

Джорджио Нардонэ

# СТРАХ, ПАНИКА, ФОБИЯ



Издание 2-е, переработанное

**СЕРИЯ: Современные методы в психотерапии**

Современные методы в психотерапии

Джорджио Нардонэ

**Страх, паника, фобия**

«И-трейд»

УДК 159.9  
ББК 88.5

**Нардонэ Д.**

Страх, паника, фобия / Д. Нардонэ — «И-трейд»,  
— (Современные методы в психотерапии)

ISBN 978-5-906907-48-6

Книга представляет собой дальнейшее развитие стратегического подхода в психотерапии, дающего самые быстрые и эффективные результаты в решении индивидуальных и семейных проблем, разного рода психологических расстройств: фобических и обсессивных состояний, паники, нарушений питания и т. д. Книга предназначена для специалистов-психотерапевтов, психологов, медиков, студентов означенных специальностей и других читателей, интересующихся современной психологией и решением человеческих проблем. Описанные стратегии применимы в обыденной жизни. Издание 2-е, переработанное.

УДК 159.9

ББК 88.5

ISBN 978-5-906907-48-6

© Нардонэ Д.  
© И-трейд

## Содержание

|   |    |
|---|----|
| Предисловие к русскому изданию Джорджио Нардонэ   | 6  |
| Предисловие Пола Вацлавика  | 7  |
| Введение Алессандро Сальвини  | 9  |
| Структура книги   | 13 |
| Краткая история исследования-вмешательства  | 16 |
| Страх, паника, фобия  | 21 |
| Глава 1. Определение проблемы и методология   | 21 |
| 1. Проблема: определение и/или описание тяжелых форм<br>страха, паники и фобий  | 21 |
| 2. Выборка субъектов исследования-вмешательства   | 25 |
| Глава 2. Формирование и устойчивое существование<br>фобических расстройств  | 28 |
| 1. Предварительное замечание по эпистемологии   | 28 |
| 2. Эмпирическое познание  | 31 |
| 3. Попытки решения проблемы и устойчивое<br>существование агорафобической перцептивно-реактивной<br>системы                           | 36 |
| 4. Попытки решения и устойчивое существование<br>панического расстройства   | 37 |
| 5. Попытки решения и устойчивое существование<br>панического расстройства с агорафобией   | 38 |
| 6. Попытки решения и устойчивое существование<br>обсессивно-компульсивного расстройства   | 39 |
| 7. Попытки решения и устойчивое существование<br>ипохондрической фобии  | 40 |
| 8. Модель взаимодействия между предпринимаемыми<br>попытками решения и устойчивым существованием<br>фобических расстройств            | 41 |
| Глава 3. Вызываемые изменения и решение проблемы  | 46 |
| 1. Изначальные эпистемологические предпосылки,<br>гипотезы и эксперименты, нацеленные на разработку<br>терапевтического вмешательства | 46 |
| Конец ознакомительного фрагмента.   | 50 |

# Джорджио Нардонэ

## Страх, паника, фобия.

### Краткосрочная терапия

© Giorgio Nardone

© ООО «И-трейд»

\* \* \*

*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 Джорджио Нардонэ**

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 удостовериться, 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  
Арецо*

## 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 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 обозначенной 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 удастся 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 система-

тически 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 Алто*

## 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 сговариваются 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 исчезновение 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 исследований психики 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 Нардонэ имеет тенденцию отвечать этим характери-

стикам. 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 пациент 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 интерактивных схем до убеждений и того особого класса феноменов, которые в форме симптомов вызывают страдание. Однако все они являются ничем 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, предопределена 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 страдающей 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 пугается 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 Салъвини*

## 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, создающим 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 единственным 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 вмешательств, 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 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 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 фобико-обсессивных 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». (Р. Amerio, 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 конструкты, 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, совершает большинство 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 не является 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>1</sup> для представляемых пациентами проблем, парадоксальным образом оказывается ее настоящим достоинством, поскольку соответствует критерию научности и эпистемологической корректности.

---

<sup>1</sup> (Лат.) – 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, попробовав 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 улегся 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 от 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 выхо-

доть 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 obsessивных 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 укрепились 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 столь 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, включая 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<sup>2</sup> 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 исследований психики (MRI) и применяемая к самым разнообразным человеческим проблемам, в силу своей традиции системно-семейных исследований, казалась мало применимой в случае подобных специфических проблем.

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

---

<sup>2</sup> Взаимоотношения с Вацлавиком и его коллегами в дальнейшем развились из изначальных отношений между мастером и учеником в отношения 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)

ства 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: с 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 экономно 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 коммуникации. 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.<sup>3</sup>

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 предвосхищаемой 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 предвосхищающим и эвристическим, понадобилась терпеливая и трудоемкая эмпирическая 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 сравне-

---

<sup>3</sup> По этой тематике см. Нардонэ, Вацлавик, 2006, гл. 3.

нию 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<sup>4</sup>, стали незаменимым элементом для разработки стратегических планов и специфических терапевтических техник. Модель, выраженная в двух формах, одна из которых специфична для расстройств, основанных на obsessивных 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 риском вызывает тот эффект, который случайно был достигнут в двух процитированных случаях, то есть конструирует в терапевтическом взаимодействии «придуманную реальность», способную производить 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».

<sup>4</sup> См. напр. Русскоязычное издание: Вацлавик П. и др. Прагматика человеческой коммуникации, М., 2000.

# Страх, паника, фобия

## Глава 1. Определение проблемы и методология

*Все то, во что верят, существует, и только это.*  
*Гюго фон Хофмансталь*

### 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», выстраивает, 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»;
- 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, 2006, 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 посылки современной эпистемологии конструктивизма (von Glaserfeld, von Foerster, Watzlawick), 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 соответству-

ющим образом реальность. Это определяется нами как «перцептивно-реактивная система»<sup>5</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>6</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 неспособны 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 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.

---

<sup>5</sup> Для более подробного ознакомления с этим конструктом отправляем читателя к следующей главе.

<sup>6</sup> Как будет объяснено в дальнейшем, конкретное определение проблемы, приведшей субъекта/субъектов к обращению за терапией, является первым шагом стратегического вмешательства.

## **Классификация тревожных расстройств (или фобических неврозов) согласно DSM III R (1987)<sup>7</sup>**

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

А) За время существования расстройства возникают один или больше панических приступов (очерченные периоды сильного страха и дискомфорта), которые

1) являются неожиданными, то есть проявляются 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-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 менее четырех из следующих симптомов развиваются в течение по меньшей мере одного из приступов:

- 1) затрудненное дыхание (диспноэ);
- 2) головокружение, непостоянство ощущений или слабость;
- 3) болезненное или учащенное сердцебиение (тахикардия);
- 4) дрожь;
- 5) потливость;
- 6) удушье;
- 7) тошнота или дискомфорт в желудке;
- 8) деперсонализация или ощущение нереальности происходящего;
- 9) онемение или покалывание иглками (сенестопатии);
- 10) покраснение лица, гусиная кожа;
- 11) боли 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 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.

---

<sup>7</sup> При переводе этого раздела мы опирались на русский перевод книги Калан 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.

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 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, (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 нескольких километров 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-компульсивное расстройство: 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) отсутствие 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 опре-

деленными веществами, если имеется расстройство, обусловленное приемом психоактивных веществ, или не связаны с чувством вины при депрессии).

Б) Компulsive состояния характеризуются:

1) устойчивым, повторяющимся и сознательным поведением, имеющим отношение к obsessивной 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 или ситуаций; однако данная активность либо не является реальным способом предотвращения или нейтрализации, либо она явно избыточна;

3) осознанием человеком нерациональности и чрезмерности своего поведения (это не относится к маленьким детям; чьи навязчивости включены в сверхценные идеи).

В) Obsessивные и compulsивные состояния вызывают сильные страдания и длятся очень долго (более одного часа в день) или значительно мешают нормальной повседневной 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 фобико-obsessивного 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. Прогрессирование расстройства носит хронический характер с исчезновением и возвратом симптома. Тем не менее во многих случаях наступает выздоровление. 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 заверений.

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 Арrezzo, 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 харак-

тер. Мы организовали выборку на основе специфической типологии расстройств, рассматриваемых в данной работе.

Переменные, которые объединяют 152 субъекта:

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

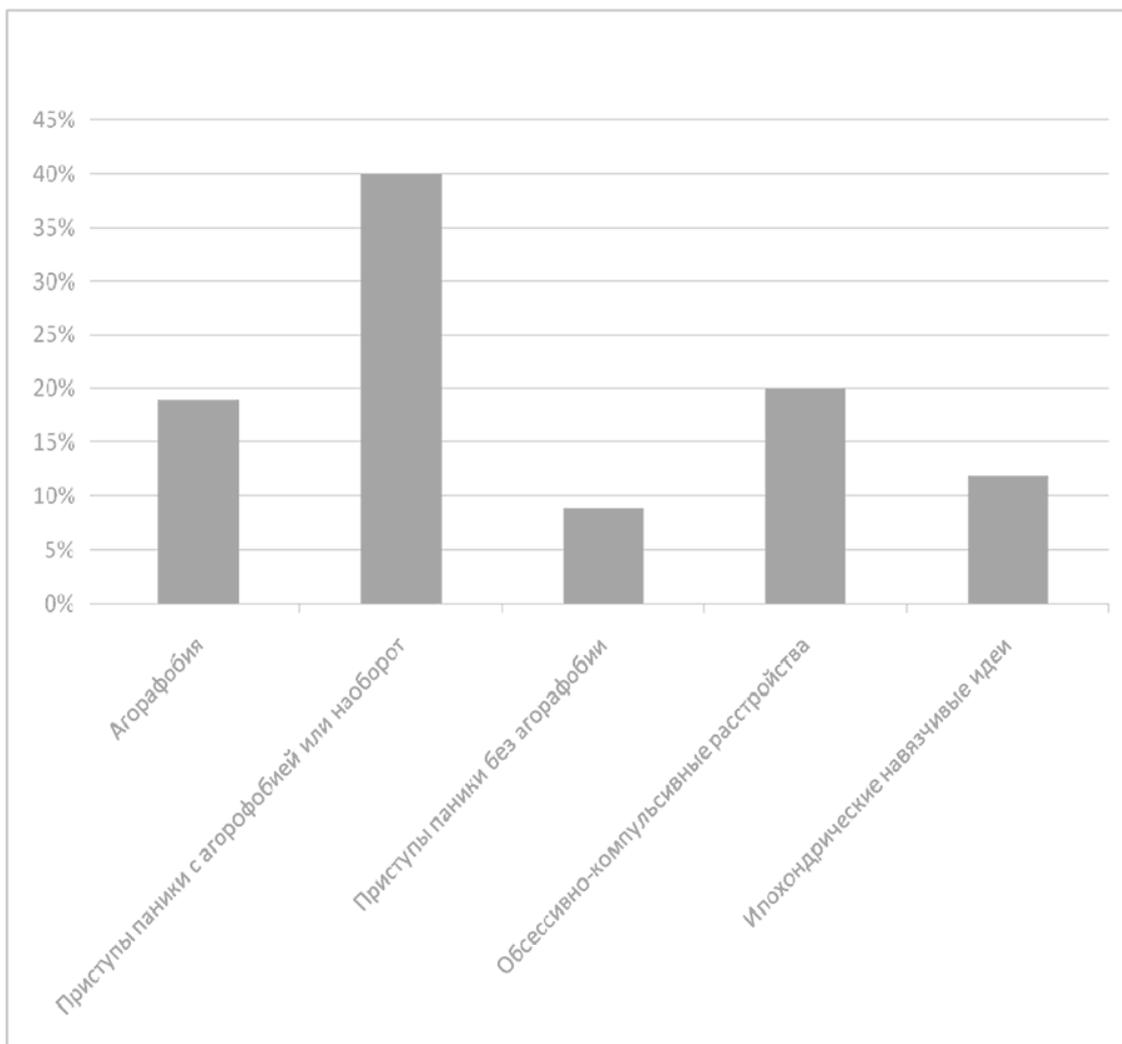
б) с точки зрения диагностики – принадлежность к одному из вышеописанных фобических расстройств.

| <b>Выборка</b>                                     |          |                      |
|--|----------|----------------------|
| <b>Тип проблемы</b>                                | <b>%</b> | <b>число случаев</b> |
| 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                  |

в) во всех случаях по окончании вмешательства осуществлялось отсроченное наблюдение состояния 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.

## Глава 2. 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

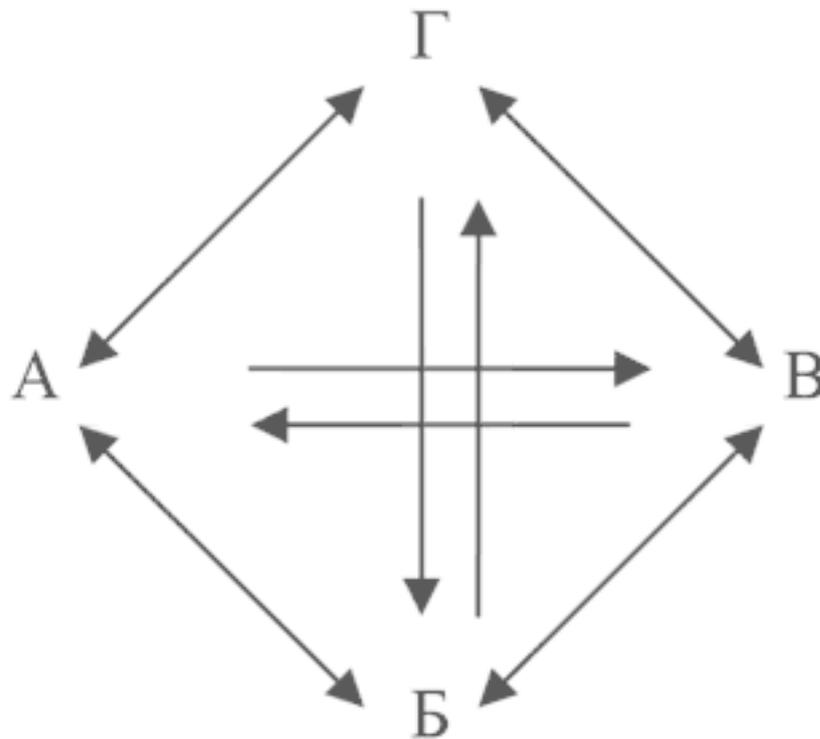
При рассмотрении какой-либо психологической проблемы почти самопроизвольно возникает вопрос, почему она возникла. Этот тип умственной установки уходит корнями в вековое представление о причинности вещей, или о линейной причинной зависимости. Подобная зависимость предусматривает прямолинейное отношение 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 удалась 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 2006, стр. 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 является собой настоящее интеллектуальное наслаждение и посему 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 проблемы. 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 «исзначальную 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»<sup>8</sup>. Проблема находит свое выражение в единственности и неповторимости каждой отдельной человеческой личности, или, лучше, человеческой системы с ее особыми характеристиками отношений с самим 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 самим собой, с другими людьми и с окружающим миром, приводит к

---

<sup>8</sup> 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.

радикально отличающемуся опыту, который не может быть рассмотрен в качестве причин проблемы. С этой точки зрения принимается так называемая «теория отдельного 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 вмешательства, 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 осложняются, 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 один-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 бессосновательность сугубо биологической гипотезы о возникновении и существовании фобических расстройств. Вместе с тем мы, безусловно, не хотим отрицать наличие биологических нарушений у субъектов, страдающих фобико-обсессивными 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 действительно, 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 опыта 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 ситуации 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 сороконожка из истории, рассказанной в книге «Искусство быстрых измене-

ний: 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, было изучено психотерапевтами-когнитивистами, которые идентифицировали ее с состоянием невозможности контроля над событиями. Сталкиваясь с подобным опытом, индивид 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, опасаящийся 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, заключается 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 являют 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 последующие повторяющиеся попытки избегания открытого пространства. Попытки решения проблемы способствуют ее более явному проявлению и поддерживают ее в действии». (Кеппеу, 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 мановение 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 поддерживаемое 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 перцептивно-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 неловко-

сти или тревожности, сопровождаемое соматическими реакциями, в ситуациях, в которых они осознавали свое одиночество, 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 изначально 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 редуционистскую, 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 создает 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, основывающимися на избегании и на запросе помощи, в случае приступов паники предпринятые попытки решения заключаются в obsessивном 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 obsessивный 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 obsessивного 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 удается управлять или которого он стремится избежать, начинает выполнять некоторые ритуалы, которые, по его мнению, способны побороть 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 решения и устойчивым существованием проблемы 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 обсессивный 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».

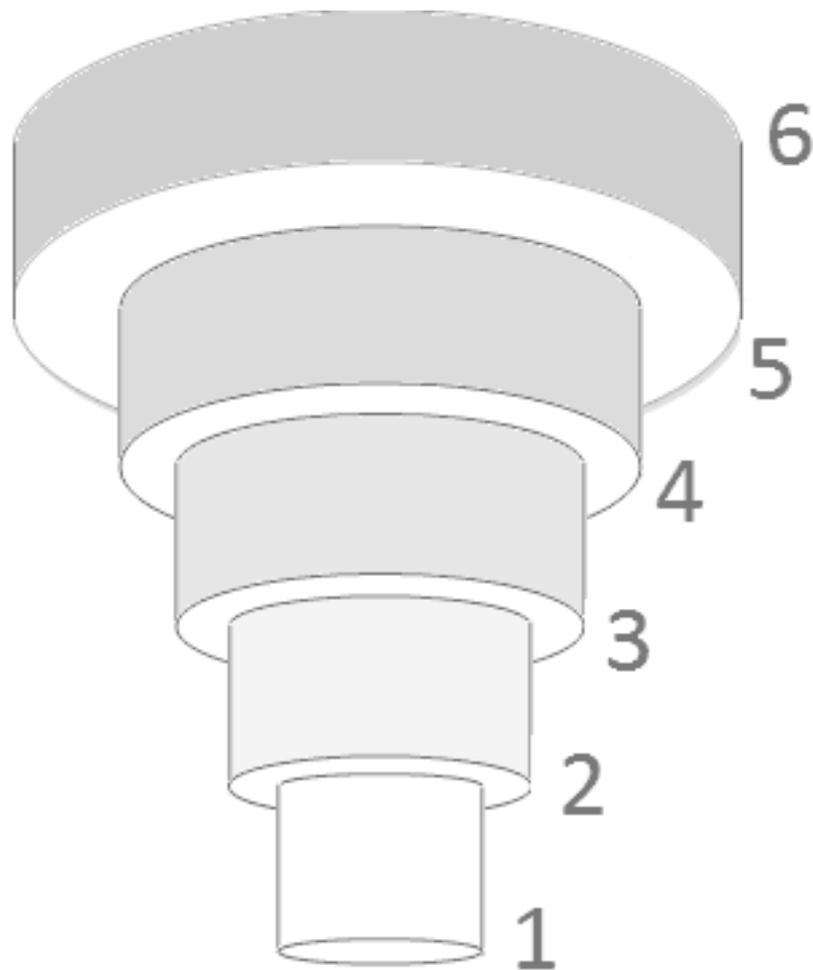
В заключение можно сказать, что со стратегической точки зрения подобные интерактивные механизмы, поддерживающие гомеостатическое равновесие, в то же самое время могут выступить рычагами для изменения дисфункционального равновесия, свойственного ипохондрической фобии.

## **8. Модель взаимодействия между предпринимаемыми 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<sup>9</sup>, 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 непротиворечащими 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 заставляет 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 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 когни-

---

<sup>9</sup> Речевые акты, равноценные поступку. В широкое употребление этот термин ввел Дж. Остин, разделявший высказывания на перформативные и констатирующие. Примерами перформативов являются клятвы, обещания, предупреждения, приказания. Подробно об этом см. Нардонэ, Вацлавик, 2006, с. 24. – *Прим. пер.*

тивное 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 стимуляции, 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 осуществляемому, вначале представляются 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 при-сущей 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 их быстрое и эффективное лечение.

## Глава 3. 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 непросто 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 качествен-ный скачок логического уровня во взаимодействиях между субъектом и действительностью)<sup>10</sup>, 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 так же социальных взаимодействий (предпринятые другими людьми попытки решения). Для привнесения подобных изменений вмешательство должно спровоцировать конкретный опыт восприятия и реакций на пугающую действительность, отличающегося 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.

---

<sup>10</sup> 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 давал 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 неэкономными (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<sup>11</sup>, показал себя неэффективным в случае тяжелых и обобщенных форм фобии. Говоря более подробно, нами наблюдались следующие эффекты применения общепринятых в данном подходе процедур:

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

---

<sup>11</sup> 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 (генерализованным) расстройством, то есть в этом случае субъекты не развили систему восприятия действительности и реакций на нее, основывающуюся на страхе, а проявляют фобические реакции только на определенные стимулы.

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 неуклонно 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 оставляет 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 к 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 когнитивно-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 изменения 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 реорганизации 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 результатом 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.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.