше не вставал. Я все еще прикладываю усилия, доктор, при приготовлении еды, он любит всякие деликатесы, немного необычную еду, как и во всем, что он делает. И как я уже говорила, сейчас он возвращается к тому же периоду прошлого года. Он берет... бутылки со спиртом — они могут быть заражены и больше не годятся, мы должны купить новую, потому что эта «заболела». То же самое с сигаретами, потому что он много курит. Сейчас ему будет 17 в следующем месяце.

Т.: То есть он приписывает определенную... живость, одушевленность вещам? Оживляет, анимирует предметы? Поэтому он говорит, что бутылка «заболела».

О.: О, да. Бутылка больна, пачка сигарет упала на пол и, следовательно, заболела, то же самое с зажигалкой.

Я хочу попробовать вспомнить, тогда, в летний период он достаточно хорошо себя чувствовал, он освободился от проблемы с шампунями, биде и так далее, и можно сказать, перестал предаваться чрезмерной и, в общем, неоправданной, гигиене. Он провел все это время довольно хорошо. Он продолжал проявлять беспокойство по поводу мелочей — не знаю, стакан, вилка — но это было так, терпимо. Потом мы вернулись в Н., точнее, моя жена первая вернулась в Н., так что...

М.: *(прерывая)* Чтобы он пошел в школу, чтобы он мог повторить учебный год.

О.: Начать учебу в школе, тогда как я предполагал остаться там в октябре и поработать. Но меня вызвали раньше, потому что М. начал себя опять плохо чувствовать, в то время как он уже ходил в школу, и я вернулся в Н. раньше, чем планировал... Потом по дороге в школу... *(исправляет оговорку)* по дороге на дискотеку М. попал в аварию. Ему наложили шину, которую вскоре должны снять, возможно, ее снимут на следующей неделе. Он попал в аварию, его положили в больницу на операцию, я был «госпитализирован» вместе с ним, в течение шестнадцати дней я не покидал его ни

Исследование перцептивно-реактивной системы пациента, как она воспринимается родителями

днем, ни ночью, так как он не хотел, чтобы я оставил его одного — с огромными трудностями для того, чтобы накормить его, носил взад и вперед...

М.: *(прерывая)* Он не может пользоваться туалетом, если это не его домашний туалет.

О.: «Где положили это? А где положили другое?» И все в таком духе. Потом, после больницы, скажем, в период выздоровления, когда он...

М.: *(прерывая)* Дома...

О.: Проблема заключается в том, что сейчас он продолжает, он опять начал с этим биде... Сейчас он перестал...

М.: Он не вытирается, он не...

О.: Да, сейчас он перестал вытираться, возможно потому, что полотенце находилось не там, где следует...

М.: О, позволь мне сразу сказать еще одну вещь, пока я не забыла; вдруг постель с только что сменным бельем, чистая...

О.: *(перебивая)* Если он видит крошечное пятнышко...

М.: Нет, нет, даже если его там нет. Он отпрыгивает, как пружина: нужно выбросить полотенца, поменять подушку и наволочку — и что еще, я не знаю — простыни, все в этом роде.

Т.: Хорошо. Таким образом его основные симптомы сейчас — это мысли, навязчивые идеи насчет грязи и возможности заражения...

О.: Сейчас он вызывает у себя рвоту — это то, что он делал год назад...

М.: *(перебивая)* С помощью зубной щетки, все время, доктор, он делает это все время...

О.: Он может делать это даже семь, восемь раз, и если ему не удастся достичь цели, он съедает что-нибудь, чтобы спровоцировать рвоту...

М.: *(перебивая)* Да, он идет на кухню. Но, доктор, я заметила, что за последние дни, точнее, как минимум за последние пятнадцать дней, ситуация все ухудшается, как в прошлом году. Однако он теперь реагирует следующим образом: звонит отцу в студию, потому что он не хочет находиться дома, и идет в студию; однако он очень нетерпимый мальчик, он был таким с малых лет, доктор, я считаю важным подчерк-

нуть это. Мой муж говорит, что, может, это не имеет никакого отношения, но у нас, к сожалению, в нашей семье есть прецеденты с обеих сторон; с моей стороны — одна из сестер моей матери, которая была травмирована после десяти лет жестокого обращения мужа с ней, который истязал ее даже по поводу того, что еще только должно было бы случиться; и потом, у меня есть сестра, которая, к сожалению, распускает руки в отношении моей матери. Мой сын иногда делал это, иногда делает то же самое по отношению ко мне; иногда он пристально смотрит на меня и говорит, что должен убить меня. Сейчас он больше этого не делает, возможно, благодаря той инъекции, которую мы ему сделали...

О.: *Mobiten*, половина ампулы в месяц, — вот только в этот месяц, поскольку он настойчиво проявлял такое поведение, ему ввели дважды по половине ампулы.

М.: С очень коротким промежутком времени между двумя инъекциями.

Т.: Это опять-таки сделал психиатр?

О. и М.: Да, опять он.

О.: У меня с собой есть некоторые рецепты на тот случай, если вы сочтете нужным взглянуть. (*Достает рецепты из кармана и дает их психотерапевту*).

М.: Он говорит, что это серьезно, доктор. Он говорит, что положение серьезное, как если бы мальчик регрессировал в своем развитии на три или четыре года назад.

О.: Он... М. говорит... нет, я уверен, что... сейчас я бы хотел посмотреть...

М.: (*перебивая*) Он ждал с нетерпением прихода сюда, к вам.

О.: Да, подожди минутку... когда он увидел вас по телевизору в шоу Маурицио Костанцо, он немедленно позвонил мне и сказал: «Папа, я сейчас слушаю что-то очень интересное. Может быть, доктор Нардонэ — тот человек, который может решить мои проблемы...»

М.: «Он поможет мне сделать это, он поможет мне».

О.: Тогда мы пошли и купили вашу книгу и прочитали ее; я прочитал только несколько отрывков, так что...

М.: (*прерывая*) Да, поскольку он не в состоянии читать.

О.: Он очень этим вдохновился; это очень важно для него, и, возможно, это факт несомненно...

Т.: Положительный.

О.: Положительный.

М.: Он говорит: «Когда я выздоровлю, я устрою большую вечеринку». *(Терапевт возвращает рецепты отцу)*.

О.: Скажем, что, в конце-то концов, с практической точки зрения он имеет поддержку от меня, от своей матери, от своих друзей; скоро, когда настанет теплый сезон, мы, возможно, должны будем вернуться в И.; и может быть, он...

М.: Но это, самое большое, даст ему возможность отвлечься, доктор.

О.: Он говорит, что постоянно думает об этих вещах, всегда об одном и том же...

М.: О заражении. Потом, в последнее время он не так часто пользуется биде, однако, он протирает губы спиртом. И действительно, если вы посмотрите на его губы, вы увидите, что они все потрескались.

О.: Ситуация с биде улучшилась.

М.: Но он посвятил себя рвоте. А потом спирт использовался и для биде — я должна была чистить его, прежде чем он начнет мыться; к тому же он больше не вытирался полотенцем, он встает с биде и ходит со всем этим мылом, стекающим у него между ног.

О.: И нужно сказать, что эта все более обременительная ситуация, в особой манере обременительная ситуация, я не знаю... кроме того, вот уже четыре месяца у него эта нога... Он был в больнице... он не может свободно ходить...

М.: Да, но его поведение не становится лучше, когда он на улице, оно становится еще хуже.

О.: Да, я понимаю, я хотел сказать... А потом, эта обременительная ситуация совпала именно с тем моментом, когда он узнал, что мы можем приехать сюда к вам, через несколько дней после того, как мы видели вас в шоу Маурицио Костанцо, и она сказала мне... так мол и так... И таким образом мы решили... Помимо всего, мне показалось, что это... Прошлым летом М. посещал психиатра-психотерапевта, десять — двенадцать сеансов, но затем в июле и августе он был в отпуске и предполагалось, что мы встретимся вновь в сентябре. А потом в сентябре М. решил остаться в И., так как у них (с терапевтом) не установилось особых

отношений; это была индивидуальная терапия. М. сказал: «Мы сидим там часами, не говоря даже ни одного слова»... в общем, не кажется, чтобы он получил... Хотя, я должен сказать, что он практически полностью и почти внезапно прекратил все это мытье в ванне, благодаря пари, которое он заключил с доктором. Он сказал: «Я собираюсь выиграть это пари», и с того момента он, можно сказать, в конечном итоге, прекратил это делать.

М.: Доктор, хочу сказать одну вещь. С момента своего рождения этот мальчик... потому, что это нужно признать... мой муж считает, что это не так, но, потому что ты и я, мы не очень ладили в прошлом, и, может быть, поэтому мальчик сделался таким, может, поэтому он отдался этому мужчине... я не знаю, но верно то, что этот мальчик доставлял мне много тревог с самого рождения.

О.: Вот письмо, которое М. оставил нам — вот оно (*передает письмо терапевту*). Это было примерно... в прошлом ноябре или около того, да? В прошлом ноябре, после... нет, это было в ноябре годом раньше?

М.: Да, в 1988.

О.: Да, в 1988, когда мы все еще не вполне понимали эту проблему, мы заметили, что он пропускает занятия в школе; я не знаю... выпивка, курение и т.д.; я очень рассердился и сказал ему, что, когда он вернется домой, тогда... вот, и он оставил нам... (*показывает на письмо*) (*Пауза. Терапевт читает письмо.*)

Т.: Что он имеет в виду, когда упоминает, что вы никогда не принимали... серьезных решений?

О.: Я не представляю, как объяснить это. Я не знаю, как объяснить вам это, потому что... скажем, что мы знаем друг друга уже тридцать лет, но... у нас имеются серьезные расхождения во взглядах, характерах... в особенности...

Т.: Вы часто ссоритесь?

О.: Да, мы ссорились, мы ссорились.

Т.: Также и в очень резкой манере?

О.: Да, да, да, да.

Фокусирование  
внимания  
на проблеме  
отношений  
в супружеской  
паре

Т.: М-м, так. И так по сей день?

О.: Ну, скажем, что сейчас, в настоящее время — нет, больше нет, уже в течение некоторого времени.

М.: В общем, в данный момент мы действительно изнурены. У нас есть более серьезные проблемы. То есть, он очень резок со мной, это правда.

О.: *(прерывая)* Но, в общем, разногласия остаются... в общем, остается все это...

М.: Он очень резок...

Построение  
терапевтических  
отношений

Т.: Похоже, вы очень поглощены его проблемами.

М.: Конечно! По крайней мере — я, со своей стороны.

О.: Мы слишком поглощены его проблемами.

Т.: Чтобы иметь свое личное пространство.

М.: Да, да.

О.: Однако мы иной раз все-таки говорим, что это зависит от того, что у нас безусловно разные взгляды на жизнь, на существование.

М.: *(прерывая)* То есть, доктор... можем рассказать историю доктору?

Т.: Конечно.

М.: Два года назад, когда мой муж поехал в первый раз работать в И., и этот, скажем так, факт, который я, с моей стороны, ... этот факт, можно сказать... я упрекала его за это, да? Я помню, что М. только что исполнилось 14 лет; мы были в И., и он хотел иметь ключ от дома. М2 уже не жил с нами; он хотел, чтобы у него были ключи.

О.: *(перебивая)* М2 жил в П.

М.: Он был в П, поэтому в доме никого не было и он был закрыт, и я не хотела, чтобы у четырнадцатилетнего мальчика были ключи от дома, чтобы он мог бывать там один. Впоследствии он признался, что приводил с собой кого-то домой... в то время как мой муж был...

О.: *(прерывая)* Он не мог там ничего особенного совершать, так как я частенько наведывался туда...

М.: Ну, извини, вот и дай ему ключи, дай ему ключи...

Изучение отношений  
сына

Т.: Вы не знаете, были ли у него отношения и с девочками? Или только с мужчинами?

М.: Да, мальчик в этом признался.



О.: Только с ...?

Т.: С мужчинами или также и с женщинами? Бывал ли он когда-нибудь с женщинами?

О.: М.?

М.: Да, у него были подружки.

О.: У него всегда были, скажем так, невесты, и раньше, и после. У него были невесты... потом только просто так, он говорил, что... «у меня голова занята другим, потому что...»... то да се...

М.: *(прерывая, начинает фразу)* Действительно, в связи с тем фактом...

О.: Кроме этого, у него всегда был неплохой успех (у девочек)...

Т.: *(вмешиваясь)* С кем он больше всего ссорится?

О.: Как вы сказали?

Т.: С кем из вас двоих он больше ссорится? С вами или с ней?

О.: С ней.

М.: Со мной у него было несколько сильных кризисов, во время которых он меня даже ударил, он даже хватался за нож, как это случилось в И. в марте прошлого года, когда он тыкал меня ножом в руки. «Я должен убить тебя, а не папу, потому что папа сильнее; ты слабее и я могу сделать это с тобой, потому что у меня появилась сила, которую я не могу сдержать». Я принимала такую позу *(скрещивает руки на груди и садится на корточки)*, и позволяла ему бить меня, только чтобы дать ему успокоиться; в конце концов я хватала нашу маленькую собачку и выбегала из дома, потому что он иногда начинал хватать собаку за горло...

О.: *(вмешиваясь)* Но он не всегда такой; с ним можно играть, он умный...

М.: Однако он любит нас, он очень чувствительный, но когда у него кризис, он внушает страх.

Т.: Очень хорошо. Я понял. Теперь я хотел бы увидеть мальчика.

О. и М.: Конечно.

Т.: Хорошо?

О.: *(вставая)* Я... думал, что необходимо дать вам это описание.

Т.: *(Вставая и направляясь к паре.)* Я бы сказал, что это было крайне важно. *(Терапевт провожает родителей до двери, родители переговариваются.)*

Переопределение проблемы совместно с пациентом и создание терапевтических отношений, отличающихся от отношений, заданных семейной системой

*(Родители выходят. Входит пациент.)*

Т.: Итак, твои родители в общих чертах описали ситуацию. Естественно, мне не терпится узнать о ней как можно более ясно от тебя. Из-за каких-то определенных причин ты пришел в терапию...

П.: *(прерывая)*... Что сказать, ситуация... то есть, не знаю, меня беспокоит, меня сильно беспокоит, скажем так, и это связано с... это все навязчивые мысли, связанные с проблемой СПИДа; это все то, что создает мне все проблемы... Я не знаю, как я уже объяснил, я, например, я делаю все эти... Меня пугает, что собака лизнула меня в рот, я сразу иду в ванную и вызываю рвоту с помощью зубной щетки. То есть, я делаю все это...

Т.: Ты боишься СПИДа.

П.: О да.

Т.: Зубная щетка... *(пауза)* рвота...*(пауза)*.

П.: Да. Разные способы мытья, использование биде, мытье рук, все в этом духе.

Исследование перцептивно-реактивной системы пациента

Т.: Следовательно, я полагаю, ты должен... тщательно мыть все, что было использовано при определенных контактах.

П.: Я не понимаю.

Т.: Я полагаю *(пауза)*... ты должен тщательно мыть *(пауза)*... все, что было использовано в половых контактах определенного типа?

П.: О да.

Т.: Потому что именно там есть риск, правильно?

П.: Да.

Т.: Я верно выразился, а? Я понял это правильно. Как ты можешь видеть, я схватываю все гораздо быстрее ...

П.: Да, да.

Т.: Итак, ты с особым вниманием относишься к очищению всего того, что использовалось во время половых контактов такого типа.

П.: Ага!

Т.: Верно?

П.: Да.

Т.: Поскольку есть риск заразиться СПИДом, потому что...

- П.: *(прерывая)* Скажем, что я был травмирован тем, что произошло.
- Т.: О, могу себе представить! Хм... Теперь скажи мне, как ты моешь все те части тела, которые были задействованы в половом контакте определенного типа?
- П.: С мылом и водой или с помощью спирта; например, мне даже случается пить спирт, вышивать немного спирта; выпиваю, а потом беру в рот зубную щетку, чтобы вызвать рвоту. Потом, даже не знаю, иногда я даже обрабатывал спиртом... пенис, а потом мылся мылом; то есть, я редко делаю это только с помощью спирта; но то, что повторяется все настойчивее и настойчивее — это рвота. Я вызываю рвоту каждый день.
- Т.: Конечно.
- П.: Даже по несколько раз. Даже шесть, семь, восемь раз в день.
- Т.: Послушай, после той истории, о которой мне рассказали твои родители... у тебя еще были другие истории такого рода?
- П.: Нет, нет.
- Т.: Однако та история, похоже, оставила на тебе след.
- П.: Да.
- Т.: И стало быть, ты решил, что ты подхватил СПИД в тот момент?
- П.: Да, но можно сказать, тот ужас сейчас уже исчез, потому что... Я сделал разные тесты, все в этом роде, так что я здоров.
- Т.: Но навязчивый ритуал остался.
- П.: Да.
- Т.: То есть все эти ритуалы направлены на то, чтобы продезинфицировать тебя для защиты от этого страха? Хм, хм... Как ты пытался бороться с этим?
- П.: Отчасти это вопрос силы воли, но я не был в состоянии сделать это; мне это не удалось, это значительно сильнее меня, это слишком... это значительно сильнее меня, мне это не удается.
- Т.: Обычно это более или менее так и происходит.
- П.: Да, действительно.
- Т.: Хм-хм. Послушай, эта проблема силы воли... ты говоришь: я не должен этого делать, я не должен этого делать, я не должен этого де-

Техника  
«чтения мыслей»

лать. Чем больше ты говоришь это, тем больше делаешь, так?

П.: Да, вот именно.

Т.: Хм-хм.

П.: Как это и написано в вашей книге.

Т.: Чем сильнее ты пытаешься не делать этого, тем больше ты делаешь, правильно?

П.: Да.

Т.: А какие еще были попытки справиться с проблемой?

П.: Это насчет мытья и тому подобного?

Т.: Да, да.

П.: О, я не знаю... Я не знаю, дезинфекция рук, что-то в этом роде... иногда лица; это всегда одно и то же мытье... Я не знаю... ноги, дезинфекция ног, такого рода вещи, например, иногда... Я не знаю... Это всегда все одно и то же, всегда одно и то же.

Т.: Хм-хм. Хорошо. Хорошо. А кроме этого, осаждают ли тебя какие-то другие серьезные или не (такие) серьезные проблемы?

П.: Нет.

Т.: Какие у тебя отношения с родителями?

П.: Можно сказать, что это хорошие отношения для... хороших отношений, вот только меня пугает, например, возможность обменяться с ними сигаретой, даже с ними я боюсь этого. Я не позволяю им... приближаться губами к моему рту и все в этом духе, мы больше не целуем друг друга и тому подобное, потому что у меня и с ними все равно возникает страх, что они могут заразить меня.

Т.: А как насчет других людей?

П.: Да, со всеми.

Т.: То есть ты больше ни до кого не дотрагиваешься?

П.: Больше не... нет, я дотрагиваюсь, но потом я иду мыться и тому подобное... то есть, потом я всегда должен помыться, скажем так.

Т.: А ты встречаешься с людьми или изолируешься от них?

П.: Нет, я встречаюсь с людьми.

Т.: Хм-хм... а с кем ты встречаешься? С друзьями, другими подростками...

П.: С друзьями, с парнями и девчонками.

Т.: У тебя есть девушка?

- П.: Нет, сейчас нет.
- Т.: Когда у тебя была девушка — если она у тебя была, — тогда ты боялся еще больше или нет?
- П.: У меня были девушки, у меня их даже много было. Вот только это всегда было связано с тем, что, скажем... Я не знаю... Я должен был... Если я целовал девушку, то потом я должен был пойти и вызвать рвоту и тому подобное. Раньше такого не было, то есть задолго до того, пару лет назад, когда я встречался с девушкой, я не беспокоился насчет таких вещей, а теперь, да, беспокоюсь; если я целую девушку, я должен пойти и вызвать рвоту и тому подобное.
- Т.: Хм-хм.
- П.: Вот так это происходило, по крайней мере, до конца прошлого месяца... Этим летом, поскольку сейчас я сломал ногу, стало быть...
- Т.: Хм-хм. Таким образом, мы узнали, что твой основной симптом служит для того, чтобы защитить тебя от угрозы заражения СПИДом...
- П.: Да.
- Т.: Хотя ты и знаешь, что у тебя нет СПИДа, потому что...
- П.: Нет, нет.
- Т.: Но ты говоришь, что ты мог бы и подхватить его...
- П.: Да, да.
- Т.: Потому что он может быть повсюду.
- П.: Угу.
- Т.: Стало быть, твой страх заразиться такой сильный, что тебе приходится постоянно себя стерилизовать.
- П.: О, да!
- Т.: Ты открыл действительно потрясающий способ избежать заражения СПИДом!
- П.: Угу! *(смеется)*.
- Т.: Скажу тебе, что таким способом ты точно его не получишь!
- П.: Да.
- Т.: Это оптимальное решение, надо бы начать широко распространять среди народа страх перед заражением и эту твою стратегию, не так ли?
- П.: Угу.

Переформулирование симптоматического поведения как полезного с помощью юмора

- Т.: Сначала ополосните ваши рты спиртом, потом вызовите у себя рвоту, провоцируйте у себя рвоту всякий раз, как вы сделаете что-то; мойтесь, стерилизуйте ваши пенисы самым ужасным способом — это для мужчин; а женщин мы заставим вводить во влагалище каустическую соду...
- П.: *(Смеется.)*
- Т.: И так далее, ага? Отличное решение!
- П.: Вы разыгрываете меня, да?
- Т.: Нет. Это хорошее решение! *(пауза)*... Если мы избавимся от этого решения, что тогда случится?
- П.: Я не думаю, что что-то случится. Все останется по-прежнему, останется... таким же как было, то есть... ничего не случится.
- Т.: Хм-м. Подвергнешься ли ты еще большей опасности, если ты сможешь избавиться от симптомов?
- П.: Я не очень понимаю ваш вопрос.
- Т.: Не будешь ли ты в еще большей опасности, то есть, не возрастет ли еще больше твой страх перед СПИДом и все остальное, если ты прекратишь исполнять эти ритуалы?
- П.: Нет, я так не думаю; я так не думаю.
- Т.: Хм-м.
- П.: Нет, не думаю.
- Т.: Хм-м. Сколько раз в день ты все это проделываешь с собой?
- П.: Рвота началась с шутки; в течение многих месяцев я не вызывал у себя рвоту. Вся история началась как шутка; я сделал вид, что собираюсь поцеловать собаку или что-то в этом духе, но собака на самом деле поцеловала меня; то есть мне показалось *(эмоционально, выразительно)*, что она действительно меня поцеловала и... я пошел и меня вырвало. Можно сказать, что с этого все началось и продолжается, и продолжается...
- Т.: У тебя есть собака?
- П.: Да.
- Т.: Какой породы?
- П.: Йоркшир.
- Т.: Славно... какой наилучший способ простерилизовать себя? Это спирт, или есть что-нибудь получше?
- П.: Нет, алкоголь, я всегда использую алкоголь... Но ведь алкоголь тоже может заболеть! Он тоже может заболеть.

- Т.: Он тоже болеет? Он тоже может заболеть?
- П.: О да.
- Т.: Ну, тогда это действительно проблема, если он тоже болеет. Тогда нет ли чего-то по-лучше, что не болеет?
- П.: О нет...
- Т.: Ты не нашел ничего лучше!
- П.: Нет.
- Т.: Но должно же быть что-то лучше, не так ли?
- П.: Я не знаю.
- Т.: Ты так не думаешь?
- П.: Да, я думаю, да — что-то, что дезинфицирует еще лучше?
- Т.: ...
- П.: Я не знаю, какое-нибудь медицинское дезинфицирующее средство, я не знаю. Может быть, ими пользуются в боль-нице.
- Т.: Хм-м... Или что-нибудь еще лучше!
- П.: ...
- Т.: Не так ли? Огонь — ты мог бы использовать огонь, так?
- П.: О, но огонь — это проблема.
- Т.: Хорошо, хорошо; хорошо. Итак, каким образом ты проде-льваешь каждый раз эти вещи? Что ты предпринимаешь, чтобы тебя вырвало?
- П.: О, сначала я промываю спиртом губы; я беру бутылку и промываю спиртом рот; потом я засовываю в рот зубную щетку, в том случае, если я что-то поел; в противном случае я даже иду и ем что-то, я ем что-нибудь для того, чтобы чтобы было чем вырвать. Потом я беру зубную щетку, за-совываю ее в рот и тогда уже вызываю рвоту.
- Т.: Угу.
- П.: А иногда я даже... сначала беру в рот, а потом немного вы-пиваю, а потом меня сразу тошнит.
- Т.: Спирт?
- П.: Да...
- Т.: Как он тебе на вкус?
- П.: *(смеется)* Нет, спирт абсолютно отвратителен.
- Т.: Абсолютно отвратителен. А что ты делаешь, чтобы стере-лизовать свой пенис?

Использование  
юмора  
и парадокса

- П.: Я наливаю на него немного спирта, потом намыливаю и...  
(пауза) чувствую жжение.
- Т.: Жжение... когда ты все это делаешь, чувствуешь жжение.
- П.: Да, да.
- Т.: Если ты не чувствуешь жжения, тогда стерилизация не удалась.
- П.: О да, да, да.
- Т.: Следовательно, тебе необходимо чувствовать некоторую боль?
- П.: Да. Это саморазрушительное поведение.
- Т.: Если ты не чувствуешь немного боли, то стерилизация не удалась. Ага. Я понял (пауза). Да, это в самом деле проблема. Это очень сложная проблема.
- П.: Все эти... Вы думаете эту проблему можно разрешить?

Использование  
парадокса

Т.: Я думаю, что у меня есть некоторые очень хорошие стратегии. Но я не знаю, сможешь ли ты им следовать.

П.: (перебивая) Я очень вами восхищаюсь... я испытываю к вам очень большое доверие.

Т.: Как ты можешь доверять мне, если ты не...

П.: (перебивая, с чувством) Я не знаю, у меня очень большое доверие. Скажем, что с самого первого момента, как я увидел вас, я сказал себе: «Может быть этот человек сможет меня вылечить», — что-то в этом роде. Он может избавить меня, в самом деле избавить от этих маний, чтобы я мог продолжать нормальную жизнь, как это было прежде... то есть, не совсем, как прежде. Но нормальную жизнь, как у всех других; как у вас и у других людей.

Т.: Но ты почитал мою книгу?

П.: Да, частично. Я прочел одну часть.

Т.: Какие части ты прочитал?

П.: Ту часть, в которой... об одержимых расстройствах, где говорится об одержимых расстройствах.

Т.: Когда ты прочитал о том, что я заставляю таких людей делать, какой эффект это оказало на тебя?

П.: О, я не знаю... немного странный эффект... то есть, я немного не понимаю... я не понял как... Вы попадаете в цель...



как бы это сказать... как они могут... то есть, как они работают, но я думаю... эти вещи...

Т.: Сколько раз в день ты играешь в свою маленькую игру — примерно сколько раз в день?

П.: Какую маленькую игру?

Т.: С рвотой, мытьем пениса, рук и всего остального.

П.: Нет, может быть, в настоящее время я вызываю рвоту, я оставил немного в покое мой пенис, не мою его в биде так часто и тому подобное. А потом, что касается пениса, это случается лишь время от времени, что я его дезинфицирую. Раньше я делал это чаще, раньше чаще. А сейчас — нет. В то время как сейчас я постоянно вызываю у себя рвоту.

Т.: Послушай; по-твоему, кроме того, чтобы защитить тебя от СПИДа, какое равновесие поддерживает твоя болезнь, в каком отношении она полезна?

Переопределение  
симптома:  
польза  
симптома  
для отношений

П.: У меня нет никаких идей. Никакое, по-моему.

Т.: Я, напротив, вижу ее огромную пользу. И не только для тебя, но для всей вашей семьи.

П.: Может быть равновесие... равновесие в семье, может быть.

Т.: Хм-хм.

П.: Равновесие в семье, в том смысле, что если бы не было моей проблемы, это могла быть семья, которая, может быть... я не знаю. У меня нет идей на этот счет. Может быть, как мне кажется, они не очень хорошо ладят друг с другом.

Т.: Угу. Я прочитал письмо, которое твои родители мне принесли, которое ты им написал; и я прежде всего почувствовал, что они ссорятся, они много ссорятся!

П.: Да, теперь, в самом деле... возникла эта проблема...

Т.: Следовательно, твоя проблема полезна!

П.: Да, может быть, она полезна, но я хочу от нее избавиться, доктор, я больше не могу ее выносить. Вот почему я пришел сюда. Потому, что я хочу освободиться от нее как можно быстрее.

Фокусировка  
внимания  
на ссорах  
родителей  
и на функции  
симптома

Т.: Хм-хм. Хорошо, хорошо. Итак, ты прочитал, ты увидел, что мой метод несколько необычен, так?

Согласование условий терапевтического вмешательства

Я заставляю людей делать странные, довольно забавные вещи, но они должны выполняться безоговорочно, абсолютно без всяких вопросов. Я дам тебе объяснение. В свое время. Хорошо?

П.: Да, да.

Предписание: думать о пользе симптома для поддержания равновесия в семье

Т.: Итак, прежде всего я хочу, чтобы в течение этой недели ты как можно больше думал о том, что твой симптом полезен, необходим для твоей семьи, и что, изменяя его, мы нарушим равновесие всей системы. Поэтому я хочу, чтобы ты думал о том, что твой симптом полезен. И это очень опасно — изменять его.

П.: Я понял.

Т.: Договорились?

П.: Да.

Т.: Значит, я хочу, чтобы ты напряженно думал об этом, хорошо?

П.: Да.

Предписание парадоксального ритуала

Т.: Кроме того, я хочу, чтобы ты играл в одну маленькую игру, о которой ты читал, с будильником, в течение получаса. Но я сейчас ее хорошенько объясню. Я хочу, чтобы с этого момента и до нашей следующей встречи, каждый день ты брал будильник. У тебя есть будильник?

П.: Да.

Т.: Ты закрываешься один в своей комнате, устраиваешься как можно удобнее, в полутьме, заводишь будильник на полчаса, и в течение этого получаса думаешь обо всех мучениях, всех наихудших страхах, которые придут тебе в голову: что у тебя СПИД, что ты его подхватил, что с тобой случилось то или другое, все самое худшее, что ты можешь вообразить, и при этом делай все, что придет тебе в голову: если захочется кататься по полу — катайся; если почувствуешь, что хочешь сломать что-то — сломай. Когда звонит будильник, ты выключаешь его, и все прекращается. Ты возвращаешься к своим обыденным делам. Каждый день, примерно в одно и то же время. В какое время ты сможешь это делать?

П.: Э-э... когда...

- Т.: Скажем, между двумя тридцатью и тремя часами. Каждый день. ОК?
- П.: Я понял.
- Т.: Важно, чтобы тебе никто не мешал; не объясняй, что такое ты должен делать... говори: «Мне это предписал доктор», и делай это. Хорошо?
- П.: Я не должен ничего говорить своим родителям о том, что вы мне говорили?
- Т.: Нет. Это секрет между мной и тобой. Согласен?
- П.: Да.
- Т.: И именно важно проделывать это каждый день. А потом, в течение дня, я хочу, чтобы ты думал о том, что твои симптомы чрезвычайно полезны; они нужны, они поддерживают равновесие, и их изменение — опасно.
- П.: Да.
- Т.: Договорились?
- П.: Да, да.
- Т.: Мы снова встретимся через неделю и ты расскажешь мне обо всем, что ты натворил. Хорошо?
- П.: Да.
- (Пациент выходит, вновь входят родители.)*
- Т.: Я теперь увидел, что происходит; и произвел оценку ситуации: это явная симптоматика обсессивно-компульсивного типа, более-менее похожая на то, что описано в моей книге. Я бы сказал, что это очень сложная, очень серьезная проблема, но это не значит, что ее разрешение должно быть таким же сложным и болезненным. Здесь важно найти правильный ключ; иногда, если найден подходящий ключ, все разрешается очень быстро и бесповоротно. Нужно только правильно подобрать ключ. Я начал работать с ним; я уже дал ему предписания; я осуществил некоторые маневры; то, что я делаю с ним, остается между им и мною; с вашей стороны мне нужно тесное сотрудничество.
- О. и М.: *(кивают в знак согласия)* Да.
- Т.: В том смысле, что мне нужно, чтобы и вы тоже выполняли то, что я попрошу вас делать.
- М.: Конечно.
- Т.: Вот первое, о чем я вас попрошу: как до сих пор вы отлично справлялись с тем, чтобы

Завоевание  
родителей  
путем присвоения  
им роли  
котерапевтов

контролировать его, находиться рядом с ним, теперь вы даже еще лучше должны научиться держать дистанцию: если он вызывает рвоту — пусть он вызывает рвоту; если он выполняет ритуалы — пусть он выполняет ритуалы. Вы должны полностью погрузиться в атмосферу конспиративного молчания...

М.: Действительно, иногда мы ругаем его...

Т.: Конспиративное молчание в отношении проблем...

О.: *(перебивая)* А когда он требует нашего вмешательства по какому-то поводу?

М.: Он обращается к нам постоянно!

Т.: Вы должны говорить что-то вроде: у нас нет больше сил, мы больше не в состоянии...

М.: Но тогда он становится неистовым!

Т.: «Мы не можем этого сделать; пожалуйста, прости нас».

М.: Это означает — в самом деле покинуть его *(вполголоса, как будто говоря сама с собой)*.

О.: Но что если он попросит придти и поднять ему крышку унитаза...

М.: *(прерывая)* В противном случае он не будет пользоваться туалетом...

О.: ... туалет... крышку от туалета.

Т.: Это такие незначительные вещи...

О.: Вот именно, незначительные.

Т.: Однако сейчас действительно важно — перестать оберегать его.

Терапевт  
принимает  
поведение  
родителей,  
но вводит его  
в контекст  
«минимальной»  
помощи;  
переформули-  
рование и  
ограничение

О.: Оберегать его. (Его) действия... прежде всего, не подсматривать за ним... совершенно не подсматривать?!

Т.: Очень хорошо.

О.: Впрочем...

Т.: *(прерывая)* Только эти незначительные вещи.

О.: Скажем, таким должно быть наше поведение.

Т.: Очень хорошо.

М.: Доктор, иногда он трогает меня.

Т.: Что!?

М.: Иногда он трогает мне грудь. А потом, он также разгуливал голышом...

Т.: Хм-м.

М.: Да, в прошлом это случалось.

Т.: Давайте теперь смотреть на настоящее. Если он будет трогать вашу грудь — что должна бы делать мать в отношении сына, который трогает ее грудь?

М.: Э-э... *(делает жест, не находя подходящих слов)*.

Т.: Она его как следует шлепает.

М.: Тогда он шлепнет меня в ответ, доктор! Что я могу сделать, когда я дома одна?

Т.: Скажите его отцу.

М.: А когда моего мужа нет дома, куда я должна за ним идти?

Т.: Отругайте его, хорошо?

М.: Он впадает в ярость, доктор.

Т.: Хорошо, синьора...

М.: Я боюсь его, когда он впадает в ярость, доктор.

Т.: Правильно. Хорошо. Вы правы.

О.: *(быстро вмешиваясь в диалог, повернувшись к жене — это довольно редко имело место: во время первой сессии супруги разговаривали с терапевтом, сидя параллельно друг другу, даже когда они общались между собой)*. Давай послушаем доктора!

Т.: Однако в подобных случаях наихудшую позицию занимают жертвы. Вы согласны?

М.: Да.

Т.: Вы знаете, я всегда говорю, что мучители существуют потому, что есть жертвы, а не наоборот. Те, кто исполняет роль жертвы, ставят других в позицию мучителей. Правильно? Поэтому давайте больше не будем занимать эти позиции. Согласны? Хорошо?

О.: Значит, по-вашему, мы не должны спрашивать у М. «Что ты делал, что ты сказал доктору?»

Т.: Нет. Договорились?

## **Вторая сессия**

Т.: Как прошла эта неделя?

П.: Я делал получасовое задание с будильником каждый день, кроме вчерашнего дня, потому что у меня болела нога и я не мог... Я хочу сказать, что я пытался, но потом прекратил.

Отчет  
за прошедшую  
неделю;  
реакция  
на предписание

- Т.: Теперь расскажи мне спокойно, что происходило в эти полчаса. Тебе удалось почувствовать себя плохо?
- П.: Нет... Мне удалось почувствовать тревожность, но не настоящему...
- Т.: Что ты делал? Катался по полу...?
- П.: Нет, ничего особенного. Я думал и думал, и... делался немного тревожным... Не так, чтобы я становился очень тревожным или что-то в этом духе...
- Т.: Какой эффект оказал на тебя тот факт, что ты не смог почувствовать сильную тревогу?
- П.: Может быть, мне не очень хорошо удается... Я не знаю...
- Т.: Что происходило, когда заканчивались эти полчаса? Будильник звонил... ты возвращался к своей обычной жизни. А потом, в течение дня, сколько раз ты проделывал ...?
- П.: На самом деле, [моих действий] стало меньше.
- Т.: Насколько?
- П.: Намного меньше. В один день на этой неделе я вызвал рвоту пять-шесть раз, но после этого... например, вчера только дважды, а в первый день даже ни одного раза...
- Т.: Ты заметил какое-то улучшение?
- П.: Да, произошло некоторое улучшение, в отношении того, о чем я должен был думать... насчет положительного значения...
- Т.: В чем же польза твоих симптомов? Ты понял это?
- П.: Я часто повторял самому себе: «Это хорошая вещь, хорошая вещь, потому что она объединяет мою семью».
- Т.: И какое воздействие это имело на тебя?
- П.: Я не знаю.
- Т.: Ты почувствовал свою важность?
- П.: Да, да.
- Т.: Хорошо, твои симптомы уменьшились; какое влияние это на тебя оказало?
- П.: Я не знаю... Я подумал, что, может быть, факт моей важности... Я был важен для моей семьи из-за моих навязчивых идей; я подумал, что это было как бы предохранением с помощью симптомов; в любом случае, это оказало на меня положительный эффект, я не знаю...
- Т.: Хм. А как твоя семья отреагировала на тот факт, что твои симптомы уменьшились? Они знают об этом?

- П.: Да, да, они знают, никаких особенных реакций...
- Т.: И что они сделали, какие реакции они продемонстрировали — тебе удалось заметить какую-то реакцию с их стороны? Проявили ли они свое счастье, свои сомнения, что они продемонстрировали?
- П.: Немного счастья, немного...
- Т.: Хорошо. А потом, я давал тебе другое специальное задание...
- П.: Нет.
- Т.: Разве я не давал тебе другого задания, более специфического по отношению к периоду изменений?
- П.: Нет, я не знаю...
- Т.: Ты не помнишь его... Я предложил тебе, в дополнение к тому, чтобы думать, как это полезно для твоей семьи, подумать также о том, кому может быть нанесен ущерб в результате изменений, или о том, какой ущерб, какой риск представили бы для тебя самого возможные изменения. Ты не подумал об этом?
- П.: Нет.
- Т.: Хмм. Тебе придется подумать об этом в этот раз. Хорошо, что еще ты делал? Ходил в школу, выходил из дома...
- П.: Мне удалили спицы от аппарата для ноги, и я не ходил в школу; я приступаю к занятиям завтра... кроме того, я хотел спросить у вас одну вещь.... поскольку я должен думать обо всем том, что вы мне говорите... я должен думать об этом?
- Т.: Конечно.
- П.: Стало быть, я не знаю, продолжать ли мне ходить в школу или нет... я должен продолжать ходить в школу?
- Т.: Ты должен продолжать ходить в школу... ты должен избегать избегания, ты понимаешь?
- П.: Нет.
- Т.: Все, что может создавать для тебя проблему, все, с чем ты в жизни можешь столкнуться — ты должен избегать избегания тех трудностей, с которыми ты столкнешься. Обычной реакцией подростков, которые страдают тем же, чем и ты, бывает... «Я буду избегать делать это, так как я не знаю, смогу ли я это

Парадоксальное предписание по поводу избегания

сделать»... ты не должен делать этого... то есть, ты должен избегать избегания.

П.: Я понял.

Т.: Если уж ты обязательно должен чего-то избегать, тогда избегай избегания, хорошо? Следовательно, что бы тебе ни пришлось делать... избегай избегания. Хорошо, хм-хм. Значит, в течение получаса ты старался, старался, но тебе не удавалось почувствовать себя как можно хуже...

П.: Да.

Т.: А в течение дня ты чувствовал свою собственную важность, так как ты знал, что ты делаешь что-то важное для своей семьи... Угу, хорошо... мне позвонили мои коллеги из университета в Н., где вы были...

П.: Да...

Т.: Я поговорил с ними, и они выразили свое удивление, увидев тебя в такой хорошей форме; они увидели, что тебе явно лучше; мы поговорили немного и обменялись мнениями... Вот, какой эффект на тебя производит, когда ты идешь туда вместе с твоей семьей, та работа, которую они проводят с твоей семьей?

П.: Я не знаю, это не оказало на меня никакого эффекта...

Т.: Как давно вы туда ходите?

П.: Да, но я думаю, что мы туда больше не пойдем, потому что не могу же я постоянно ходить туда...

Т.: Да, действительно, мы решили, что я буду тобой заниматься, и я с удовольствием готов тобой заниматься, однако, как это влияло на тебя, когда ты ходил туда?

П.: О... я не знаю, эффект, который это давало... постоянно... слишком часто повторялись одни и те же вещи, я чувствовал необходимость перемены, это надоело мне, я не видел никаких результатов; по крайней мере здесь я уже увидел некоторые результаты...

Т.: Два разных метода...

П.: Да, да, так что я не знаю, это было очень долго...

Т.: Хорошо. А твои родители удовлетворены моими коллегами?

П.: Они удовлетворены, потому что это хорошие люди, это порядочные люди, можно сказать.

Т.: Несомненно... хорошо, а что ты думаешь о своих родителях?



- П.: Они очень покладистые; мне нравятся мои родители, они очень доступные, они так много для меня сделали, они так много делают для меня.
- Т.: Хорошо, а что ты думаешь о своем брате?
- П.: В настоящее время я не знаю, я чувствую немного больше теплых чувств по отношению к нему, потому что в данный момент я чувствую себя плохо; в то время как раньше я был немного более обособленным. Я всегда думал о нем хорошо — он учится, сдает экзамены, получает самые лучшие оценки, он просто молодец и приносит большое удовлетворение всей семье.
- Т.: Значит, ты ладишь с ним... Как ты считаешь, что они думают о тебе?
- П.: О....
- Т.: Давай по очереди... что, как тебе кажется, твоя мама думает о тебе?
- П.: Я не знаю, что я болен, что мне трудно со всеми окружающими...
- Т.: Что ж... у каждого из них свои представления о тебе...
- П.: О... я не знаю, я не могу выразить.
- Т.: То есть, ты не можешь представить себе, что они могут думать о тебе... хорошо... Тебе хотелось бы иметь другую семью?
- П.: Нет.
- Т.: Стало быть, твои родители вполне приемлемы для тебя... А что насчет твоих друзей; как ты думаешь, что они думают о тебе?
- П.: О, я не знаю, может, они думают, что я немного закомплексованный тип, но они хорошо ко мне относятся.
- Т.: В каком смысле — закомплексованный?
- П.: В смысле навязчивых идей.
- Т.: Все твои друзья знают об этих навязчивых идеях... хорошо знают их... или же...?
- П.: Они знают о них только так, они заметили некоторые небольшие вещи...
- Т.: Но ты в присутствии твоих друзей избегаешь делать... эти вещи...

П.: Да, да.

Т.: И значит, ты занимаешься этим своим мытьем, когда возвращаешься домой, а не за пределами дома?

П.: Нет.

Т.: А если тебе случается быть вне дома в течение нескольких дней?

П.: О... я не знаю.

Т.: Этого ни разу не случилось в последнее время?

П.: Нет.

Т.: Ты избегаешь уезжать из дома?

П.: Да.

Т.: Хмм... а в будущем тебе не придется делать этого?

П.: Проявлять эти навязчивые идеи?

Т.: Находиться несколько дней вне дома с твоими друзьями...

П.: Ну да, поменять несколько туалетов...

Т.: Ты найдешь не одно, так другое решение. Хорошо. Сейчас я дам тебе другое задание, в дополнение к тем, которые я тебе уже дал... Согласен?

П.: То, с будильником...

Получасовая  
«фантазия страха»  
прописывается  
вновь

Т.: Значит так, ты должен продолжать делать его каждый день, хорошо? Пока будильник не прозвонит, ты должен находиться в комнате и вновь и вновь думать о всем самом худшем, что только ты можешь себе представить, хорошо? Кроме того, ты должен продолжать думать, что твои симптомы чрезвычайно важны, что они полезны для твоей семьи, и что, возможно, они полезны для тебя тоже. Также я хочу, чтобы ты думал о том, что плохого может случиться, если ты поправишься, и какую опасность для тебя или для окружающих тебя людей может представлять возможность твоего быстрого выздоровления...

хорошо? Кроме того, я хочу, чтобы ты наблюдал за окружающими людьми и пытался понять, что они о тебе думают; члены твоей семьи и другие люди... что они думают о тебе.

П.: Я могу спрашивать об этом?

Т.: Хм-м... вместо того чтобы спрашивать, попробуй понять не спрашивая... хорошо?... Обычно на прямые вопросы

отвечают не слишком-то искренне... так что значительно лучше попытаться понять, не спрашивая...

П.: Доктор, я бы хотел дойти до того уровня... я не знаю... моя мать делает себе инъекции иглой, иглой для внутримышечных инъекций... вот когда я сам смог бы вытереть ей кровь...

Т.: Ты дойдешь до этого... ты дойдешь до этого...

П.: Я знаю, что ничего не случится... но...

Т.: Ты не должен говорить это сейчас; не заглядывай так далеко в будущее сегодняшними глазами; если ты будешь смотреть в будущее сегодняшними глазами...

П.: Да, действительно...

Т.: ...ты испугаешься; когда ты достигнешь этого уровня, ты увидишь это другими глазами, поэтому не забегай далеко вперед... сейчас буквально исполняй то, о чем я тебя прошу... и стало быть: что, по-твоему, другие люди думают о тебе — попробуй это понять; полчаса; опасность выздоровления — ты должен думать обо всех опасностях, которые представляет выздоровление для тебя самого и для людей, которые тебя окружают.

П.: Могу я записывать это на бумаге?

Т.: Конечно.

П.: Доктор, еще вопрос о дневнике... который я должен был вести...

Т.: Посмотрим, посмотрим, это я решаю, что ты должен делать... не пытайся заниматься самолечением, в противном случае... это я выбираю тактику, а не ты, даже если ты прочитал мою книгу. Таким образом, ты продолжаешь выполнять получасовое задание; кроме того, ты должен думать о том, что другие люди думают о тебе; думать об опасностях, которые представляет для тебя и других возможность твоего быстрого выздоровления; а еще, *dulcis in fundo*<sup>\*</sup>, ты дол-

Парадоксальное предписание повторения симптома определенное число раз

---

\* Выражение, заимствованное из латинского языка, буквально означающее «Сладкое подается в конце обеда». Обычно используется, чтобы подчеркнуть значение речи или акции, положительно завершающих серию выступлений или действий. Иногда имеет иронический смысл: «А сейчас будет самое хорошенькое!» — *Прим. пер.*

жен делать в точности то, что я тебе сейчас скажу делать...  
(пауза) я хочу, чтобы с этого момента и до нашей следующей встречи, каждый раз, когда тебе захочется заняться твоим мытьем или вызвать рвоту, или исполнить любые возможные ритуалы, чтобы очистить себя, чтобы избавиться от заражения... все то, что тебе захочется сделать, а именно, спирт на губы, полоскание, рвота... твой пенис... ты должен проделать десять раз, ни одним разом больше, ни одним разом меньше. Ровно десять раз — ни одним разом больше, ни одним разом меньше, хорошо? Итак, не забудь: каждый раз, когда тебе случается исполнять один из твоих ритуалов мытья или других ритуалов, ты должен повторять их десять раз, ни одним разом больше, ни одним разом меньше...

П.: Ирвоту?

Т.: Да, ровно десять раз, ни одним разом больше, ни одним разом меньше...

П.: Это трудно...

Т.: Да, но лучший способ справиться с этим — пройти через это... представь себе... ты стоишь босыми ногами на раскаленных углях; ты обжигаяешься; если ты не сдвинешься с места, ты обуглишься все больше и больше; я стараюсь заставить тебя бежать, но это очевидно, что тебе придется немного обжечься... следовательно, каждый раз, когда ты хочешь исполнить один из твоих ритуалов — будет ли это промывание спиртом или вызывание рвоты, или любое применение дезинфекции — ты должен повторить то, что ты делаешь в точности десять раз, ни одним разом больше, ни одним разом меньше; каждый раз, когда ты делаешь что-либо, чтобы продезинфицировать себя, хорошо? После ты мне обо всем расскажешь. Видишь, как много домашних заданий я тебе задал.

П.: Полчаса; думать о том, что другие думают обо мне; думать об опасностях моего возможного быстрого выздоровления; и делать все по десять раз...

Т.: Точно, и все это — секрет между мной и тобой, хорошо? Если твои родители спросят тебя о чем-либо, ты должен сказать, что это задание, но ты не должен им говорить, какое, все это секрет между мной и тобой, хорошо? Я сейчас

пять минут поговорю с твоими родителями, а мы с тобой встретимся через неделю... и помни, что я тебе сказал... что самые сложные проблемы могут быть разрешены быстрее, если к ним правильно подойти.  
(*Входят родители*).

Т.: Пожалуйста, садитесь. Я продолжил в направлении, которому я обычно следую в подобных случаях; я бы сказал, что я удовлетворен тем, что он мне рассказал, и поэтому я еще больше заинтересован в том, чтобы продолжать в том же направлении... Итак... что вы заметили за прошедшую неделю?

О.: Более спокойное отношение, особенно в течение двух дней после нашей с вами встречи; потом он был в некотором напряжении, связанном с тем фактом, что ему должны были снять корректирующие спицы с ноги и он ожидал, что это будет болезненно...

М.: Это было днем раньше; потом он начал вызывать рвоту...

О.: Да, рвоту, проводить время в ванной, но он уже не делал это так часто, как раньше; в целом, я заметил положительную реакцию... А потом, в последние два дня он вызывал рвоту, но не так часто...

М.: Гораздо быстрее...

О.: Только для того, чтобы сделать это... а не с целью действительно вызвать это...

М.: Он по-прежнему использует спирт...

Т.: Он сказал мне, с удивлением, что он почувствовал значительное уменьшение симптомов рвоты; что касается других вещей, нужно проявить терпение. И он сказал мне, что доволен, потому что он сразу же увидел некоторые изменения... хорошо, это на самом деле очень важно. В подобных случаях пациент должен немедленно почувствовать, что происходят изменения, так как это побуждает его добиваться все новых и новых изменений... очень важно сразу добиться каких-то изменений, потому что если не удастся надломить ригидность, то ничего не удастся достичь... Хорошо? Следовательно, я буду продолжать двигаться в этом направлении на всех парах. Для меня важно предупредить вас об одной вещи: в после-

Положительное  
подкрепление  
достигнутых  
изменений

дующие дни, что бы вы ни увидели из того, что он будет делать, не вмешивайтесь, потому что, как вы уже смогли понять, я работаю довольно своеобразным способом, иногда я заставляю людей делать забавные вещи.

О.: Я читал вашу книгу... и я понял...

Т.: Итак, чтобы вы ни увидели из того, что он делает, не беспокойтесь; за этим скрывается что-то, что я заставил его делать... хорошо?

М.: Доктор, вот только с сигаретами он все больше настаивает... то вилка нехорошая, то эта пачка сигарет нехорошая...

О.: Ну что ж, это не изменилось... но это не так ужасно, как прежде...

М.: Потом от выкладывает их, смотрит на них и откладывает их в сторону, потому что они больше не годятся...

О.: Но это не слишком ужасно, не так, как раньше.

М.: А потом он иногда говорит: «Мама, передай мне некоторые из тех больных пачек, которые у тебя хранятся, чтобы я мог взять несколько сигарет и выкурить их...»

Т.: Хорошо. Следовательно, как вы сказали, это больше не так трагично...

О.: Да, в том смысле, что прежде он имел привычку делать это с большим ожесточением, сильно нервничая, а сейчас он ограничивается просто тем, что, например, говорит: «Нет, это не годится, не давайте мне эту чашку, дайте мне другую».

Т.: Отлично, все хорошо. Следовательно, я буду двигаться дальше в моей работе; как вы уже читали, работа направлена на него, с вами я буду только консультироваться. Кроме того, доктор... из университета С. звонил мне; у нас с ним состоялась долгая беседа, которая очень меня порадовала. Мы с ним договорились взаимно помогать друг другу...

М.: Они будут продолжать работу с нами...

Т.: Я очень рад этому, в том смысле, что это дает мне возможность спокойно сосредоточиться на работе с мальчиком, а вами будет заниматься кто-то другой. Мы будем поддерживать контакт, и, следовательно, все организуется наилучшим образом.

М.: Доктор, наша жизнь изменилась, с тех пор как М. заболел, она ухудшилась...

Т.: Могу себе представить...

М.: С экономической точки зрения тоже... в некоторые дни он заставляет нас покупать ему по две или три зубных щетки в день, но это мелочи...

О.: Это пустяки... помимо того, что... (пауза) что я вынужден работать значительно больше за последние два года... в общем...

М.: Послушай, расскажи-ка ты доктору о компьютерной мыши...

О.: Я купил ему компьютер, и пока он играл с другом, — у этого друга была болячка на пальце, и он испачкал мышку кровью. Он так настаивал на том, чтобы я купил ему новую мышь, и так неистовствовал, что я пошел и купил ему другую мышь.

М.: Доктор, одна важная вещь — когда мой муж пошел покупать мышку, он говорил ему: «Папа, прости меня...»

Т.: Хорошо, вот о чем я хотел бы попросить вас сейчас. Никто не может изменить прошлое, так? Я не в состоянии изменить прошлое; я работаю с настоящим и будущим, хорошо? Следовательно, что было, то было, согласны?

О.: Давайте смотреть вперед.

Т.: Именно так, давайте смотреть вперед, и в будущее тоже, потому что — подумайте только — я убежден в том, что наши предсказания значительно больше влияют на настоящее, чем факты, которые произошли в прошлом; поэтому давайте работать над настоящим и будущим... (пауза) прошлое теперь уже...

М.: Доктор, но почему эти ужасные вещи случились с М.?

Т.: Не просите меня объяснять, почему; я вам только что сказал... когда вы поймете почему, что вы из этого сделаете — приготовите омлет? С моей точки зрения, важно понять, как проблема функционирует и как она может быть разрешена; что касается «почему?»... как только ответишь на первое «почему?», появляется второе «почему?» и так далее до бесконечности; меня интересует «как?» и как это можно изменить...

О.: В конечном счете это то, что интересует и нас: чтобы М. стало лучше, и по возможности, чтобы он выздоровел.

М.: Тогда вместе с этим пройдет и все остальное...

Т.: Хорошо. У вас обоих есть с кем заняться вашими проблемами...

### **Третья сессия**

Т.: Ну, как твои дела?

П.: Доктор, все идет довольно хорошо. Что касается рвоты и тому подобного, то это случалось примерно два раза в день, за исключением вчерашнего дня, когда я совсем ничего не делал.

Т.: Почему вчера ты совсем не делал этого?

П.: Потому что мне удалось этого не делать.

Т.: Каким образом?

П.: Я не знаю, с помощью концентрации мне удалось не делать этого; еще и потому, что было слишком поздно, вечером я был в театре, и скажем — в скобках — мне не удавалось спокойно сидеть в театре, я в этот период очень нетерпим, а потом я, может быть, утратил ту жизнерадостность, которая у меня была прежде, потому что... я не знаю... В субботу я играл в покер дома у одного моего друга, и мы собирались пойти на дискотеку после игры...

Т.: Ты выиграл?

П.: Нет, я проиграл.

Т.: Сколько ты проиграл?

П.: Не очень много, десять тысяч лир, и ... ничего... я не знаю... раньше мне очень нравилось ходить на дискотеки, но теперь мне не нравится быть среди людей, я не знаю... Я утратил часть своей жизнерадостности, которая у меня была раньше, и мне хотелось бы вновь поскорее обрести ее, потому что... я бы хотел пойти на дискотеку в следующую субботу.

Т.: Ну, а как насчет девушек? Ты все еще поглядываешь на них или... ты боишься сближения с ними из-за известных нам проблем?

П.: Нет, нет, я смотрю на них...

Т.: Ты не боишься, что они пойдут в атаку...

П.: Да, ну, что ж, я ведь так давно уже не целовался с девушкой, я плохо себя чувствовал из-за проблем с ногой...

Т.: Тебе бы этого хотелось?



П.: Да, да.

Т.: Но знаешь, ты ведь боишься, что если они поцелуют тебя, они заразят тебя всем этим...?

Предвосхищение  
мыслей пациента

П.: Да. Да.

Т.: Ты этого боишься?

П.: Да.

Т.: И сильно, не так ли?

П.: Да, да, к тому же в субботу у меня был небольшой кризис, я проделал мое получасовое задание, я все сделал, я подумал о том, что другие думают обо мне...

Т.: Хорошо, тогда расскажи мне обо всех твоих заданиях. Что происходило в течение получаса?

П.: Я не знаю, в эти полчаса мне не удастся заставить себя почувствовать тревогу, я даже думаю о приятных вещах...

Т.: Что же это были за приятные вещи, о которых ты думал, приведи пример?

П.: О, я не знаю. О походе на дискотеку... о девушке...

Т.: У тебя бывают эротические фантазии?

П.: Нет, нет, не эротические...

Т.: Какие фантазии тебе приходят?

П.: Я не знаю, о чем угодно...

Т.: Однако приятные?

П.: Приятные. И потом я также думаю немного о моих навязчивых идеях...

Т.: Тебе никогда не удалось почувствовать себя плохо за эти полчаса?

П.: Нет, нет.

Т.: И тем не менее, такой человек, как ты, должен бы почувствовать себя плохо, если он начинает об этом думать.

П.: Факт в том, что я даже не могу по-настоящему думать об этих вещах...

Т.: Ну а за пределами этого получаса твои симптомы были сильнее, чем обычно, или слабее, чем обычно?

П.: Они были, я не знаю... нормальными, как обычно. Сейчас, например, я боюсь, что я могу уколоться какой-нибудь иглой, какой-нибудь воображаемой иглой, потому что сейчас я езжу на микроавтобусе и кладу подушку на пол, где я ложусь. Вечером, когда я возвращаюсь домой, я дол-

жен проверить, нет ли на полу иголок, не укололся ли я, нет ли на мне следов укола. Иногда меня охватывает страх, что игла была, и тогда я должен все проверить.

Т.: Значит, ты не сумел почувствовать себя плохо в течение получаса... и стало быть, ты ничего не делал — не катался по полу, не вызывал рвоту... но за пределами этого получаса дела были более или менее обычными... но «обычными» как на прошлой неделе, когда симптомы уменьшились, или как тогда, когда ты пришел сюда первый раз?

П.: Может быть... нормальными в том смысле, что я чувствовал себя немного лучше.

Т.: Следовательно, как и тот уровень, которого мы достигли на прошлой неделе....

П.: А потом, я не знаю, я почувствовал беспокойство, потому что я ездил в больницу для обработки (раны), и мне наложили марлевую повязку на рану, и повязка испачкалась кровью, и я представил себе, что это не моя (кровь)...

Т.: И стало быть, тебя наверняка заразили болезнью...

П.: Да, да, и мне пришлось снять повязку, продезинфицировать рану и покрыть ее свежей марлей.

Т.: Ты все время выполнял остальные задания?

П.: Да.

Т.: Тогда... что ты в точности делал?

П.: Другим заданием было понять, что другие люди думают обо мне...

Восприятие  
пациента  
другими  
людьми

Т.: Да.

П.: И я смог понять, что мой отец думает, что я просто мальчик, что я переживаю довольно сложный период... Короче, что я не очень хорошо себя чувствую, но что у меня есть большие способности. То же самое думает обо мне моя мама, что я умный, и она верит в меня.

Т.: А что насчет других людей, вне семьи?

П.: Другие люди, вне семьи, думают, что я... немного... они в меня очень верят, охотно общаются со мной, они — мои друзья, скажем, что они очень ко мне привязаны, но они думают, что я немного странный...

Т.: И ты такой и есть (улыбаясь), правильно?

П.: Да.

Т.: Ты сказал, что ты чувствовал себя лучше на этой неделе, как это уже случилось и на прошлой неделе?

П.: Да.

Т.: Кроме того, что у тебя было меньше симптомов, что ты меньше исполнял ритуалы, это «лучше себя чувствовать» проявлялось в чем-то еще? Улучшилось твое душевное состояние? Что ты имеешь в виду?

П.: Я чувствую себя лучше в отношении моих навязчивых идей, потому что они стали менее интенсивными, но я чувствую себя очень нетерпимым...

Т.: В отношении чего?

П.: В отношении меня самого.

Т.: Хорошо, сколько раз ты мылся за это время?

П.: Я выполнил по десять раз...

Т.: Хорошо; что происходило, когда ты повторял десять раз, ни одним разом больше, ни одним разом меньше...

П.: Я повторял десять раз.

Т.: Всегда ровно десять раз?

П.: Да.

Т.: Всегда ровно десять раз... ни одним разом больше, ни одним разом меньше... когда ты доходил до десяти, этого было достаточно... ты иногда прекращал раньше?

П.: Иногда, да... (пауза) да нет, только когда я вызывал рвоту...

Т.: Десять раз – это было тяжело? (улыбаясь)

П.: Да, да.

Т.: Хорошо; в большинстве случаев ты делал это десять раз, и потом ты останавливался. Хорошо... О чем тебя заставляет задуматься тот факт, что я сказал тебе делать это десять раз, ни одним разом больше, ни одним разом меньше, и ты делал это десять раз, а потом останавливался?

П.: Я не знаю, не могу сказать.

Т.: Ты не думаешь, что ты начинаешь овладевать своими симптомами и получаешь немного больше власти, чтобы управлять ими?

П.: Э-э... да, может быть, но я все еще чувствую себя очень неуверенно в отношении этих всех моих вещей.

Т.: Ну конечно, если нам не удастся уменьшить симптом при попытке уменьшить его, тогда мы должны научиться контролировать его,

Парадоксальное переформулирование симптомов

сознательно вызывая его. Поэтому в случае симптомов и ритуалов, подобных твоим, чем сильнее человек старается воздержаться от их выполнения, тем вероятнее дело кончится тем, что он начнет выполнять их... более того, чем сильнее он пытается контролировать ритуалы, тем чаще они проявляются. Это как пытаться удержать кота в мешке — чем больше ты стараешься удержать его в мешке, чем дольше удерживаешь его в мешке, тем больше он царапается — и в конце концов прорывает мешок и выскакивает наружу. Вот что ты делаешь со своими симптомами... я стараюсь тебя научить, чтобы ты управлял своими симптомами и обрел власть над ними, сознательно вызывая их все больше. Когда ты станешь способен усиливать их, ты сможешь и ослабить их, значительно ослабить. Ты должен начать думать, что не случайно то, что ты не можешь почувствовать себя плохо в течение получаса, а что даже, наоборот, у тебя начали появляться положительные мысли — потому что так обычно и бывает в случаях, подобных твоему, а именно, когда человек должен сознательно делать что-то, что обычно случается произвольно, необдуманно, то эта произвольность аннулируется...

П.: Я не уверен, что я понял...

Т.: Когда мы сами, лично, хотим сделать что-то, что обычно происходит спонтанно, безудержно, изнутри... тогда мы, желая сознательно делать (эти действия), кроме того факта, что производим их, мы в то же время еще и аннулируем их. Следовательно, в случае твоих симптомов здравый смысл, логика здравого смысла перестают работать; рассуждения бесполезны; мы должны применять к ним другую логику, парадоксальную логику, в том смысле, что временами наш разум рассуждает парадоксальным образом, а не прямолинейным образом, как в случае здравого смысла. Следовательно, не обязательно бывает так, что раз что-то должно происходить определенным образом, то и мы должны действовать таким же образом; мы можем действовать прямо противоположным образом. Итак, я теперь пользуюсь этой логикой в отношении твоего мышления. Я хочу, чтобы ты сознательно делал то, что ты до сих пор старался сдерживать, потому что таким путем ты научишь-

...ся контролировать (свои действия) и аннулировать их... понимаешь?

П.: Да.

Т.: Теперь я хочу, чтобы ты делал это получасовое задание в течение сорока минут; каждый день ты должен делать его в течение сорока минут, думая о самом худшем... Хорошо? В течение сорока минут делай то, что ты чувствуешь, что «просится» наружу: если хочешь кататься по полу, катайся по полу; кричи, если хочешь кричать, если хочешь вызвать рвоту, делай, чтобы тебя вырвало; если ты хочешь рвать на себе волосы — рви на себе волосы... (пауза) когда прозвонит будильник, все закончилось, ты умываешься и возвращаешься к своим обычным делам. Кроме того, если тебе случится исполнять один из твоих ритуалов, ты должен всегда делать его десять раз, ни одним разом больше, ни одним разом меньше, всегда десять раз.

Увеличение продолжительности «фантазии страха»

П.: Да.

Т.: Хорошо? Ты можешь вообще их не делать, но если ты начинаешь делать, ты должен сделать десять раз, ни одним разом больше, ни одним разом меньше; если ты не чувствуешь потребности делать их, тогда ты не должен делать их десять раз, но если чувствуешь потребность делать и начинаешь исполнять их, то тогда ты должен делать их по десять раз, ни одним разом больше, ни одним разом меньше. Хорошо? Согласен? Тогда теперь дай мне поговорить с твоими родителями.

П.: Доктор, но... Я не знаю... вы думаете, что ничего не случится, если я затянусь маминой сигаретой?

Т.: Маминой? А что ты об этом думаешь? Я думаю, что если ты возьмешь ее сигарету и затянешься, она заразит тебя ужасным заболеванием, гораздо хуже, чем СПИД. Существует ли заболевание хуже СПИДа?

П.: Нет.

Т.: Да, существует худшая болезнь. Значит, если ты будешь курить одну сигарету с твоей мамой, она заразит тебя наихудшей болезнью...

Использование иронии

- П.: *(смеется.)*
- Т.: Это на твой выбор — хочешь ли ты рисковать, хорошо?  
*(Улыбаясь.)* Ты уже пробовал курить с ней одну сигарету?
- П.: Нет.
- Т.: Правильно сделал, иначе ты бы заразился.  
*(Входят родители.)*
- Т.: Итак, что произошло за эту неделю, что вы смогли заметить?
- М.: В субботу он ходил в школу, и мой муж поехал за ним, они вернулись очень нервные; потом мой муж пошел на некоторое время в студию, и мы остались одни, М. и я. Он был очень сердит, говоря, что он хочет мотоцикл; я просила его подождать еще немного, три или четыре месяца; мы ведь лечились у психиатра, но он сказал: «Мама, это из-за ноги, а не из-за этого», а потом он взял меня за горло, проклиная все на свете...
- Т.: Он задушил вас или нет?
- М.: Нет, раз я здесь *(смеется)*, но в подобные моменты мне страшно, потому что он кричит и ругается...
- Т.: Это в субботу, или в другие дни тоже?
- М.: Раньше тоже.
- Т.: Я имею в виду, за последние недели?
- М.: Нет, к счастью, только в субботу, потому что когда ему противоречишь... ему все должно даваться как должное, ему всегда нужно говорить «да».
- Т.: Да, эти молодые люди выросли, мы их вырастили с идеей, что им все причитается... и следовательно...
- О.: Скажем, о некоторых вещах можно говорить спокойно... но о некоторых вещах... мотоцикл, например, одна из них, но в его ситуации...
- М.: Он даже не может перейти улицу...
- О.: Он мне кажется необыкновенно рассеянным, а потом он мне в целом кажется даже слишком спокойным...
- М.: Он проводит все время в постели, доктор.
- О.: Иногда он ходил со мной в студию, он там немного работает.
- Т.: Что он делает?
- О.: Рисует.
- Т.: Хорошо?
- О.: Да, довольно хорошо; он начал только недавно, но уже за-

кончил одну работу, хотя и под должным руководством, но он, вероятно, если будет продолжать, может достичь результатов за короткое время. Это положительный факт, потому что с тех пор, как он не ходит в школу, ему трудно занять себя...

М.: Он очень нетерпимый.

О.: Да, вчера он ушел из театра...

М.: Он сказал вам об этом?

Т.: Да.

О.: В заключение о Mobiten — он получает его по пол-ампулы каждый месяц, кроме последнего месяца, когда он получил целую ампулу... это поэтому он такой необычно спокойный, тихий?

М.: Он кажется немного угасшим...

О.: Он витает в облаках, он апатичный, безразличный, оцепенелый...

М.: Я становлюсь все более неуверенной, даже когда он один переходит улицу.

Т.: Но послушайте, план заключается в том, что по мере того как мы будем продвигаться в нашей работе, по мере того как он будет постепенно поправляться, хорошо было бы сокращать прием препаратов...

О.: И действительно, психиатр уже планирует сделать это.

Т.: В данный момент все должно оставаться как есть, но по мере того как ему будет становиться лучше, доза должна быть снижена.

М.: И еще одна вещь: мальчик очень много курит.

Т.: Ну, что ж... он спрашивал меня о том, может ли он курить с вами одну и ту же сигарету, и я сказал ему, чтобы он был очень осторожен, потому что он может подхватить даже еще более страшную болезнь. Он спросил меня: «Что случится, если я возьму сигарету у моей матери?» Я ответил: «Случится что-то очень серьезное. Будь осторожен, не бери сигарету у матери, а то ты подхватишь что-то даже похуже». Он ответил: «Ничего не может быть хуже», а я ему сказал: «Всегда найдется что-то еще более страшное».

О. и М.: *(смеются)*.

Т.: Итак, вы заметили улучшения?

О.: Ну, я бы сказал, что да...

Акцентирование  
достигнутых  
изменений

Т.: Что вы заметили?

О.: После вашей первой встречи он в течение двух дней обходился без рвоты; потом опять начал, но гораздо менее нервно, практически просто ради того, чтобы просто сделать это...

Т.: Он сказал мне, что делает это в определенные моменты, но без...

О.: Да, да, просто ради того, чтобы делать; раньше случались моменты, когда он выbleвывал все, что съедал.

М.: Однако он никогда не вытирается после того, как помоеется, а утром он встает и не умывается...

Т.: Позвольте вашему мужу закончить.

О.: Я просто говорил, что в целом он кажется значительно более покладистым, не считая субботнего эпизода, потому что тогда он почувствовал себя затронутым чем-то, что для него особенно важно; я объяснил ему, почему лучше подождать, но, конечно, это был напрасный труд, и можно сказать, что он больше особо не возвращался к этой теме, так что, следовательно, я заметил в целом некоторое улучшение, которое сопровождается этим состоянием... чрезмерного спокойствия.

Т.: Вы, наверное, думаете... он кое-что прочитал, но, помимо того, что он прочитал, есть и некоторые другие вещи, которые я делаю: я концентрирую всю его склонность к навязчивым идеям на тех вещах, на которых я хочу ее концентрировать, и таким образом я заставляю его делать многие вещи и думать о многих вещах. Вот почему я предупреждал вас на прошлой неделе о том, что вы можете увидеть некоторые странные вещи; но он делал эти странные вещи по моей просьбе. Хорошо.

О.: Действительно, действительно... Я понял это.

Т.: И он выполняет все буквально; он все делает, как я его прошу, добросовестно и тщательно. И я наблюдаю результаты, которые обычно при этом наблюдаются; и стало быть, я очень доволен.

М.: Доктор, а это нормально, что он потеет? У него сильно потеют руки.

Т.: Конечно, конечно, он очень тревожный и озабоченный; это нормально, что у него могут сильно потеть руки.



М.: В субботу вечером он немного раскрылся, потому что он сожалеет впоследствии о случившемся, он обнимает меня и говорит, что любит меня, после того как он успокаивается; и все в таком духе, потом он начал плакать, в субботу вечером в машине, и сказал: «Я начинаю чувствовать себя спокойнее в отношении навязчивых идей, но я чувствую себя очень подавленным».

Т.: Сейчас самое важное — прежде всего покончить с этими тяжелыми навязчивыми идеями и ритуалами; а потом уже заняться депрессией, чувством бесполезности, которое, несомненно, возникнет, потому что после освобождения от таких острых проблем возникает определенное нарушение равновесия; человек выходит из дисфункциональной ситуации и обнаруживает нарушение равновесия, он не вполне осознает, кто он такой, кто мы такие; мы должны ожидать этого, но это — самая легко разрешимая проблема.

О.: Надо сказать, что поскольку мы должны провести здесь все это время и принимая во внимание то, что М. оставил школу, мы планируем поехать в И., где я должен начать свою работу. Поскольку он рассчитывает на целую свору друзей, которые ему особо дороги, поскольку они более доброжелательны, более покладисты и менее, скажем так...

М.: В Н. мы говорим — не такие коварные...

О.: Он их гораздо больше уважает, и так как это маленький городок, который закрыт для дорожного движения, проблема мотоцикла не возникнет, за исключением отдельных редких случаев. А потом, у него есть друзья, он отвлечется, познакомится с новыми людьми. Это городок, куда ездят на каникулы, и он очень привязан к нему. Возможно, уже это улучшит его состояние; возможно, он еще немного отвлечется...

Т.: Я не думаю, что подобные вещи...

О.: Могут повлиять на то, что...

М.: Он лучше сможет отвлечься...

О.: Потому что он чувствовал себя значительно лучше весной, в прошлом году, после того как он пережил такую ужасную зиму...

- Т.: Но вы знаете, даже если это и сможет оказать какой-то эффект, это будет что-то временное, преходящее...
- О.: Да. Да. Я хотел сказать, что терапия наряду с другой ситуацией, которая лучше, чем та, в которой он находится в Н. — потому что в Н. он вынужден либо оставаться дома, или иногда ходить со мной в студию; слоняться...
- Т.: Конечно.
- М.: И оказывать мелкие услуги; там же он становится значительно более независимым.
- Т.: Конечно. Я должен сказать, что я нашел его значительно более умиротворенным, более спокойным, более открытым, и, следовательно, я могу сказать, что я настроен явно оптимистично, гораздо более чем, когда я увидел его в первый раз. Его реакция на мою работу именно такая, какую я и ожидал; поэтому я собираюсь продолжать придерживаться выбранного пути. Позвольте мне напомнить, что если вы увидите, что он делает что-то странное, вы не должны беспокоиться, потому что я заставляю его это делать.
- О.: Например, осматривать мой микроавтобус в поисках иглы...
- Т.: А также в течение этого периода он должен делать то, что я ему назначаю; он должен повторять (действия) так, как я ему сказал, определенным образом... стало быть, вы просто наблюдайте...
- М.: Доктор, он очень бледный, вы не находите? У него глаза немного тусклые, я бы сказала.
- Т.: Не беспокойтесь...
- М.: Он был таким жизнерадостным... он был таким жизнерадостным.
- Т.: Ну а вы на его месте какой бы были, если бы вы только начали избавляться от подобных проблем?
- М.: *(кивает)*.
- Т.: Даже наоборот, тот факт, что он немного задумчив, имеет немного печальный вид, с моей точки зрения, является положительным признаком, потому что он начинает осознавать свои проблемы и начинает освобождаться от них; если бы он чувствовал эйфорию, был экзальтирован, если бы он был в ситуации неведения ...

М.: Как в субботу...

Т.: Следовательно, поскольку вы так хорошо все понимаете, я хочу попросить вас наблюдать не вмешиваясь, за всем тем, что я заставляю его делать. Никто не может делать эти вещи за него. Хорошо?

М.: Но иногда это именно он сердится и говорит... Я — нет, скажем, что я, используем этот термин, смирилась...

О.: Но не по отношению к этим вещам, иногда я говорю: «Ну что ты ищешь, ты же знаешь, что там ничего нет»; иногда это просто срывается с языка...

Т.: Вы не должны ему этого говорить, вы должны просто наблюдать: «Ищи, ищи».

О.: Да, и правда, позавчера я сделал это, там был маленький веник, и я сказал ему: «Доставь мне это удовольствие, раз уж ты все равно все осматриваешь, заодно и подмети немного; здесь полно обрывков бумаги валяется...»

Т.: Хорошо. Позвольте мне продолжать работу, а вы наблюдайте, и постарайтесь только наблюдать как можно лучше... Хорошо? Потом вы мне расскажете о том, что происходит.

### **Четвертая сессия**

Т.: Расскажи мне, что произошло за эту неделю.

П.: Доктор, я взял на себя смелость вести дневник и записывать в нем, сколько раз я вызывал рвоту.

Т.: Хорошо; ты провел инвентаризацию.

П.: Фактически, я вызвал у себя рвоту в общей сложности шесть раз.

Т.: Шесть раз за всю неделю?

П.: За всю неделю.

Т.: Насколько ты сократил рвоту?

П.: Значительно.

Т.: Значительно — это насколько?

П.: Думаю, что намного, потому что раньше было значительно больше. А потом у меня случился небольшой кризис, потому что в понедельник на обратном пути из И. — я про-

вел субботу и воскресенье в И. — возвращаясь из И., я заметил маленькую точку у себя на ноге, и тогда я вообразил, что это след от укола шприцем, поэтому я взял перекись и так сильно тер ватой, что содрал кожу и повредил ногу.

Т.: О, совсем не плохо.

П.: Я повредил себе ногу. Я также хотел вам сказать — на прошлой неделе я забыл вам сказать — что я шел по саду моей тети и неожиданно почувствовал острый укол в ногу. Потом я пришел домой и начал думать об этом, и решил возвратиться обратно на это место, чтобы проверить.

Т.: На место преступления.

П.: Проверить, был ли там на земле шприц или что-то в этом духе; а потом я смотрел на точку на ноге, и сегодня ночью мне пришлось опять вернуться на ту же самую улицу.

Т.: На место преступления.

П.: На место преступления.

Т.: Посмотреть, не найдешь ли ты там чего-нибудь?

П.: Да.

Т.: И ты не будешь доволен, пока не найдешь что-нибудь.

П.: Нет, я не должен ничего найти.

Т.: Ты должен найти, ты должен что-то найти, иначе зачем же тебе искать, если ты не должен ничего найти?

П.: Нет, наоборот, я должен пойти туда, чтобы убедиться в том, что я ничего не найду, что там ничего нет.

Дальнейшие замечания по поводу парадоксального функционирования перцептивно-реактивной системы пациента

Т.: Но пока ты что-нибудь не найдешь, ты будешь продолжать искать. Значит, ты идешь туда, чтобы найти. Это парадоксально, но если бы ты нашел шприц, ты наконец почувствовал бы себя счастливым. «Я нашел что-то, что подтверждает мою правоту».

П.: Это вызвало бы у меня сильное сомнение: а не стал ли я ВИЧ-положительным или что-то в этом роде.

Т.: Ну, что ж... в любом случае, твои симптомы уменьшились.

П.: О, да. Я чувствую себя лучше. И я ездил в И. на субботу-воскресенье; я ходил на дискотеку.

Т.: Даже так!

- П.: Нет. Да. Я развлекся, выпил немного спиртного. Я не должен бы был этого делать, скажем, что я слегка напился.
- Т.: Только этого нам и не хватало. Ты был один или с друзьями?
- П.: С друзьями, было много друзей.
- Т.: А девушки были?
- П.: Да, но я не имел с ними каких-либо контактов. Совсем наоборот. Но... Я бы хотел встречаться с какой-нибудь девушкой, потому что мне надоело быть одному.
- Т.: Ты выполнил последнее задание, которое я тебе дал в прошлый раз?
- П.: То, насчет десяти раз? Я ни разу не повторил десять раз, когда я вызывал у себя рвоту, но я делал это, когда я мыл руки и с биде.
- Т.: Ну и какой это на тебя оказало эффект?
- П.: Я не знаю, я не могу сказать. Мне надоело делать по десять раз.
- Т.: Десять раз — это довольно много.
- П.: Да.
- Т.: Значит, помимо рвоты, другие симптомы повторялись более часто или менее часто, чем обычно?
- П.: Менее часто. Более часто мучает меня одна вещь, это мысль о том, что я могу уколоться. Это меня сейчас сильно мучает, и эта мысль уже в течение некоторого времени не беспокоила меня. Она была в самом начале.
- Т.: Что ты можешь уколоться шприцем.
- П.: О, да. Теми воображаемыми шприцами, которые я придумываю.
- Т.: Которые ты придумываешь. А где ты видишь эти шприцы?
- П.: Я не вижу их; можно сказать, что я их чувствую.
- Т.: Ты чувствуешь их время от времени. В таком случае, стоило бы уколоться по-настоящему, не так ли?
- П.: Нет, нет.
- Т.: Мне сейчас приходит в голову нечто еще более странное. Подожди, приготовься. Хорошо, значит, ты все время представляешь себе эти шприцы, которые тебя колют. Где ты чувствуешь их сильнее, дома или на улице?
- Т.: Вне дома, на улице.
- П.: Хорошо. А когда случился тот кризис, о котором ты мне рассказал?

- П.: В понедельник.
- Т.: Каким образом он проявил себя?
- П.: Я немного поплакал. Это не было настоящим кризисом.
- Т.: Ты плакал — почему?
- П.: Я думал, что я укололся.
- Т.: И что ты подхватил СПИД.
- П.: Да.
- Т.: А как насчет промывания спиртом? Ты хорошенько промываешься десять раз или нет?
- П.: Да, скажем, что я не слишком часто моюсь таким образом. Я пользуюсь биде один раз в день нормальным способом.
- Т.: Со спиртом.
- П.: Нет, со спиртом только вчера. Я пользуюсь биде нормальным способом один раз в день, как любой нормальный человек, и кроме этого ничего специального не делаю.
- Т.: Слушай, а на девушек ты сейчас поглядываешь или нет?
- П.: Да, я даже уже заметил одну.
- Т.: Ты уже наметил жертву?
- П.: Да, но мне надоело...
- Т.: Послушай. Ты можешь подхватить СПИД в любом случае. По крайней мере, если ты подхватишь его, получая при этом удовольствие, тогда добро пожаловать, не так ли? Не так ли?
- П.: Нет (смеясь).
- Т.: «По крайней мере, я получил немного удовольствия. Если я должен подцепить его, даже не испытывая никакого удовольствия... Какое надувательство!» А?
- П.: Нет, лучше нет, еще и потому, что я теперь хотел бы иметь самые настоящие отношения с девушкой, скажем, отношения с поцелуями.
- Т.: Но эти вещи могут передаваться и через поцелуи тоже. Что же ты будешь делать — целовать их на расстоянии?
- П.: Нет, я совсем не верю, что эти вещи передаются через поцелуи...
- Т.: Говорят, что они передаются через что угодно, даже мысленно.
- П.: Через мысли? Почему?
- Т.: Потому что, знаешь, телепатия...
- П.: Ах, вот как?

- Т.: Все что угодно передается через мысли — даже заболевания. Или нет? Парадоксальное усиление симптома
- П.: Я так не думаю. Я в это не верю.
- Т.: Я думаю, что мы не можем избежать своей судьбы, так или иначе.
- П.: Так или иначе я должен подхватить СПИД?
- Т.: Если ты убежден в том, что это твоя судьба, тогда ты так или иначе попадешь в ловушку. Так что стоит хотя бы немного насладиться жизнью.
- П.: Нет, я не думаю, что я должен подхватить СПИД.
- Т.: А, хорошо.
- П.: Вы немного злой.
- Т.: Сегодня? (смеясь) Послушай, ты доволен, что твои симптомы уменьшились или их уменьшение заставляет тебя еще больше бояться?
- П.: Нет, я доволен.
- Т.: А кроме твоих симптомов, ты чувствуешь себя при исполнении ритуалов более спокойным или ты по-прежнему продолжаешь сильно нервничать?
- П.: Я не понимаю.
- Т.: Помимо тех моментов, когда ты должен повторять некоторые действия, чтобы продезинфицировать себя, в течение дня ты чувствуешь себя спокойнее или ты по-прежнему довольно сильно нервничаешь?
- П.: Нет, я немного нервничаю, потому что я нетерпелив; мне надоело ждать. Можно сказать, что я немного нервничаю.
- Т.: Хорошо. Что происходило в течение известных тебе сорока минут?
- П.: Нет, ничего, только приятные вещи.
- Т.: Какие приятные вещи приходили тебе в голову?
- П.: Девушки.
- Т.: Какая она из себя, эта девушка? Хочешь рассказать о ней? Что это за девушка?
- П.: Она очень привлекательная.
- Т.: А именно?
- П.: У нее маленький острый курносый нос. Темные глаза, если я не ошибаюсь — потому что я давно ее не вижу. Я ее видел в воскресенье, в субботу в И.

Т.: Ты ее видел лишь однажды?

П.: Нет. Я знал ее раньше, но я встретил ее снова, после долгого перерыва, только в прошлую субботу.

Т.: Значит, в течение сорока минут, в которые ты должен стараться чувствовать себя плохо, случилось обратное.

П.: Иногда мне приходят некоторые странные мысли, я не знаю... (пауза) шприцы и тому подобное, немного тревоги, а потом я опять думаю о приятных вещах. Я делаю усилие, чтобы думать об ужасных вещах, но приятные оказываются сильнее.

Предписание  
парадоксального  
ритуала

Т.: Теперь у меня есть еще более приятное дополнение к твоим домашним заданиям. Я его придумал, когда ты рассказывал мне это. Стало быть, ты должен продолжать сорокаминутное задание, но оно опять делается получасовым: полчаса, во время которых ты приложишь усилие к тому, чтобы почувствовать себя как можно хуже. Затем ты также продолжишь с повторением; каждый раз, когда ты чувствуешь потребность исполнить свой ритуал, ты повторяешь его десять раз, ни одним разом больше, ни одним разом меньше. Все ритуалы, включая рвоту, хорошо? Если ты вызвал у себя рвоту один раз, ты должен стараться сделать это десять раз подряд.

П.: Да.

Предписание  
другого  
парадоксального  
ритуала

Т.: Кроме того, поскольку существует эта фобия, связанная с иглками и страхом уколоться, я хочу, чтобы ты раздобыл себе швейную иглу или булавку, хорошо? Ты должен всегда носить ее с собой, в кармане. Ладно?

П.: Всегда с собой.

Т.: Каждый раз, когда ты выходишь один из дома и начинаешь чувствовать присутствие этих воображаемых иголок, я хочу, чтобы ты брал эту твою иглу и укалывал себе левую руку правой



рукой пять раз, и правую руку левой рукой тоже пять раз. После этого ты кладешь иглу обратно на место.

П.: Э-э... Я должен взять иглу, и каждый раз, когда я начну заикливаться на ощущении, что что-то колет меня, я должен уколоть пять раз свою правую руку и пять раз свою левую руку.

Т.: Каждый раз, когда ты чувствуешь, что укололся этими инъекционными иглами. Например, сегодня вечером, если ты хочешь пойти и посмотреть известное тебе место со шприцами, потому что ты боишься, что ты укололся иглой, ты берешь свою иголку, идешь на то место и... тук-тук-тук-тук-тук... Ты не должен нажимать слишком сильно — просто чтобы почувствовать легкую боль.

П.: Не до крови:

Т.: Ясное дело, нет. Хорошо?

П.: Я понял.

Т.: Каждый раз, начиная с этого момента и до следующей недели, О.К.?

П.: О.К.

Т.: Каждое новое задание еще более странное, чем предыдущее. Но, как ты видел, это работает. Ты удовлетворен или нет тем, как шли дела до сегодняшнего дня?

П.: Да, но мне бы хотелось достичь такого момента, когда я сам смог бы стереть кровь с инъекционной иглы; я уже говорил это в прошлый раз.

Т.: Конечно, ты дойдешь до этого, мы на правильном пути. Насколько, по-твоему, я преуспел в том, чтобы уменьшить твои симптомы с тех пор, как ты пришел сюда первый раз три недели назад?

П.: Довольно значительно.

Т.: В процентах?

П.: Может быть, меньше сорока процентов.

Т.: Хорошо. То есть мы уже достигли довольно многого, не так ли?

П.: Да.

Т.: Хорошо. Тогда ты увидишь, что мы будем продвигаться еще быстрее. Если будем двигаться медленно.

П.: Если будем двигаться медленно.

Анализ  
восприятия  
изменений  
пациентом

Совет  
пациенту  
«двигаться  
медленно»

- Т.: Мы будем идти вперед быстрее, двигаясь медленно, и ты должен иметь ввиду, что иногда должны случаться черные дни. Потому что мы все время делаем два шага вперед и один шаг назад, два шага вперед и один назад, иначе мы не сможем продвигаться вперед.
- П.: А эта мысль насчет судьбы...
- Т.: Два шага вперед и один шаг назад.
- П.: Эта мысль насчет неизбежности заражения ВИЧ...
- Т.: Каждый из нас сам себе создает (судьбу), не так ли?
- П.: То есть, моя судьба — стать ВИЧ-положительным?
- Т.: Если ты создаешь себе это — да; если не создаешь — нет.
- П.: Действительно, один мой друг сказал мне: «Ты слишком сильно беспокоишься по поводу СПИДа. Рано или поздно ты подхватишь его, потому что ты слишком сильно беспокоишься об этом».
- Т.: Симпатичное шутовское замечание. В течение получаса подумай и об этом.
- П.: Да.
- Т.: А сейчас я пять минут поговорю с твоими родителями. И продолжай считать, сколько раз тебя вырвало, потому что это нужная вещь.  
*(Входят родители.)*
- Т.: Итак, что вы наблюдаете...
- М.: Иногда случаются какие-нибудь странные вещи.
- Т.: Это мне представляется неизбежным. Ну, а в целом?
- О.: Кажется, что... Когда произошел этот эпизод?
- М.: В воскресенье вечером, в И. Мы вернулись домой, и в квартире было так накурено, что невозможно было дышать. Что я могу сделать?
- Т.: Вы в курсе того, что он сказал мне, что он записывает те моменты, когда вызывает рвоту? Получается, что эпизоды рвоты значительно уменьшились.
- М.: Вот только сейчас он использует ложку, чтобы вызвать рвоту, и он больше не пользуется зубной щеткой, чтобы чистить зубы, а чистит их пальцем.
- Т.: Это уже кое-что, поскольку пальцы трогают (разные вещи).
- М.: Естественно, он продолжает пользоваться спиртом, вчера он набрызгал его себе на задницу, потому что увидел ма-

- ленькое пятнышко... Он устраивает сцены по пустякам. А потом он грязно ругается, когда сердится.
- Т.: Ну, у вас в Н. сочный язык...
- М.: Это правда, но я этого не люблю. Как бы то ни было, но он сказал: «Мама, когда я тебя вижу, я чувствую что-то такое, я чувствую желание тебя убить». Он постоянно щиплет меня.
- Т.: Но это способ выразить свои чувства.
- М.: Да, но это мне неприятно.
- О.: На самом деле сейчас, когда он это делает, он более ослаблен, спокоен и делает это с улыбкой. Прежде такого рода проявления были только проявлением насилия.
- М.: Он имеет что-то против меня, говорит, что убьет меня и не знает почему. Я сказала ему: «Найди себе подружку».
- Т.: Он сейчас об этом думает, и это очень положительный факт, что он интенсивно думает об этом.
- М.: В любом случае, он оставил школу, забрал документы. А потом однажды вечером была сцена из-за того, что он хотел мотоцикл, а у нас, честно говоря, не хватает духа позволить ему мотоцикл. Он вам об этом рассказывал?
- Т.: Видите ли, я главным образом занимаюсь тем, чтобы как можно больше уменьшить определенные симптомы и навязчивые ритуалы в возможно краткие сроки. Я чрезвычайно удовлетворен, и вы подтверждаете мне, что симптомы уменьшились. И действительно, симптомы уменьшились примерно на пятьдесят процентов, и я этим очень доволен.
- О.: Да, да.
- Т.: Стало быть, в настоящий момент я работаю над этим и не могу заниматься другими вещами... после того, как я справлюсь с симптомами, я смогу заняться и некоторыми аспектами во взаимоотношениях, которые включатся в игру. В данный момент для меня важно уменьшить эти — такие ужасные — симптомы, и мы идем в правильном направлении.
- М.: В субботу он ходил на дискотеку со своими друзьями из И. Он говорит, что даже немного выпил спиртного.
- Т.: Да, он сказал мне (об этом).
- М.: Вот именно, он еще больше предается безумным радостям, а я еще больше боюсь, что он может сбиться с пути, вы понимаете?

Т.: В каком смысле?

М.: Потому что он теперь больше выходит в разные места, у него здесь, в И., больше свободы, и я боюсь, что он может еще больше сбиться с верного пути, а потом вновь рухнуть, как это было в прошлом году.

Т.: Я думаю, что ему было бы хорошо, используя немного *grano salis*<sup>2</sup>, то есть достаточно осторожно, постепенно вернуться к нормальной жизни.

М.: Потому что он во всем склонен к эксцессам, он всегда был таким. Вот и прошлым вечером, на обратном пути из И., он ободрал себе все болячки на ноге...

Т.: Он рассказал мне, он рассказал мне.

М.: Он всегда делал это, даже когда был ребенком.

Т.: Давайте не будем заводить разговор о прошлом. Вы знаете, я не работаю с прошлым, его ведь все равно нельзя изменить.

М.: Это всегда было его привычкой.

Т.: Хорошо, давайте попробуем изменить будущее, мы не можем изменить прошлое, моя дорогая синьора, так что...

М.: Вокруг той точки, родимого пятна, он ободрал всю кожу, так сильно он тер ее, до крови...

О.: В любом случае, я вижу, что он в основном значительно более расслаблен, и вижу, что у него сейчас меньше, чем раньше, смятения, запутанности идей... он также приходит в студию, чтобы немного поработать со мной, это занимает его, позволяет ему что-то делать, потому что... как знать, в недалеком будущем... чтобы избежать его постоянных поездок туда и обратно, теперь, когда мы переезжаем в И., с той небольшой работой, которую он получил...

М.: Доктор, он слишком много спит.

Калькирование  
матери

Т.: Хорошо; когда дети спят, мы обычно говорим, что они здоровы.

О.: По поводу лекарств, которые он принимает — что вы думаете, можно ли уменьшить их дозу?

Т.: Доза будет постепенно сокращена, и я бы сказал, что было бы хорошо начать сокращать ее уже со следующего месяца.

М.: Ему прописано четыре (препарата, лекарства),

<sup>2</sup> Лат.: «здорового смысла» — Прим. пер.

Т.: Поскольку он реагирует очень хорошо, и заметны конкретные улучшения, то вначале важно, чтобы он продолжал получать фармакологическую поддержку, но потом столь же важно показать ему, что он хорошо реагирует и при сокращении дозы лекарств.

О.: Было бы лучше, если бы вместо того, чтобы я был посредником между вами и профессором, вы бы с ним связались напрямую, чтобы договориться о том, когда снижать дозу лекарств и тому подобное. Я дам вам координаты профессора.

Т.: Хорошо. Вы продолжаете действовать, как и прежде, поскольку у вас так хорошо получается; делайте так, чтобы я мог рассчитывать на вашу помощь; а также скажите ему, что он действительно молодец. И вы увидите, что дела будут продолжаться наилучшим образом. Иногда следует ожидать возможных рецидивов, потому что они составляют часть игры, и если бы рецидивов не случилось, мне пришлось бы вызвать их, потому что они нужны: при продуцировании изменений полезно время от времени иметь рецидивы, иначе не происходит полноценного изменения.

Положительное подкрепление родителей

М.: А мы в эти моменты не должны падать духом, потому что мой муж при этом делает так (*дважды стучит рукой по лбу*), а я просто умираю.

Т.: Э-э... Ну, делайте это между собой, а я уж позабочусь о нем, а он хорошо с этим справляется. Договорились?

М.: Доктор, я не знаю, что сказать...

### **Пятая сессия**

Т.: Что происходит? Из твоего телефонного звонка мне показалось, что произошло что-то хорошее.

П.: Да. Я себя хорошо чувствую.

Т.: Как это, «хорошо себя чувствуешь»?

П.: Я даже поцеловал девушку. Ну, не таким страстным поцелуем...

Т.: Как это было?

Вопросы об изменениях, которые произошли за неделю

- П.: Поцелуй в губы. Я бы и (больше) сделал, но девушка мне не нравилась, так что...
- Т.: Тогда зачем же ты ее поцеловал?
- П.: Может, потому что... я давно не целовался с девушками.
- Т.: И где это случилось? Расскажи мне об этом.
- П.: Я завтра снова возвращаюсь в И. Я теперь хожу на дискотеку не меньше трех раз в неделю.
- Т.: Тебе там нравится?
- П.: Да, нравится; за исключением того, что нога у меня еще немного болит. И еще я возвратился на то место, как вы мне сказали, и действительно, я там нашел шприц, хотя он и был ужасный, без иголки, без ничего.
- Т.: Иначе как бы он смог в тебя воткнуться?
- П.: А потом у меня возникло подозрение, и я обнаружил у себя точку чуть повыше стопы, и тогда я стал задаваться вопросом, не укололся ли я случайно, и когда у меня появились эти сомнения, я сделал анализ крови и позвонил вам.
- Т.: Анализ ничего не обнаружил?
- П.: Нет, ничего.
- Т.: Хорошо. Ты продолжал играть в эту маленькую игру, укалывая себя иголкой?
- П.: Да. Я ношу с собой булавки.
- Т.: Хорошо. Каким был эффект от этой игры?
- П.: Никакого особого эффекта.
- Т.: И ты все время продолжал видеть иглы, которые колют тебя? Сколько раз ты видел их? Чувствовал их?
- П.: Нет, честно говоря, считанное количество раз на этой неделе. Но случилось один раз, что я встревожился, потому что я не почувствовал никакой боли; я помню только, что я подвернул ногу на том отрезке пути, где я нашел шприц.
- Т.: А сколько раз тебе пришлось колоть себя иголками?
- П.: Два раза.
- Т.: Покажи мне иголки, которые ты выбрал.
- П.: Нет, это булавки.
- Т.: Очень хорошо, булавки. Ты простерилизовал их, не так ли?
- П.: Нет. Я купил их, они новые.
- Т.: Хорошо, молодец. И сколько раз ты уколол себя? Дважды? По десять раз?
- П.: Пять раз здесь и пять раз здесь.

- Т.: Молодец, а тебе было больно?
- П.: Немножко больно.
- Т.: И какой эффект на тебя это оказало, когда ты это делал?
- П.: О, я не знаю. Может, ощущение боли.
- Т.: И ты делал это только дважды?
- П.: Может быть, это благоприятный эффект, потому что это развеяло то мое сомнение... сомнение в том, что я могу быть ВИЧ-положительным, что я укололся... потому что очень трудно стать ВИЧ-положительным, уколовшись иглой.
- Т.: А как насчет всех остальных ритуалов?
- П.: Ничего. Я вызвал рвоту только три раза.
- Т.: Только три раза за всю неделю?
- П.: Да, хотя я и делал это нерегулярно. Ни одного кризиса, я хорошо себя чувствую. Я считаю, что я в порядке, не знаю....
- Т.: Как ты объясняешь это улучшение?
- П.: Я не знаю.
- Т.: Насколько, как ты думаешь, улучшилось твое состояние?
- П.: На двадцать процентов.
- Т.: Что это значит? Что мы уменьшили твои проблемы на двадцать процентов?
- П.: Да, еще на двадцать процентов.
- Т.: Тогда где мы теперь находимся?
- П.: По-моему, мы уже как следует перевалили за пятьдесят процентов.
- Т.: Мы уже прошли половину. Примерно пятьдесят-шестьдесят процентов?
- П.: О, да. А, и я почувствовал себя вполне готовым к тому, чтобы вытереть кровь моей матери. Я еще не сделал этого, но чувствую себя вполне готовым. То есть, я смог бы это сделать.
- Т.: Подожди, притормози. Мы до сих пор продвигались довольно быстро. Сбавь скорость, не спеши. Когда мы только учимся водить машину или мотоцикл, это нас немного слишком увлекает, и если мы недостаточно осторожны и чересчур разгоняемся, то на первом же резком повороте играем в кювет. Притормози. Сейчас мы должны двигаться медленно; нажми на тормоз, О.К.? Мы мно-

Переопределение  
«пойдем  
медленнее»  
(go slow)

гого достигли; давай теперь сбавим скорость. Не спеши вытирать кровь со шприца твоей матери. Ты берешь сигареты у своей матери?

П.: Да, я курил одну сигарету вместе с моим отцом.

Т.: Значит, это уже произошло. И что они говорят?

П.: «Молодец. Ты делаешься все лучше».

Т.: Ты еще ходил с ними к другим докторам? К тем, к которым вы ходили всей семьей?

П.: Нет. Я ходил попрощаться с ними, а после этого больше нет.

Т.: Хорошо, я поговорю с ними об этом позже. Теперь расскажи мне о том, чем ты занимался. Ты ездил в И. или в Н.?

П.: Я был немного в И. и немного в Н. Я ездил на лечение. Мне было весело, если не считать этих моих сомнений: то первое, насчет шприца; а второе сомнение пришло ко мне, когда мы, играя, тузились с друзьями; один из них крепко держал меня, и они в шутку «душили» меня, и тогда вдруг у меня лопнул прыщик, выступило немного крови, и я испугался, что это не моя кровь. В третий раз я засомневался после того, как помыл руки с мылом, которым до этого помыл руки, испачканные кровью, брат моего друга.

Т.: Тем же самым куском мыла?

П.: Да. Я немного засомневался...

Т.: В любом случае, это была хорошая неделя.

П.: Да. Возможно, у меня возникают сомнения потому, что я чересчур «выхожу на сцену», скажем так, и делаю то, что превышает мои возможности.

Т.: Как ты думаешь, в отношении чего ты превышаешь свои возможности? Что именно ты делаешь из того, что выше твоих возможностей?

П.: Может быть... Я не знаю... Я провожу слишком много времени среди других людей.

Т.: Почему слишком много времени? Ты ведь получаешь от этого удовольствие, не так ли?

П.: Да.

Избегание  
избегания

Т.: Тогда почему бы тебе не бывать с ними? Есть одно правило, которое я всегда советую, когда, как и в твоём случае, приходят к этому этапу: «избегай избегания». Потому что когда ты на-



чинаешь избегать чего-то одного, потом избегаешь чего-то другого, потом еще чего-то другого, а потом еще чего-то, а потом еще чего-то, пока ты не изолируешь сам себя. Поэтому «избегай избегания».

П.: Да. Да.

Т.: Таким образом, ты чувствуешь себя хорошо среди других людей, ты развлекаешься на дискотеке, — почему бы тебе не делать этого? Ты даже целовался с девушкой...

П.: Да.

Т.: Но она тебе не нравилась.

П.: Нет.

Т.: А те, которые тебе нравятся, не позволяют себя целовать?

П.: Да, кстати, завтра я поеду в И., потому что туда приедет одна девушка из Н., которая мне нравится, и она хочет встречаться со мной.

Т.: Ах, вот как? Почему ты так в этом уверен?

П.: Один друг сказал мне это.

Т.: Значит, ты не рискуешь. А сколько раз ты делал промывания спиртом и все остальное?

П.: Я полоскал рот спиртом три раза, когда я вызывал рвоту, а потом еще четыре раза, а потом я мыл пенис один только раз.

Т.: Спиртом.

П.: И это все.

Т.: Что произошло, когда ты сделал это?

П.: Потому что я сел на очко унитаза и задел пенисом унитаз возле очка.

Т.: У тебя дома?

П.: Да.

Т.: Ну да, естественно, у тебя дома все заражены. Какое место у тебя дома наиболее зараженное или какие предметы наиболее заразные?

П.: Ванная, унитаз.

Т.: А что еще?

П.: Больше ничего особенно не заражено.

Т.: Только эти зоны в ванной.

П.: Да.

Т.: А твои родители и брат заражены или нет?

П.: Раньше да, но сейчас немного меньше; поэтому я курю одну и ту же сигарету с моим отцом, следовательно...

- Т.: С твоим отцом да, а с твоей матерью?
- П.: С моей матерью я этого не делал.
- Т.: Но ты должен делать это и с твоей матерью тоже. А вне твоего дома какие места, по-твоему, наиболее заражены?
- П.: Улицы с тротуарами.
- Т.: Потому что там есть шприцы.
- П.: Да.
- Т.: Их там много?
- П.: Я их не вижу, но я их себе представляю.
- Т.: Ты их много видел?
- П.: Не много.
- Т.: А их много возле твоего дома?
- П.: Нет.
- Т.: Ты живешь в спокойном районе?
- П.: Да, достаточно.
- Т.: Н. — большой город, и в нем много разных районов, не так ли? В каких из них больше всего шприцев?
- П.: Улица Ч., недалеко от стадиона, и это все.
- Т.: Ты когда-нибудь бываешь в этой части города?
- П.: Да, я каждый день проходил там по дороге в школу, она находится в той стороне. Сейчас я больше не хожу в школу.
- Т.: Поэтому ты сейчас туда не попадаешь даже случайно.
- П.: Нет, нет. Но это не потому, что я хочу избежать это место; мне достаточно того, чтобы я там не проходил пешком.
- Т.: Хорошо, хорошо. Теперь на этой неделе мы должны сделать еще больше, но продвигаясь медленно, потихоньку; мы не должны двигаться слишком быстро, пойдем медленно. Следовательно, продолжай делать все, что тебе спонтанно захочется делать — проводи время среди других людей, развлекайся, целуйся. Это приятно — целоваться. И делай кое-что другое тоже, потому что это еще приятнее. Продолжай носить с собой булавки и каждый раз, когда почувствуешь, что укололся: *(показывает жести)* пять раз и пять раз. Согласен? Что касается ритуалов промывания спиртом и тому подобного, с этого момента и всю следующую неделю я хотел бы, чтобы ты перестал делать ежедневно известное тебе получасовое задание, но чтобы ты в эти полчаса делал кое-что другое: ты будешь расхаживать по дому полчаса каждый день и трогать все, что ты счита-

ешь наиболее зараженным: унитаза, биде, некоторые вещи, которые ты считаешь наиболее инфицированными.

П.: Я должен дотрагиваться до них.

Т.: Ты должен дотрагиваться до них, после чего ты вымоешь руки ровно десять раз; ты их моешь и вытираешь десять раз, ты моешь и вытираешь их десять раз. Все это в течение получаса каждый день. То есть вместо того, чтобы думать о наихудшем в течение получаса, ты делаешь наихудшие вещи. Тебе понятно?

Парадоксальное  
десенсибили-  
зирующее  
предписание

П.: Да.

Т.: Тогда что, по твоему представлению, ты мог бы делать?

П.: Я дотрагиваюсь до унитаза, до биде, до полотенца моей матери.

Т.: А потом? Ты должен испачкаться, заразиться, а потом вымыться десять раз, и все это в течение получаса каждый день.

П.: То есть, я трогаю эти вещи в течение получаса, а в конце я должен помыться?

Т.: Или же ты в течение получаса дотрагиваешься и моешься, дотрагиваешься и моешься — как тебе больше нравится.

П.: ОК.

Т.: Стало быть, это; а еще всегда носи с собой булавки, потому что они должны сопровождать тебя везде, и каждый раз, когда ты почувствуешь, что укололся, ты колешь себя булавками.

П.: Доктор, как я могу избавиться от сомнений... С помощью булавок?

Т.: Ты колешь себя булавками. Каждый раз, когда у тебя возникает сомнение, ты укалываешь себя булавкой. И посмотрим, удастся ли тебе начать встречаться с этой девушкой.

П.: Завтра.

Т.: Я не думаю, что у тебя получится... Что ты об этом думаешь?

П.: Я думаю, что да.

Т.: А я уверен, что нет.

П.: Давайте заключим пари.

Т.: Да, давай заключим пари. И давай двигаться медленно, не надо слишком спешить, избегай избегания, но не стремись

вперед слишком быстро, не думай о том, чтобы вытереть кровь матери со шприца, но ты должен пользоваться с ней одними и теми же вещами. Хорошо. А сейчас я поговую с твоими родителями.

*(Входят родители.)*

Т.: Ну, как мальчик?

М.: Я вижу, что он стал спокойнее. Но он рассеян, он ничего не делает.

Т.: Давайте заниматься чем-то одним, по очереди.

М.: И он ведет себя невоспитанно.

Т.: Каждый раз что-то одно, по очереди. До сих пор он казался безнадежным. А теперь он хулиган, невоспитанный, бродяга... Спокойно, сначала одну вещь, потом другую.

О.: Я доволен тем, как идут дела.

Т.: Что конкретно вы наблюдали?

О.: ...

Т.: Прежде всего... избавление от всех этих ужасных симптомов, которые, как он сам утверждает, сократились больше, чем на пятьдесят процентов. Что касается рвоты, он вызывал ее всего три раза, не испытал ни одного кризиса, что касается его навязчивой идеи об иглах, которыми он мог уколоться, то она проявила себя всего дважды за последнюю неделю. А потом, я не знаю, говорил ли он вам об этом, но он контактировал с девушкой.

М.: Да. Да. Это серьезное событие.

Т.: Я думаю, что его дела идут действительно хорошо.

О.: Я именно так и думаю.

М.: Просто есть некоторые вещи, которые раздражают меня. Иногда он писает в биде, а потом он бросает в него туалетную бумагу.

Т.: Я как раз над этим работаю в настоящее время. Мне кажется, что мы уже продвинулись очень быстро. Сейчас я сказал, что мы должны немного притормозить, двигаться медленнее, иначе мы рискуем выбиться из колеи. Хорошо? Мы сделали самое сложное. Мы проделали большую работу по поводу симптоматики; сейчас мы должны постепенно наладить все остальное. Для каждой вещи будет выбрана правильная тактика, для каждой мелочи, а потом от вас мне понадобится еще более конкретный отчет о том, как идут дела.

- О.: Если мы не так много рассказали, то это потому, что особенно не о чем говорить.
- Т.: Когда он действительно почувствует себя лучше, тогда мы сможем начать предоставлять ему больше ответственности и предлагать ему брать на себя больше обязательств. Но сейчас еще не время.
- М.: Доктор, он хочет вещи, которые дорого стоят; он не понимает. И даже если мы говорим: «послушай, еще не время», он дерзит отцу.
- Т.: Если сейчас он грубит, то потом это пройдет.
- О.: Брать на себя большую ответственность по отношению к отцу и матери означает и это тоже (перестать грубить).
- М.: Это важно. Конечно, я понимаю, что это тоже является частью всего процесса.
- Т.: Сейчас мы сосредотачиваемся на одной вещи; позже мы займемся также и этим. Мы не можем тянуть в разные стороны одновременно, хорошо?
- О.: Да.

### **Шестая сессия**

- Т.: Сколько раз ты прополаскивал себя? Отчет
- П.: Что касается рвоты, то я вызвал рвоту пять раз. за неделю  
Но я сделал большой шаг вперед, потому что я целовался, а у нее был герпес вот здесь (*указывает на губы*), по этой причине я пять раз вызвал рвоту.
- Т.: А ты делал еще что-нибудь? Ты делал промывания спиртом?
- П.: Немного протирал пенис спиртом, один раз.
- Т.: Как ты справился с заданиями?
- П.: Я должен был колоть себя булавками и идти искать шприцы. Но я не ходил их искать еще и потому, что шел дождь. Но я лечился: на столе был шприц; я взял его и уколол себя, вместо того, чтобы идти к тому месту (где я видел шприц).
- Т.: Ну, а с этой девушкой... тебе удалось или нет?
- П.: Да, да.
- Т.: Расскажи мне, как ты сейчас проводишь время.
- П.: Я провожу время вместе с девушкой, целуясь и общаясь с друзьями.

- Т.: Только вы вдвоем или в компании?
- П.: Вдвоем или с нашими друзьями, это не имеет значения.
- Т.: Где ты сейчас живешь? С этим твоим другом?
- П.: Вначале я оставался как гость, а сейчас у нас свое жилище.
- Т.: Ну, и как ты там? У тебя были затруднения, ты видел, что ваш дом грязный?
- П.: Нет, нет.
- Т.: Ты пользовался с ними одними и теми же вещами? Если они предлагали тебе пить, ты спокойно пил, ты не чувствовал страх подцепить инфекцию?
- П.: Нет, нет.
- Т.: А что еще хорошего ты делал? Ты выполнил задание в ванной?
- П.: Если честно... я забыл.
- Т.: О!
- П.: Клянусь. Я сделаю его завтра.
- Т.: Это потому, что ты был не у себя дома.
- П.: Нет, нет. Но я сделаю это завтра.
- Т.: Молодец; ты был так поглощен своей девушкой, что забыл самое важное задание. Ты пользовался туалетом в этом доме? Это не вызвало у тебя неприятных ощущений?
- П.: Нет, вот только когда я хожу по большому, я не сажусь на очко унитаза.
- Т.: А кроме того раза, когда ты промыл пенис спиртом, ты еще пользовался спиртом?
- П.: Да, только для того, чтобы вызвать рвоту, и все.
- Т.: Всего пять раз... Хм... а эти пять раз были в начале недели или в последние дни недели? Когда ты это делал, днем?
- П.: Днем.
- Т.: Вечером или утром?
- П.: Вечером.
- Т.: Когда ты возвращаешься домой после того, как целовался?
- П.: Да.
- Т.: И это потому, что у нее был герпес...
- П.: Да. И у меня выступило также немного...
- Т.: Крови.
- П.: Нет, вы знаете, такая жидкость...
- Т.: Тогда как на прошлой неделе, когда у нее не было герпеса...

П.: Да.

Т.: Как долго этот герпес будет продолжаться... а? Это сезонное недомогание, тем более весной, поэтому я думаю, что это будет длиться... Но расскажи мне, что ты делаешь? Что думаешь?

П.: Ну, мы бываем вместе, мы смеемся, развлекаемся, рассказывая смешные истории... о том, как этот мой друг вломился без приглашения, об аварии, в которую я попал, о больницах, о том, что случилось на станции скорой помощи, таким образом мы и развлекаемся.

Т.: Хорошо, хорошо... насколько мы теперь продвинулись вперед, сколько процентов мы еще завоевали?

П.: С тех пор как мы начали?

Т.: Да, с тех пор как мы начали.

П.: Ну, около шестидесяти, больше шестидесяти — около шестидесяти восьми процентов.

Т.: Неплохо. Хм.

П.: Я все еще боюсь крови. Время от времени у меня возникают небольшие сомнения — как тогда, когда выступила эта жидкость... а потом, не знаю... мне неловко об этом говорить, я должен сказать. В одну из прошлых ночей у меня случился оргазм и я немного испачкал простыни. Я проснулся и обнаружил, что простыни прилипли к моей заднице, к моей спине и я подумал, мое ли это или нет?

Т.: Что ты сделал после? Ты помылся?

П.: Я вымылся.

Т.: А потом приступил к дезинфекции.

П.: Иногда я думаю об этом, но это не беспокоит меня.

Т.: Ну, знаешь ли, ночью кто-то сделал эти вещи и оставил следы того, что сделал... Слушай, а ты встречался со своими родителями за эту последнюю неделю?

П.: Нет.

Т.: Ты чувствовал себя лучше или хуже в их отсутствие? Ты скучаешь по ним?

П.: Нет.

Т.: Хм... Ты чувствуешь себя свободнее?

П.: Немного свободнее.

Т.: Свободнее от кого? От матери или от отца? Или от обоих?

- П.: От матери.
- Т.: Поскольку обычно твоя мать тебя очень... она управляет тобой?
- П.: Да, немного.
- Т.: Ты почувствовал себя несколько менее подавленным? Ты говоришь ей об этом?
- П.: Иногда.
- Т.: Какие вещи до сих пор очень пугают тебя? По отношению к которым ты до сих пор...
- П.: Шприцы для инъекций и кровь.
- Т.: Кровь. Где и каким образом?
- П.: Даже у друзей... если у кого-то начинается кровотечение.
- Т.: Ты избегаешь прикасаться к нему... А другие страхи?
- П.: Нет, нет, я просто стараюсь не пить из одного стакана. Я не пью из одного стакана с кем угодно.
- Т.: Я тоже.
- П.: ...Даже с самыми близкими друзьями; например, я могу делать это с моей девушкой, но не с моими близкими друзьями. А вы?
- Т.: С моими близкими друзьями? Иногда... Слушай, расскажи мне, как отреагировали твои родители?
- П.: Они довольны, но они говорят мне: «Не слишком увлекайся».
- Т.: Хорошо. Хорошо. Сегодня ты должен меня извинить, потому что я спешу и мне придется тебя оставить. Задания на неделю такие: носить с собой повсюду булавки и выполнять задание каждый раз, когда ты почувствуешь или увидишь шприцы; и в противоположность тому, что говорят твои родители, я предлагаю тебе увлекаться как можно больше.

### ***Седьмая сессия (через три недели)***

Обновление  
предписаний  
и поощрение  
опыта пациента  
в отношениях  
с девушкой.  
Отчет.

Т.: Привет. Ну, как дела? Как ты себя чувствуешь?

П.: Довольно хорошо.

Т.: Бакенбарды и серьга! Мы хотим на кого-то произвести впечатление, а? Почему сережка?

П.: Это была просто прихоть; многие носят сережку.



Т.: Ты нравишься твоей девушке с сережкой?

П.: Да, очень.

Т.: Хорошо. Как идут дела?

П.: Что касается моих навязчивых идей, то все хорошо. Мы с вами давно уже не виделись, все идет довольно хорошо. Я вызывал рвоту три или четыре раза. А потом, самое важное то, что мне не слишком-то хочется говорить об этих вещах. Я думаю, что мой отец сказал вам об этом. Есть разные проблемы, и одна из них — это некоторый кризис, мне не удается четко выразиться; в моих мыслях отсутствует порядок, я чувствую путаницу в голове, мне больше не хочется ничего делать. Я все время дома, лежу на кровати с наушниками и слушаю музыку, потом выхожу и мне это доставляет неприятные ощущения. А потом возникла та проблема, что я хотел бы окончательно переехать в И.

Т.: Ты хочешь жениться?

П.: Нет, я не хочу переехать в И. из-за моей девушки; помимо девушки, это мой собственный выбор. В И. я чувствую себя лучше, более в своей тарелке, в то время как в Н. у меня слишком много ограничений, воспоминаний, и... я не знаю... авария. Я вернулся в Н., потому что сегодня утром я должен был поехать в Ареццо, и... как говорится, меня как будто ударили по голове, мамма миа, я больше не мог этого выдерживать, это оказало на меня очень неприятный эффект. Мне хотелось бы переехать в И., но с этим есть некоторые проблемы; мой отец, вы знаете; я понимаю, что дом... да мой отец вам уже об этом говорил.

Т.: Да, твой отец упоминал об этой проблеме.

П.: Ну да, моя мать хотела бы дом, в котором можно жить, а потом есть и финансовые проблемы, я это понимаю, но я также понимаю, что для того, чтобы я себя хорошо чувствовал, я должен жить в И. Я чувствую, что я должен жить в И.

Т.: В данный момент мне кажется, что нет особых проблем; когда они возникнут... Нет никакого смысла говорить сейчас: «Я непременно должен делать именно это».

П.: Я беспокоюсь, потому что нам надо быстро принять решение, потому что я хотел бы записаться в школу с сентября, потому что если мне удастся справиться с моими проблемами... не знаю, как скоро...

Т.: Насколько мы их решили?

П.: Прилично. Мы решили не менее 70% (проблем).

Переопределение  
конкретных  
проектов

Т.: Сколько нам еще остается? Это естественно, что ты задумываешься о будущем, хочешь ли ты учиться и работать.

П.: Я хочу продолжить учебу. Я учусь в Естественно-научном лицее, который не дает окончательного диплома, поэтому я бы хотел продолжить учебу и пойти в университет, потому что я не хочу показаться хвастливым, но я считаю себя умным человеком и я чувствую, что смогу сделать многое, если мне удастся решить мои проблемы. Я считаю себя умным человеком, и я подумал, что я мог бы учиться в университете здесь, в Ареццо, поскольку после всех моих контактов с психологами и психиатрами с юных лет, у меня появилось желание сделать карьеру в этой области... Более всего мне неприятно то, что я чувствую это путаницу в голове, возможно, это потому, что я выздоравливаю, я не знаю. И еще у меня обнаружился какой-то дефект зрения... я закапываю капли в глаза.

Т.: Что мы должны сейчас делать, так это продвигаться вперед на очень малой скорости. Мы до сих пор бежали слишком быстро, и — ты уже знаешь это, не так ли? — мы должны притормозить, потому что в противном случае мы можем сойти с рельсов. Целая серия вещей находится в процессе созревания, необходимо решить все проблемы.

П.: О, да, это правда. Мы двигались слишком быстро. Да, но мои родители...

Т.: Но твои родители... Только подумай, всего несколько месяцев назад для твоей семьи было привычным иметь сына с огромными проблемами. Теперь дела так сильно изменились, что твоя семья должна найти новое равновесие.

П.: О, да, это верно.

Т.: Хорошо?

П.: И меня сильно мучает тот факт, что моя девушка хочет заниматься со мной любовью, а я не хочу.

Т.: Делай это, почему же нет? Чего ты боишься?

П.: Ну, как же, я боюсь СПИДа. Я думаю, что если я смогу заниматься любовью с девушкой, это будет означать, что я

действительно выздоровел, это было бы наивысшим достижением. Я подумал, что я мог бы попросить ее сделать тест, а потом... Что? Плохая идея?

Т.: Да как сказать! Поскольку это все в твоих мыслях, почему ты должен принуждать ее...

П.: Я не понимаю. Что это значит?

Т.: Это означает, что это ты боишься, почему же ты должен заставлять ее делать тест?

П.: Скажем так: я просто должен сделать это, и все.

Т.: Хм... я думаю, что эту вещь ты еще не в со-  
стоянии...

Провокационная  
техника

П.: Мне стоит еще немного подождать?

Т.: А тебе этого очень хочется.

П.: О, да. Я же нормальный человек.

Т.: А ты не боишься нарваться на неприятности?

П.: Нет, нет, я достаточно осторожен. Я уже делал это раньше.

Т.: И тебе все хорошо удалось?

П.: Да, скажем, что они не забеременели.

Т.: Ты пользовался презервативом?

П.: Мне хотелось бы делать это без презерватива, но я думаю также, что презерватив не защищает на сто процентов.

Т.: От СПИДа?

П.: От СПИДа.

Т.: Я думаю, что раз тебе этого хочется, то ты должен все хорошенько подготовить. В следующие несколько дней ты должен создать несколько идеальных ситуаций. Я оставляю за тобой решение, использовать презерватив или нет; но ты должен устроить ей сюрприз, ты должен найти уединенное место, где ты сможешь чувствовать себя спокойно, и где ты смог бы сделать это. Где бы ты хотел это сделать?

Предписание  
заключительного  
ритуала

П.: О, я не знаю.

Т.: На природе? На пляже?

П.: О, да, на пляже — да.

Т.: Ты уже начал купаться или нет?

П.: Нет, еще нет, но один мой друг сказал мне, что вода холодная, очень холодная.

Т.: Очень, очень холодная? Хорошо.

- П.: Погода стоит не из самых хороших.
- Т.: Ты *(очень медленно)* идешь на пляж *(пауза)*... Ты решаешь, использовать презерватив или нет. Ты доводишь ситуацию до определенного момента, доводишь дело до конца, а потом... сразу же после этого... сразу же после этого ты снимаешь носки, брюки, майку; снимаешь все с себя и идешь искупаться в холодной воде.
- П.: Нет *(очень озадаченно)*, я должен заниматься с ней любовью... а потом... искупаться в холодной воде!? Это то, что я должен делать?
- Т.: Да! Договорились? Ты можешь даже делать не один раз, но что касается меня, то мне достаточно, чтобы ты сделал это один раз, один только раз.
- П.: А что, если я не буду заниматься с ней любовью в ближайшие пятнадцать дней?
- Т.: Посмотрим, будешь или нет.
- П.: Что меня беспокоит, так это мысль о том, что я потом должен продезинфицировать себя спиртом.
- Т.: Но там есть морская вода, не так ли? ... она... холодная.
- П.: То есть это мое задание?
- Т.: Ты должен пойти на пляж, и чрезвычайно медленно довести ее до... чтобы создать... ты должен довести себя до сильного возбуждения, а потом... когда все завершится... как это делали некоторые монахи, когда они вступали в сексуальные отношения, а потом должны были покарать себя за это: они бросались в ледяную воду и наказывали себя с помощью ледяной воды.
- П.: А если я сделаю это дома, что мне тогда делать? Я все равно должен пойти искупаться?
- Т.: Конечно, на пляж, и в холодную воду; ты должен покарать себя.

### **Девятая сессия**

- Т.: Ты хорошо доехал?
- П.: Да, сегодня солнечно.
- Т.: Ну, как дела?
- П.: О, у меня все вполне хорошо, нет, даже очень хорошо; нет, даже замечательно.

- Т.: Что значит «замечательно»?
- П.: Я позвонил вам один раз, но потом я перестал беспокоиться. Это произошло потому, что я испачкался кровью, но я успокоился, потому что вспомнил, что в прошлый раз не было никаких проблем.
- Т.: А как насчет всего остального...
- П.: Я сделал это, и сделал это на пляже. О, как же я ругался! Было невероятно, невероятно холодно, мне это запомнится на всю жизнь. Это было так ужасно; вода была ледяная, вечер был холодный...
- Т.: Расскажи мне все от А до Я. Я дал тебе определенное предписание, и что ты сделал?
- П.: Скажем, что мы пошли на пляж, но я делал это с презервативом.
- Т.: Конечно!
- П.: Почему конечно?
- Т.: Это правильно, не так ли? Это способ избежать обоих рисков... есть еще другой риск, беременность.
- П.: В первый раз не все было гладко. Не так, чтобы мы оба были экспертами, поэтому мы испытывали смущение, но, в любом случае, все прошло достаточно хорошо. Потом я бросился в море, и даже не пытаюсь вам передать, как это было невероятно. Во всяком случае, я хотел делать это без (презерватива).
- Т.: Вода была холодной.
- П.: Невероятно холодной — ледяной.
- Т.: Какой эффект ты испытал, когда вышел из воды?
- П.: Мне было ужасно холодно.
- Т.: Ты не боялся, что ты можешь заразиться?
- П.: Нет, но я пришел домой и продезинфицировал себя как обычно, а потом мы делали это еще раз.
- Т.: И потом ты опять бросился в море.
- П.: Нет.
- Т.: Ты больше не бросился в море? Только один раз?
- П.: Нет, я чувствую себя спокойно. Я подумал, что вы зададите мне тот же самый вопрос о

Переопределение  
заключительного  
ритуала

том, насколько я улучшил свое состояние. О, я его улучшил более чем на восемьдесят пять процентов.

Исследование  
восприятия  
симптомов  
пациентом  
на данном  
этапе

Т.: То есть остается еще около 15% симптомов.

П.: Да.

Т.: И мы полностью удалили 85%.

П.: Да, да.

Т.: А что это за пятнадцать процентов, которые остались?

П.: То, что я боюсь крови; я не думаю так много о шприцах, или, лучше сказать, что я их больше не вижу на улице.

Т.: Ты все время носишь с собой булавки?

П.: Нет.

Т.: Ты больше не носишь их с собой?

П.: Нет. Потому что я больше их не чувствую.

Т.: Они тебе больше не нужны?

П.: Нет, я не чувствую необходимости в них. Мне неприятно, когда на губах моей девушки выступает кровь. Мне это неприятно, я целую ее, только если она как следует почистит зубы. После сексуальных сношений с ней я должен продезинфицировать себя спиртом. Можно сказать, что еще кое-что осталось.

Оценка  
и переопределение  
достигнутых  
результатов

Т.: Ты должен очищать себя каждый раз, когда ты делаешь это с ней?

П.: Только пенис.

Т.: Какие-нибудь еще виды очищения?

П.: Нет, нет.

Т.: Ты больше не вызываешь рвоту?

П.: Нет, кроме пары раз за последние пятнадцать дней, потому что это было связано с определенными обстоятельствами. Например, когда я поцеловал ее, а у нее на губах выступило немного крови; а потом она по глупости лизнула меня в рот. Но только в такого рода ситуациях. Я думаю, что больше не буду вызывать рвоту; с этим почти покончено.

Т.: Ты иногда думаешь о том, что было?

П.: Нет.

- Т.: Очень хорошо. Прибавилось ли у вас обоих опыта в любовных делах или нет?
- П.: Уже во второй раз получилось лучше.
- Т.: Вы только один раз этим занимались? *(с удивлением.)* Как же так?
- П.: Потому что если мы будем делать это каждый день, это может стать пристрастием.
- Т.: Ну да, приятным пристрастием.
- П.: Ну... однако...
- Т.: Я думаю, ты должен бы как следует этим заняться.
- П.: Нам не очень хочется делать это на пляже, потому что это неудобно, а мой дом тоже не всегда в нашем распоряжении.
- Т.: А что, в И. нет никаких лесочков, полян, куда вы могли бы пойти вечером? Ты что, не мне же учить тебя этим вещам?
- П.: Да, они есть, но это неудобно. Кровать лучше.
- Т.: Кровать лучше? О, так вы еще и комфорта хотите? Когда я был пареньком, мы обычно ходили в поля; у кого же тогда был дом? А скажи-ка мне, что она сказала, когда увидела, что ты бросился в воду после этого?
- П.: Я сказал ей, что это было задание.
- Т.: А она что сказала? Она засмеялась?
- П.: Нет, нет, она сказала: «Тогда просто делай его, и все. Это означает, что у задания есть какое-то значение, которое мне неизвестно».
- Т.: Тебе это пошло на пользу?
- П.: Да, пошло на пользу.
- Т.: Немного холодно, ага?
- П.: Мама миа (мама дорогая!)
- Т.: Ты никогда не купался в такой холодной воде?
- П.: Нет. Это было в первый раз.
- Т.: А потом ты сразу вытерся? Что ты сделал?
- П.: Ну, я вытерся и переоделся, но мне было очень холодно. Потом я пошел домой и принял душ; я был полон песка.
- Т.: Хорошо, хорошо! Что ты должен делать теперь, так это не давать ей больше покоя.
- П.: То есть...? Каждый день?
- Т.: Как можно чаще.
- П.: А когда ей не хочется? Если ей не хочется?

Т.: Достаточно немного возбудить ее. Ты действительно нуждаешься в «глубоком погружении» в секс, которое, помимо приятности, должно иметь еще и терапевтический эффект, я понятно объясняю? Поскольку мы достигли восьмидесяти пяти процентов, тебе сейчас, с одной стороны, нужно спросить себя: «Каким образом я мог бы разрушить все, чего я до сих пор достиг?»; и, с другой стороны, тебе следовало бы подумать: «Я как можно больше отдамся сексу, чтобы таким образом с помощью удовольствия пройти сквозь мой страх заразиться». Лучший способ избавиться от страха — это пройти сквозь него. Кроме того, должен же ты научиться, тому, как делаются эти вещи, не так ли?

П.: О, да, конечно!

Т.: А что еще ты делаешь? Ты еще чем-то занимаешься или только девушкой?

П.: Я нашел работу, но там все пошло плохо. Скажем, что я нашел две работы, но на первой работе я проработал только одно утро и послал ее в одно место, а на второй я проработал только после обеда и послал ее в одно место. Первая работа была у неприличного человека. Мы договорились, что я буду обслуживать столики в баре, а вместо этого он взял меня на пляж и заставил копать, сумасшедшая усталость, и в конце концов я сказал: «Я себя плохо чувствую», — и ушел.

Т.: Что тебе пришлось копать?

П.: Я должен был копать песок, чтобы установить будку, это было ужасно. На второй работе я должен был скоблить и красить лодки на судовой верфи. Она плохо кончилась, потому что руководитель, прораб был очень недружелюбным, а работа была очень утомительной. На следующей неделе я поеду с одним моим другом по острову на грузовичке, развозить коробки с картофельными чипсами... Я не знаю, в разные продуктовые магазины... и шоколадные яйца...

Т.: Это настоящая работа.

П.: Нет, но они платят полтора миллиона лир в месяц. Сейчас меня раздражает то, что я ничего не делаю.

Т.: Мне кажется, что это правильно, что ты начинаешь оплачивать свои расходы и предпринимать усилия, чтобы устроить свои дела.



- П.: На следующий год я хочу закончить два класса за один год.
- Т.: Кроме того, я думаю, что для твоего собственного равновесия важнее всего, чтобы ты чувствовал себя способным делать это.
- П.: А потом, чтобы чем-то занять мозги. Многие люди, которые знают, как я был болен, всегда говорили мне: «М., это потому, что тебе всегда было нечем занять свои мозги».
- Т.: Они дали тебе хороший совет, я с этим не спорю, но я думаю, что это не имеет никакого отношения к твоим проблемам. Я считаю, что работа тебе пойдет на пользу, потому что тебе необходимо почувствовать себя полезным, тебе необходимо брать на себя ответственность за то, что ты делаешь, и если ты потом в следующем году...
- П.: Да, я бы хотел взять на себя обязательство закончить четвертый и пятый класс за один год\*, сдать государственные экзамены с хорошим результатом, потому что потом я хочу поступить в университет. А потом, есть еще и эта проблема, вы сказали, что мы должны заняться ей попозже, все тот же разговор о том, что мне хотелось бы устроить свою жизнь в И., потому что я действительно там хорошо себя чувствую; у меня там девушка, я начал искать работу: в жизни все нужно зарабатывать.
- Т.: Все нужно завоевывать. Если блага нам даются другими людьми, они ценятся гораздо меньше, чем когда мы сами их завоевываем. Стало быть, ты сможешь заняться этой проблемой после того, как докажешь своей семье и самому себе, на что ты способен, хорошо? И, настойчиво рекомендую, погрузись с головой в секс.

### ***Встреча с отцом пациента***

- Т.: Итак, мне кажется, что дела продолжают идти наилучшим образом.

---

\* В итальянской системе образования полный цикл обучения, приводящий к получению аттестата зрелости, составляет 13 лет: пять классов начальной школы, три класса средней школы и пять классов лицея или техникума. — Прим. пер.

О.: Да, я думаю, что это так, я предполагаю, что это так. Но к сожалению, в то же время есть одна вещь... которая теперь уже... Ему значительно лучше, без сомнения, но он совсем не способен ждать; он не знает, чем он хотел бы заняться, и это постоянно кончается тем, что он в результате все время делает только то, что он хочет. Вчера вечером он хотел поехать со мной в Н. Я сказал ему, что мы выедем в шесть. Когда я пришел домой, он позвонил, чтобы сказать, что он не поедет. Он пытается воспользоваться благоприятными возможностями, чтобы улизнуть из-под контроля. Я его понимаю, и я отношусь к этому более терпимо, но он хотел бы Бог знает чего, и более того, он еще и обвиняет меня.

Т.: Да, но вы должны отдавать себе отчет в том, что...

О.: Я отдаю себе отчет, я ошарашен результатами, но он управляет нам жизнь; он всегда должен создавать для нас проблемы; он не может жить без проблем.

Побуждение  
к автономии  
супружеской  
пары,  
свободной  
от проблем  
сына

Т.: Сейчас вы должны думать о ваших собственных проблемах: о вашей жене, о вашей работе, о своих делах. А я позабочусь об М. Вы должны только сотрудничать со мной. М. говорил мне о ряде своих проектов: пойти учиться в университет, закончить два класса за один год. Нужно только направлять его.

### **Десятая сессия**

Переопределение  
достигнутых  
результатов

Т.: Ага! Да у нас кудри! Как это ты решился сделать кудрявым? Теперь, когда ты открыл себе путь для маленьких грешков, ты хочешь быть более привлекательным?

П.: Да.

Т.: Ну, что ты мне расскажешь?

П.: Все идет хорошо. Ничего особенного.

Т.: Все идет хорошо? У тебя больше не было тех проблем?

П.: Нет. Я больше не вызываю рвоту, поэтому я не знаю, что сказать. Все идет хорошо.

- Т.: Все идет хорошо; твои проблемы — не более чем старые воспоминания... Молодец!
- П.: Я добился хороших процентов. Единственное оставшееся препятствие — заниматься любовью без презерватива.
- Т.: А мы продолжали купание в море?
- П.: О, да, да.
- Т.: Ты купался и после того, как занимался любовью?
- П.: Да.
- Т.: О, в таком случае, что вы делаете, когда вы этим занимаетесь: после того, как вы закончили, ты идешь купаться?
- П.: Я иду в ванную и мою только эту часть (тела).
- Т.: А она моется?
- П.: Да.
- Т.: О! Вы оба моетесь... хм... следовательно, единственная проблема, которая осталась, это заниматься с ней любовью без презерватива.
- П.: Кроме этой, у меня нет (других) проблем, потому что на днях у моего друга начал кровоточить прыщ и он испачкал себе все руки кровью, когда старался вытереть ее. Я даже дотрагивался до его рук и не беспокоился об этом.
- Т.: А как насчет шприцев, которые колют тебя?
- П.: Я чуть более внимателен на пляже, но это ведь нормально.
- Т.: А шприцы, которые были и не были, ты еще видел их?
- П.: Нет.
- Т.: Хорошо. А что происходит с твоими родителями?
- П.: Время, когда я был в смятении, начинает завершаться. Я доволен, что больше нет прошлых проблем, а есть проблемы другого типа, я не знаю... у моей матери дела идут так себе, она не очень хорошо зарабатывает на своей работе, а это особенно важно именно сейчас, для того чтобы мы могли поехать и жить в И. Мы нашли и новый дом, это вилла, но то, что нам сейчас нужно — это деньги.
- Т.: Ты работаешь?
- П.: Я работал в течение некоторого времени, но я не нашел постоянной работы.
- Т.: А ты не выполнял работу, связанную с поездками, с доставкой товаров?
- П.: Да. Но для этого нужны водительские права. У меня их нет — мне еще нет 18-ти лет. Я должен начать ходить и искать,

- работу на полдня, а потом, в сентябре я собираюсь начать учебу.
- Т.: А потом, когда вырастешь, ты будешь делать важную работу.
- П.: Надеюсь.
- Т.: Таким образом, ни одна из твоих навязчивых идей или ритуалов больше не появилась... Ты больше ничего такого не делал.
- П.: Нет, нет.
- Т.: Ни шприцы, ни страх перед СПИДом не появлялись снова в твоих фантазиях; однако ты должен помыться после занятия любовью с твоей девушкой.
- П.: Ненормально то, что я дезинфицирую себя, только это ненормально. А потом, тот факт, чтобы делать это без презерватива; так приятнее.
- Т.: Без него «вкуснее»... А она просила тебя делать это без презерватива или нет?
- П.: Нет. Она не просит, потому что она понимает.
- Т.: Но ты был бы в состоянии избежать риска, если бы ты делал это без презерватива?
- П.: Я не понимаю.
- Т.: Риска, что она останется в интересном положении.
- П.: Да, да, я осторожен. Теперь я хочу начать свои каникулы в покое. Мне хотелось бы периода спокойствия, потому что я всю жизнь хожу по докторам, и за последние два года я начал чувствовать к ним неприязнь: приходилось часто перемещаться на корабле на воздушных крыльях, я ведь жил в И., мой отец потратил миллионы и миллионы (лир), мы уже потеряли им счет.
- Т.: С моей точки зрения, поскольку ты стал таким молодцом, будет правильно не задавать тебе одну из моих маленьких игр, а будет правильно, чтобы ты дошел до этого сам, поскольку это совершенные пустяки. Ты достиг девяноста пяти процентов, можешь достичь и ста процентов. Если тебе не удастся добиться этого, то мы займемся этой проблемой через несколько месяцев; но я убежден, что у тебя это получится, потому что осталась совсем ерунда. Если ты избавился от девяноста пяти процентов, то ты можешь избавиться от пяти процентов самостоятельно. Я думаю, что

ты действительно много сделал; ты только подумай, сколько времени назад ты пришел сюда!

П.: Я верю в вас, невероятным образом, и вы показали себя... честно говоря, я считаю вас чуть ли не Богом.

Т.: Спасибо, но я не знаю, каким я мог быть Богом.

Прощание  
и побуждение  
к самоуважению

П.: ...потому что я был у других докторов, но никогда ничего не решил.

Т.: Это ты был настоящим молодцом.

П.: Спасибо.

Т.: Заслуга во всем больше твоя, чем моя, это были твои ресурсы, я только стимулировал тебя. Я не добавил тебе ничего такого, чего у тебя не было, я только стимулировал твои ресурсы с тем, чтобы они проявили себя. Моя задача заключалась только в этом. Это тебе принадлежит ответственность за эти такие быстрые и значительные изменения. Я должен был играть в эти немного странные, немного забавные игры.

Приписывание  
пациенту заслуг  
за произошедшие  
изменения

П.: Даже слишком странные.

Т.: Даже слишком странные, потому что я должен был таким способом стимулировать твои ресурсы, давая тебе задания таким образом. Ты бы не стал их делать без этих маленьких игр, в то время как таким способом ты вновь приобрел возможность пользоваться твоими личными ресурсами.

П.: Между прочим, я даже купил кольцо.

Т.: Кольцо для помолвки.

П.: Да, французского типа.

Т.: Ты будешь хранить его?

П.: Конечно. Я влюблен в эту девушку, мы вместе уже три месяца, это не очень длительный срок, однако...

Т.: Именно качество имеет значение, а не количество времени, которое люди вместе. Вы — хорошая пара. Ну, дорогой друг, увидимся в сентябре. Если тебе что-то понадобится, я здесь, но если не будет никакой необходимости... Следовательно, мы встречаемся снова через шесть месяцев. И помни, что за тобой пять процентов. И так как мы не будем встречаться, то я бы хотел, чтобы ты мне звонил каждые

пятнадцать-двадцать дней, чтобы сообщить мне, как идут дела; я бы хотел получить информацию о том, сколько времени тебе понадобится, чтобы избавиться от тех пяти процентов.

П.: Но вы думаете... то есть, зависит от меня, когда эта терапия закончится? Потому что я действительно не могу дождаться, когда она закончится. Мне жаль, что я не смогу вас больше увидеть, потому что я к вам привязался... однако, скажем, что и из-за того, что я себя хорошо чувствую... и тогда...

Т.: Для меня, М., терапия завершена. Я буду только контролировать результаты.

П.: О, она уже завершена???

Т.: Осталось только сделать так, чтобы ты продолжал идти вперед, но с энтузиазмом.

П.: То есть дело теперь только за мной?... Доктор, я бы хотел попросить вас об одном одолжении. В свое время моя мама пообещала мне, что как только я поправлюсь, моя бабушка по материнской линии подарит мне мотоцикл. Я всегда хотел мотоцикл. Если бы вы могли... я не знаю... дать мне бумагу, что я уже поправился.

Т.: В сентябре.

П.: В сентябре? О.К.

## Библиография

- Amerio, P. (1982). *Teorie in psicologia sociale*, Bologna, Il Mulino.
- Andolfi, M. (1991). «Tre generazioni in terapia» in Malagoli-Togliatti, M. and Telfener, U. (eds.) *Dall'individuo al sistema*, Torino, Borin-ghieri.
- Andrews, G. and Harvey, R. (1981). «Does Psychotherapy Benefit Neu-rotic Patients? A Reanalysis of the Smith, Glass and Miller Data» in Archives of General Psychiatry, 38, 1203-1208.
- Ashby, W.R. (1954). *Design for a Brain*. New York, Wiley.
- Ashby, W.R. (1956). *An Introduction to Cybernetics*. London, Methuen.
- Austin, J.L. (1962). *How to Do Things with Words*. Cambridge, Harvard University Press.
- Avnet, H.H. (1965). *How Effective Is Short-Term Therapy?* in L.R. Wolberg (ed.), *Short-Term Psychotherapy*. New York, Grune and Stratton.
- Bandler, R. and Grinder, J. (1975a). *Patterns of the Hypnotic Technique of Milton J. Erickson, M.D.*, Palo Alto, Calif., Meta Publications.
- Bandler, R. and Grinder, J. (1975b). *The Structure of Magic*. Palo Alto, Calif., Meta Publications.
- Bandura (1974). *Psychological Modeling*. Chicago, Aldine.
- Bandura (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliff, Prentice Hall.
- Bannister, D. and Fransella, F. (1977). *Inquiring Man: The Theory of Personal Constructs*, Hamondsworth, England, Penguin.
- Bateson, G. (1972). *Cybernetic Explanation*. In American Behavioural Scientist, 10, 29-32.
- Bateson, G. (1979). *Mind and Nature*. New York, Ballantine Books.
- Bateson, G. and Jackson, D.D. (1964). «Some Varieties of Pathogenic Organization» in *Disorders of Communication*, (Research Publica-tions, Association for Research in Nervous and Mental Disease), 42, 270-283.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley J. and Weakland, J.H. (1956). «To-ward a Theory of Schizophrenia». Behavioural Sciences, 1, 251-264.
- Beck, A.T. and Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobia*. New York, Basic Books.
- Bergin, A.E., and Strupp, H.H. (1972). *Changing Frontiers in the Scienc-es of Psychotherapy*. Chicago, Aldine.

- Bergin, A.E. and Lambert, M.J. (1978). «*The Evaluation of Therapeutic Outcomes*» in Garfield, S.L. and Bergin, A.E. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Second edition, New York, Wiley.
- Bergman, J.S. (1985). *Fishing for Barracuda: Pragmatics of Brief Systemic Therapy*, New York, Norton.
- Birdwhistel, R. (1970). «*Meta-communicational Thoughts: About Communication Studies*» in Jakin et al., *A language*, The Hague, Mouton.
- Bloch, A. (1989). *La Legge di Murphy e altri motivi per cui le cose vanno a rovescia*, Milano, Longanesi.
- Bodin, A. (1980). «*The Interactional View: Family Therapy Approaches of The Mental Research Institute*» in Gurman, A.S. and Kniskern, D.P. (eds.) *The Handbook of Family Therapy*. New York, Brunner/Mazel.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoofman, L. and Penn, P. (1988). *Milan Systemic Family Therapy*. New York, Basic Books.
- Bourn, E.J. (1990). *The Anxiety and Phobia Workbook*. Oakland, Calif., New Harlinger Publications Inc.
- Brown, G.S. (1973). *Laws of Form*. New York, Bantam Books.
- Butcher, J.N. and Koss, M.P. (1978). «*M.M.P.I. Research on Brief and Crisis-Oriented Therapies*», in Garfield, S.L., and Bergin, A.E. (eds.), *The Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Second edition. New York, Wiley and Sons.
- Cancrini, L. (1987). *Psicoterapia: Sintassi e Grammatica*. Rome, Italy, La Nuova Italia.
- Ceronetti, G. (1987). *Pensieri de te*. Milan, Italy, Adelphi.
- Chambers, G.S. and Hamlin, R. (1957). «*The Validity of Judgements based on 'Blind' Roschach Records*» in *Journal of Consulting Psychology*, 21, 105-109.
- Cialdini, R.B. (1984). *How and Why People Agree to Things*. New York, William Morrow.
- De Shazar, S. (1982). *Patterns of Brief Therapy*. New York, Guilford.
- De Shazar, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York, W.W. Norton and Co.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1987) 3rd revised edition, American Psychiatric Association.
- Eigen, M. (1986). *Il gioco*. Milano, Adelphi.
- Ellis (1981). «*Teoria e Prassi della RET*» in Guidano, Reda (eds.) *Cognitivismo e Psicoterapia*. Milano, Angeli.
- Elster, J. (1979). *Ulysses and the Sirens*. Cambridge, Cambridge University Press.



- Erickson, M.H., Rossi, E.L. (eds.) (1982). *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis*, 4 vols., New York, Irvington.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L. and Rossi, S.I. (1979). *Hypnotic Realities: The Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion*. New York, Irvington.
- Fisch, R., Weakland, J.H., Watzlawick, P., Segal, L., Hoebel, F., and Dearsdoff, M. (1975). *Learning Brief Therapy: an Introductory Training Manual*. Palo Alto, Calif., Mental Research Institute.
- Fisch, R., Weakland, J.H., Segal, L. (1982a). *The Tactics of Change*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Fisch, R., Watzlawick, P., Weakland, J.H. and Bodin, A. (1982b). «*On Unbecoming Family Therapists*» in Ferber, A., Mendelson, M., and Napier, A. (eds.) *The Book Family Therapy*, New York, Science House.
- Foerster, H. von (1970). «*Thoughts and Notes on Cognition*», in Garvin, P.L., (ed.) *Cognition: A Multiple View*, New York, Plenum, 25-48.
- Foerster, H. von (1984). «*On Constructing a Reality*» in Watzlawick, P., *The Invented Reality*, New York, Norton.
- Foerster, H. von (1974). «*Kybernetik einer Erkenntnisgeschichte*» (Cybernetic Epistemology), in Keidel, W.D., Handler, W., and Spring, M. (eds) *Kybernetik und Bionik*, (Cybernetics and Bionics), Munich, Oldenburg.
- Foerster, H. von (1987). *Sistemi che si osservano*, Roma, Astrolabio.
- Frank, J.D. (1971). «*Therapeutic Components of Psychotherapy. A 25-year Progress Report of Research*» in *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 37, 307-313.
- Frankl, V.E. (1960). «*Paradoxical Intention*», *American Journal of Psychotherapy*, 14, 520-535.
- Galli (ed.) (1987). *Antologia di Scritti: Lewin*. Bologna, Il Mulino.
- Garfield, S.L. (1981). *Psychotherapy: An Eclectic Approach*. New York, Wiley.
- Garfield, S.L. (1981). «*Psychotherapy: a 40-Year Appraisal*» in *American Psychologist*, 2, 174-183.
- Garfield, S.L., Prager, R.A., and Bergin, A.E., (1971). «*Evaluation of Outcome in Psychotherapy*» in *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 37, 307-313.
- Garfield, S.L. (1989). *The Practice of Brief Psychotherapy*. New York, Pergamon Press.
- Giannattasio, E. and Nencini, R. (1983). *Conoscenza e modellazione nella psicologia*. Roma, La Goliardica.

- Giles, T.R. (1983). «Probable Superiority of Behavioral Interventions: I: Traditional Comparative Outcome» in *Journal of Behavioral Therapy Experimental Psychiatry*, 14, 29-32.
- Glaserfeld, E. von (1979). «Cybernetic Experience and Concept of Self» in Ozer, M.N., (ed.) *A Cybernetic Approach to Assessment of Children: Towards More Human Use of Human Beings*, Boulder, Colo, Westview Press.
- Glaserfeld, E. von (1979). «An Introduction to Radical Constructivism» in Watzlawick, P. *The Invented Reality*. New York, Norton.
- Goethe, J.W. (1983). *Massime e Riflessioni*. Roma, Theoria.
- Goldwurm, G. et al. (1986). *Tecniche di rilassamento nella terapia comportamentale*. Milano, Angeli.
- Gracian, B. (1967). *Oracolo manuale e arte di prudenza*. Milano, Rizzoli.
- Greenberg, G. (1980). «Problem-Focused Brief Family Interactional Psychotherapy» in Lewis, R., Wolberg, M.D., Marvin, L. and Aronson, P.D. (eds.), *Groups and Family Therapy*. New York, Brunner/Mazel.
- Guastafson, J.P. (1986). *The Complex Secret of Brief Psychotherapy*. New York, Norton.
- Guidano, V. (1988). *La Complessità del sé*. Torino, Boringhieri.
- Gurman, A.S. and Kniskern, D.P. (1978). «Research on Marital and Family Therapy» in Garfield, S.L., and Bergin, A.E. (eds.), *The Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Second edition, New York, Wiley.
- Haley, J. (1967). *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of Milton J. Erickson, M.D.*, New York/London, Grune and Stratton.
- Haley, J. (1976). *Uncommon Therapy: the Psychiatric Techniques of Milton J. Erickson, M.D.* New York, Norton.
- Haley, J. (1976). *Problem-Solving Therapy*. San Francisco, Calif., Jossey-Bass.
- Haley, J. (1985). *Conversations with Milton J. Erickson, M.D.*, vol.I°; *Changing Individuals*, vol. II°; *Changing Couples*, vol.III°; *Changing Families and Children*, Chicago, Triangle Press.
- Harris, M.R., Kalis B. and Freeman, E. (1963). «Precipitating Stress: An Approach to Brief Therapy». *American Journal of Psychotherapy*, 17, 465-471.
- Harris, M.R., Kalis B. and Freeman, E. (1964). «An Approach to Short-Term Psychotherapy». *Mind*, 2, 198-206.
- Hecker, J.E., and Thorpe, G.L. (1992). *Agoraphobia and Panic: A Guide to Psychological Treatment*. Boston, Allyn and Bacon.

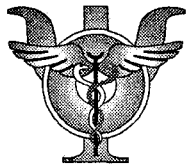
- Herr, J. and Weakland, J.H. (1979). *Counselling Elders and Their Families*. New York, Springer.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of Family Therapy*. New York, Basic Books.
- Hoffmannstal (1980). *Il Libro degli Animali*. Milano, Adelphi.
- Keeney, B. (1985). *L'Estetica del Cambiamento*. Roma, Astrolabio.
- Keeney, B. (1991). *La Terapia dell'Improvvisazione*. Roma, Astrolabio.
- Kelly, G.A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. (2 Vols), New York, Norton.
- Kraus, K. (1972). *Detti e Contraddetti*. Milano, Adelphi.
- Kuhn, T. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago, University of Chicago Press.
- Lankton, S. (1983) and Lankton, C.H., (1983). *The Answer Within: A Clinical Framework of Erickson Hypnotherapy*. New York, Brunner/Mazel.
- Lazarus, A.A. (1981). *The Practise of Multimodal Therapy*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- Lec, S. (1984). *Pensieri Spettinati*. Milano, Bompiani.
- Lichtenberg, C.G. (1978). *Das Lichtenberg Trost Buchlein*. Meister Verlag, Wien-Munchen.
- Liddle, H.A. (1982). «*Diagnosis and Assessment in Family Therapy: A Comparative Analysis of Six School of Thought*» in Keeney, B., (ed.), *Diagnosis and Assessment in Family Therapy*, Rockville, Md., Aspen Publications.
- Laborit, H. (1982). *L'elogio della fuga*. Milano, Mondadori.
- Lorenzini, R. and Sassaroli, S. (1987). *La paura della paura un modello clinico delle fobie*. Roma, La Nuova Italia.
- Luborsky, L., Singer, B. and Luborsky, L. (1975). «*Comparative Studies of Psychotherapy: Is It True That Everyone Has Won and All Must Have Prizes?*» *Archives of General Psychiatry*, 132, 995-1004.
- Madanes, C. (1981) *Strategic Family Therapy*. San Francisco, Calif., Jossey-Bass.
- Madanes, C. (1990). *Behind the One-Way Mirror*. San Francisco, Calif., Jossey-Bass.
- Mahoney, M.J. (1979). *Cognition and Clinical Science*. New York, Plenum Press.
- Mahoney, M.J. (1991). *Human Change Process*. New York, Basic Books
- Maisondieu, J. and Matayer, L. (1986). *Les Therapies Familiales*. Paris, Press Universitaires de France.
- Malagoli-Togliatti, M. and Telfener, U. (1991). *Dall'individuo al sistema*. Torino, Boringhieri.

- Maturana, H.R., Varela (1973). *De macchine y sere vivos*. Ed. Universitaria.
- Maturana, H.R. (1978). «*Biology of Language: The epistemology of Reality*» in Miller G.A. and Lennberg, E. (eds.) *Psychology and Biology of Language and Thought*. New York, Academic Press.
- Minguzzi, G.F. (1986). «*E' possibile valutare i risultati della psicoterapia?*» in Il giornale italiano di Psicologia, 13, (1), 7-13.
- Montalvo, B. and Haley, J. (1973). «*In Defence of Child Therapy*» in *Family Process*, 12, 227-244.
- Morin, E. (1984). *Scienza con coscienza*. Milano, Franco Angeli.
- Muench, G.A. (1965). «*An Investigation of the Efficacy of Time-Limited Psychotherapy*» in *Journal of Counseling Psychology*, 12, 294-299.
- Nardone, G. (1988) (ed.). *Modelli di psicoterapia a confronto*. Roma, Il Ventaglio.
- Nardone, G. and Watzlawick, P. (1990). *L'Arte del Cambiamento, manuale di terapia strategica*. Ipnoterapia senza trance, Firenze, Ponte alle Grazie.
- Nardone, G. (1991). *Suggestione = Ristrutturazione = Cambiamento*. Milano, Giuffrè.
- Neumann, J. von and Morgenstern, O. (1944). *Theory of Games and Economic Behaviour*. Princeton, N.J., Princeton University Press.
- O'Honlon, W.H. and Weiner Davis, M. (1990). *An Uncommon Casebook*. New York, Norton.
- O'Honlon, W.H. and Weiner Davis, M. (1989). *In Search of Solution*. New York, Norton.
- Pensifory, R.Z. (1988). *Anxiety, Phobias and Panic*. Life Skills.
- Philips, E.L. and Wiener, D.N. (1966). *Short-Term Psychotherapy and Structural Behaviour Change*. New York, McGraw-Hill.
- Popper, K.R. (1972). *Objective Knowledge*. London, Oxford University Press.
- Popper, K.R. (1973). *Realism and the Aim of Science*. London, Hutchinson.
- Prigogine, I. (1980). *From Being to Becoming*. San Francisco, Freeman.
- Rabkin, R. (1977). *Strategic Psychotherapy*. New York, Basic Books.
- Reda, M. (1986). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Roma, La Nuova Italia.
- Ritterman, M. (1983). *Using Hypnosis in Family Therapy*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Rogers, C. (1954). *La terapia centrata sul cliente*. Firenze, Giunti.
- Rosen, S. (1982). «*The Values and Philosophy of Milton Erickson*», in Zeig, J., (ed.), *Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy*, New York, Brunner/Mazel.

- Rosenthal, R. (1966). *Experimenter Effects in Behavioral Research*. New York, Appleton-Century-Crofts.
- Salvini, A. (1988) in Fiora, E., Pedrabissi, I., Salvini, A. «*Pluralismo teorico e pragmatico conoscitivo*» in *Psicologia della Personalità*, Milano, Giuffrè.
- Salvini, A. (1991). «*La pura è semplicemente un'emozione?*» in *Rivista di scienze sessuologiche*, vol. 4, 1, 9-16.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., and Prata, G. (1975). *Paradosso e contoparadosso*. Milano, Feltrinelli.
- Segal, L. (1980). «*Focused problem resolution*» in Tolsen, E., and Reid, W.J., (eds.), *Models of Family Therapy*, New York, Columbia University Press.
- Schlien, J.M. (1957). «*Time-Limited Psychotherapy: An Experimental Investigation of Practical Values and Theoretical Implications*» in *Journal of Counseling Psychology*, 4, 318-329.
- Shopenhaur, A. (1980). *Aforismi sulla saggezza del vivere*. Milano, Longanesi.
- Simon, B.F., Stierlin, H. and Wynne, C.L. (1985). *The Language of Family Therapy: A Systemic Vocabulary and Sourcebook*. New York, Family Process.
- Sirigatti, S. (1975). «*Behaviour Therapy and Therapist Variables: A-B Distinction in the Treatment of Monophobias*» in *Bollettino di Psicologia Applicata*, 127-128-129.
- Sirigatti, S. (1988). «*La ricerca valutativa in psicoterapia: modelli e prospettive*». (Outcome Research in Psychotherapy: Models and Perspectives) in Nardone, G. (1988) (ed.), *Modelli di psicoterapia a confronto*. Roma, Il Ventaglio.
- Skinner, B.F. (1938). *The Behaviour of Organism*. New York, Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B.F. (1974). *About Behaviourism*. Knopf.
- Sluzki, C.E. and Donald, C.R. (1979). *Double Bind: The Foundation of the Communicational Approach to the Family*. New York, Grune and Stratton.
- Smith, M.L., Glass G.U., Miller, T.I. (1980). *The Benefit of Psychotherapy*. Baltimore, The John Hopkins University Press.
- Stolzenberg, G. (1978). *Can an Inquiry into the Foundations of Mathematics Tell Us Anything Interesting About Mind?* New York, Academic Press.
- Strupp, H.H. and Hadley, S.W. (1979). «*Specific vs. Nonspecific Factors in Psychotherapy: A Controlled Study of Outcome*», *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136.

- Talmom, M. (1990). *Single Session Therapy*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Thom, R. (1990). *Parabole e catastrofi*. Milano, Il Saggiatore.
- Turner, S.M. and Beidel, D.C. (1988). *Treating Obsessive Compulsive Disorders*. New York, Pergamon Press.
- Ugorio, V. (1991). «La costruzione relazionale dell'organizzazione fobica» in Malagoli-Togliatti, M. and Telfener, U. *Dall'individuo al sistema*. Torino, Boringhieri.
- Varela, F. (1975). «A calculus for Self-Reference» in *International Journal of General Systems*, 2, 5-24.
- Varela, F. (1984). «Il circolo creativo: abbozzo di una storia naturale della circolarità» in Watzlawick, P., (ed). *The Invented Reality*. New York, Norton.
- Watzlawick, P. (1977). *Die Möglichkeit der Anderssein: zur Technik der Therapeutischen Kommunikation*. Bern, Heinz Huber.
- Watzlawick, P. (1984) (ed.). *The Invented Reality*. New York, Norton.
- Watzlawick, P. (1985). «Hypnotherapy without Trance» in Zeig, J. (ed.) *Ericksonian Psychotherapy*. Vol. 1 : Structure, New York, Brunner/Mazel.
- Watzlawick, P. and Weakland, J.H. (eds.) (1977). *The Interactional View*. New York, Norton.
- Watzlawick, P. and Weakland, J.H. and Fish, R. (1974). *Change: Principles of Problem Formation and Problem Solution*. New York, Norton.
- Watzlawick, P., Beavin, J. and Jackson, Don D. (1967). *Pragmatics of Human Communication, a Study on Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes*. New York, Norton.
- Weakland, J.H. and Fish, R., Watzlawick, P. and Bodin, A. (1974). «Brief Therapy: Focused Problem Resolution» in *Family Process*, 13, 141-168.
- Weeks, G. and L'Abate, L. (1982). *Paradoxical Psychotherapy: Theory and Practise with Individuals, Couple and Family*. New York, Brunner/Mazel.
- Wester, W.C. and Smith H.A. (1984). *Clinical Hypnosis*. Philadelphia, Lippincott Company.
- Wiener, N. (1947). «Time, Communications and The Nervous System» in Miner, R.W. (ed.) *Teleological Mechanism*. (Annals of the New York Academy of Science), 50, (art. 4).
- Wiener, N. (1967). *The Human Use of Human Beings: Cybernetics and Society*. (2nd ed.), New York, Avon.
- Wiener, N. (1975). *Cybernetics or Controls and Communication in the Animal and the Machine* (2nd ed.). Cambridge, Mass., Massachusetts Institute of Technology Press.

- Wilde, O. (1986). *Aforismi*. Milano, Mondadori.
- Whitehead, A.N. and Russell, B. (1910-1913). *Principia Mathematica*. 3 Vols., Cambridge, Cambridge University Press.
- Wittgenstein, L. (1983). *Tractatus Logico-Philosophicus e Quaderni 1914-1916*. Torini, Einaudi.
- Wittgenstein, L. (1980). *Osservazioni sulla filosofia della psicologia*. Milano, Adelphi.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford, Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1973). *The Practice of Behavior Therapy*. New York, Pergamon Press.
- Wolpe, J. (1981). *Life Without Fear*. Oakland, New Horlinger Publication.
- Zeig, J. (1980). *A Teaching Seminar with Milton J. Erickson*. New York, Brunner/Mazel.
- Zeig, J. (1985). *Ericksonian Psychotherapy*. New York, Brunner/Mazel.
- Zeig, J. (1987). *The Evolution of Psychotherapy*. New York, Brunner/Mazel.



# ИНСТИТУТ ПСИХОТЕРАПИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Свидетельство о гос. аккредитации № 25-2014 от 20.07.2005 г.  
Государств. образовательная лицензия № 169357 от 25.07.2005 г.  
<http://www.psyinst.ru>; <http://www.psygrad.ru>; <http://www.psybook.ru>  
☎/факс: (495) 987-44-50 (многоканальный, с 10 до 20 час.)

## ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПЕРЕПОДГОТОВКА ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

для работы в системе здравоохранения и частной практики  
с выдачей государственного диплома о профессиональной  
переподготовке по специальности "Клиническая психология" 030302

## ПСИХОЛОГ ⇒ КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ

**Принимаются:** психологи, педагоги-психологи, социальные и др. психологи,  
бакалавры психологии, студенты 4, 5-го курсов факультетов психологии (па-  
раллельно с основным обучением).

**ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ** – очная, очно-заочная и вечерняя

### **Виды специализации при переподготовке:**

1. Общая переподготовка (интегративный подход)
2. Арттерапия
3. Гипноз эриксоновский и классический
4. Групповая психотерапия и подготовка тренеров
5. Детская и подростковая психологическая коррекция
6. Психологическая коррекция зависимого поведения и созависимостей
7. Психологическая коррекция ПТСР и кризисных состояний
8. Пренатальная и перинатальная психология и психотерапия
9. Психологическая коррекция психосоматических расстройств
10. Символдрама в клинической практике
11. Семейный психолог (новая уникальная специальность – семейный,  
детский психотерапевт, перинатолог, сексолог)
12. Системная семейная психотерапия
13. Телесно-ориентированная психотерапия
14. Трансперсональная психология и психотерапия

**Внимание!** По программам переподготовки со специализацией преду-  
смотрены только очные формы обучения.

Возможно составление индивидуального графика обучения, и часть  
предметов можно прослушать с вечерним отделением.

**Льготы:** во время обучения наши студенты имеют скидку в 20% на посеще-  
ние учебных программ и скидку 10% в течение года после окончания обучения.

С программами переподготовки, расписанием занятий можно  
ознакомиться в Институте или на нашем сайте <http://www.psyinst.ru>



# ДЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО НАПРАВЛЕНИЯМ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ

от 144 до 720 час.

с возможностью посещать отдельные семинары

- Арттерапия
- Бизнес-тренинги и семинары
- Гипноз эриксоновский и классический
- Групповая психотерапия и подготовка тренеров
- Детская и подростковая психологическая коррекция
- Зависимого поведения и созависимостей психотерапия и психологическая коррекция
- Когнитивно-бихевиоральная психотерапия
- Кризисных состояний и постстрессовых расстройств психотерапия и психологическая коррекция
- Курс начинающего психотерапевта и психолога
- Нарративный подход в психотерапии
- Нейро-лингвистическое программирование
- Пренатальная и перинатальная психология и психотерапия
- Провокативная юморотерапия
- Процессуально-ориентированная психотерапия А. Минделла
- Психология интимных отношений
- Психосоматических расстройств психотерапия и коррекция
- Символдрама в психотерапевтической и коррекционной практике
- Системная семейная психотерапия
- Телесно-ориентированная психотерапия
- Терапия нового решения Р. и М. Гулдинг и транзактный анализ
- Трансперсональная психотерапия в клинической практике
- Хакоми-терапия
- Экзистенциальная психотерапия

Подробнее с содержанием программ и отдельных семинаров

Вы можете ознакомиться на сайте Института <http://www.psyinst.ru>

## В ИНСТИТУТЕ ВЫ НАЙДЕТЕ БОЛЬШОЙ ВЫБОР

- Книг по психологии и психотерапии
- Учебных видеофильмов по психотерапии, психологии
- Музыкальных программ для психотерапевтических сеансов, медитаций, релаксации
- Музыкальных программ со специальными эффектами для достижения особых состояний сознания: обучения, медитаций, релаксации, интегральной гимнастики сознания, развития интеллекта
- Бланковых и компьютерных тестовых методик

Книги, видеокассеты, CD, тесты Вы можете приобрести непосредственно в Институте или в Интернет-магазине

<http://www.psybook.ru> – интернет магазин

☎ книжного и Интернет-магазина: 8 – 499 978 87 69 (10 – 19 час.)

**Дж. Нардонэ**

## **СТРАХ, ПАНИКА, ФОБИЯ**

Редакторы: *Бутенко Г., Илионова Т.*

Дизайнер переплета: *Зотова Н.*

Компьютерная верстка: *Алина Г.*

Корректор: *Чаркова Н.*

Подписано в печать 25.03.2008.  
Формат 60 × 90/16. Бумага газетная.  
Печать офсетная. Печ. л. 22.  
Тираж 4000 экз. Заказ № 9000.

### **ООО «ПСИХОТЕРАПИЯ»:**

129337, Москва, ул. Красная сосна, д. 24.

Тел./факс: (495) 988 – 6429, 188 – 1932

E-mail: [psybook@list.ru](mailto:psybook@list.ru) или [psybook@narod.ru](mailto:psybook@narod.ru)

### **ОТДЕЛ ОПТОВЫХ ПРОДАЖ:**

(495) 988 – 6429, 188 – 1932

(8-963) 712 – 3381

**<http://www.optbook.narod.ru>**

Отпечатано в полном соответствии  
с качеством предоставленных диапозитивов  
в ОАО ордена «Знак Почета»  
«Смоленская областная типография им. В. И. Смирнова»  
214000, г. Смоленск, проспект им. Ю. Гагарина, 2.

---

**Издательство «Психотерапия»**

**129337, Москва, а/я 70**

**<http://www.optbook.narod.ru>**

**E-mail: [psybook@list.ru](mailto:psybook@list.ru) или [psybook@narod.ru](mailto:psybook@narod.ru)**



**Джорджио Нардонэ** – профессор, создатель и директор Центра стратегической терапии в Ареццо (Италия), ученик и последователь Пола Вацлавика. Разработал эффективные модели краткосрочной терапии, применяемые в клинике фобических, обсессивных расстройств, нарушений в питании, депрессии и пр. Автор книг, переведенных на многие языки. В 2006 году его работа «Искусство быстрых изменений» (в соавторстве с Полом Вацлавиком) была впервые опубликована на русском языке.

**Стратегический подход в терапии может быть определен как «искусство решения сложных проблем с помощью легких (кажущихся таковыми) методов», он являет собой синтез исследований школы Пало Альто с гипнотерапией Милтона Эриксона.**

**Данная книга является второй в серии, посвященной краткосрочной стратегической психотерапии Джорджио Нардонэ.**

**В ней модель терапевтического воздействия показана на практике.**

**Новаторская модель Джорджио Нардонэ для лечения тяжелых форм фобических состояний является наиболее эффективной среди существующих терапевтических моделей, применяемых к такого рода проблемам.**

**Книга будет полезна студентам, психологам, консультантам, психотерапевтам и другим специалистам для повышения профессиональной квалификации.**

**Вместе с тем ясный стиль изложения и доступный язык книги делают ее интересной и для широкого круга читателей, не специализирующихся в психологии.**

ISBN 978-5-903182-48-0



9 785903 182480

