УДК 615.8
ББК 53.57
Н 28

Перевод с итальянского *О. Игошиной*

Научный редактор *Е. Первышева*, канд. психол. наук

Дизайн обложки *А. Смирнов*

Нардонэ Дж.

Н 28 В плену у еды : Краткосрочная стратегическая терапия при нарушениях пищевого поведения : булимия, анорексия, vomiting (вызванная рвота) / Дж. Нардонэ, Т. Вербиц, Р. Миланезе ; [пер. с итал. О. Е. Игошиной]. – М. : Эксмо, 2010. – 288 с. – (PSYCHOTHERAPY).

ISBN 978-5-699-39096-0

Стратегически-конструктивистский терапевтический подход, предложенный Джорджио Нардонэ для решения проблем пищевого поведения, привлекает внимание своей конкретностью и эффективностью. Данный подход основывается на том, что такие расстройства, как анорексия, булимия и вызванная рвота, возникают в результате нарушения взаимодействия человека с окружающей действительностью. В этой ситуации именно усилия, прилагаемые для решения проблемы, лишь подпитывают ее. Стратегическое вмешательство, при котором во главу угла ставится понимание того, «как функционирует» расстройство, вместо поиска причин «почему оно появилось» позволяет разорвать этот порочный круг и решить проблему в краткие сроки.

Книга адресована психотерапевтам, консультантам, а также читателям, заинтересованным в решении проблем аномального пищевого поведения средствами психотерапии.

УДК 615.8
ББК 53.57

ISBN 978-5-699-39096-0

© G. Nardone, T. Verbitz, R. Milanese, 2009
© Перевод. О. Е. Игошина, 2009
© ООО «Издательство «Эксмо», 2009

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 1. От описывающего диагноза к оперативному диагнозу 8
1. Определение проблемы с оперативной точки зрения 8
2. Диагностическая классификация расстройств питания 17
2.1. Нервная анорексия 17
2.2. Нервная булимия 19
2.3. Другие нарушения пищевого поведения 22
3. Основные результаты исследования-вмешательства 23

Глава 2. Разработка протоколов терапевтического вмешательства 28
1. От общей модели краткосрочной терапии к специфическим протоколам терапевтического вмешательства 28
2. Критерии оценки результатов 33

Глава 3. Эффективность и экономичность терапевтической модели: результаты 37
1. Эффективность терапевтического вмешательства 38
1.1. Анорексия: эффективность терапевтического вмешательства 42
1.2. Булимия (нервная булимия без очистительных процедур): эффективность терапевтического вмешательства 46
1.3. Вызванная рвота, или Vomiting (нервная булимия с очистительными процедурами): эффективность терапевтического вмешательства 47
1.4. Заключительные рассуждения об эффективности 49
2. Экономичность терапевтического вмешательства 50
2.1. Анорексия: экономичность терапевтического вмешательства 53
2.2. Булимия (нервная булимия без очистительных процедур): экономичность терапевтического вмешательства 53
2.3. Вызванная рвота, или Vomiting (нервная булимия с очистительными процедурами): экономичность терапевтического вмешательства 54
2.4. Заключение 54

Глава 4. Анорексия: формирование, устойчивое существование, изменение 55
1. Формирование и устойчивое существование анорексии 55
1.1. Жертвенная анорексия 55
1.2. Абстинентная анорексия 57
2. Терапевтическое вмешательство при анорексии 59
2.1. Протокол терапевтического вмешательства при жертвенной анорексии 60
2.1.1. Первая стадия 61
2.1.2. Вторая и третья стадии 62
2.1.3. Четвертая стадия (последняя сессия) 62
Пример клинического случая (жертвенная анорексия) 63
2.2. Протокол терапевтического вмешательства при абстинентной анорексии 73
2.2.1. Первая стадия (1-я и 2-я сессии) 74
2.2.2. Вторая стадия (от 2–3 до 5-й сессии) 79
2.2.3. Третья стадия (начиная с 5–6 сессии) 83
2.2.4. Четвертая стадия (последняя сессия) 84
Пример клинического случая (абстинентная анорексия) 85

Глава 5. Булимия: формирование, устойчивое существование, изменение 117
1. Формирование и устойчивое существование булимии 117
1.1. Ботерианская булимия 118
1.2. Булимия йо-йо 120
2. Терапевтическое вмешательство при булимии 121
2.1. Протокол терапевтического вмешательства при булимии ... 122
2.1.1. Первая стадия (1-я/2-я сессии) 122
2.1.2. Вторая стадия (от 2-й/3-й до 5-й сессии) 124
2.1.3. Третья стадия (начиная с 5-й/6-й сессии) 130
2.1.4. Четвертая стадия (последняя сессия) 132
Пример клинического случая (Булимия) 132
3. Расстройство неконтролируемого пищевого поведения (*Binge Eating*) 147
Пример клинического случая (*Binge Eating*) 150

Глава 6. Вызванная рвота (Vomiting): формирование, устойчивое существование, изменение 184
1. Формирование и устойчивое существование Vomiting'a 184
2. Терапевтическое вмешательство при Vomiting'e 189
2.1. Протокол терапевтического вмешательства при Vomiting'e 190
2.1.1 Первая стадия (1-я/2-я сессии) 190
2.1.2. Вторая стадия (со 2-й/3-й до 5-й сессии) 192

2.1.3. Третья стадия (начиная с 5-й/6-й сессии) 197
2.1.4. Четвертая стадия (последняя сессия) 199
3. Смешанные случаи 199
Пример клинического случая (Vomiting 1) 200
Пример клинического случая (Vomiting 2) 219
Пример клинического случая (Vomiting 3) 247
Заключение **274**
Библиография **276**

ГЛАВА 1

ОТ ОПИСЫВАЮЩЕГО ДИАГНОЗА К ОПЕРАТИВНОМУ ДИАГНОЗУ

Если переставить местами слова, значение меняется, а другое значение производит другие эффекты.

Блэз Паскаль. «Мысли»

Образованный обыватель приписывает некоторым принципам и методам безусловное совершенство и объективное значение, и в результате, после того, как он их обнаружит, ему не остается ничего иного, как оценивать на их основе все происходящее, с тем, чтобы подтвердить или опровергнуть его.

Артур Шопенгауэр. «Посмертные записки»

1. Определение проблемы с оперативной точки зрения

Первой проблемой исследователя в клинической области является определение объекта исследования. Действительно, представление об объекте исследования тесным образом зависит от той теории, на которую опирается исследователь, сознательно или неосознанно фильтрующий наблюдаемую им действительность сквозь призму собственных интерпретаций. Современной конструктивистской эпистемологией давно уже выявлена проблема влияния наблюдателя на наблюдаемые им феномены: ею подчеркивается тот факт, что в результате любой операции по получению знаний в фокус раз-

Bk-world.ru

мышлений попадает не только объект наблюдения, но и наблюдающий его субъект (Heisenberg, 1958; Roshental, Jacobson, 1968; Watzlawick, 1981; von Foerster, 1987; Arcuri, 1994).

Несмотря на то, что этот эпистемологический постулат в данный момент превалирует во всех науках, начиная с физики, в области клинической психологии и психотерапии преобладает тенденция, согласно которой признается возможным простое объективное описание изучаемых феноменов.

С точки зрения конструктивизма, напротив, утверждается, что не существует одной единственной реальности, что существует множество реальностей, которые определяются в зависимости от точки зрения: *как, каким образом* и *почему* мы познаем, определяет то, *что* мы познаем (Salvini, 1988). Стало быть, различным точкам зрения соответствуют различные реальности и различные способы понимания проблем. Этот факт особенно очевиден в той сложной области, которая занимается изучением и решением психологических и поведенческих проблем; эта область характеризуется все возрастающим количеством теорий и вытекающих из них подходов, зачастую противоречащих друг другу.

Чтобы лучше это проиллюстрировать, полезно обратиться к следующей истории (Nardone, 1998, p. 9–10).

«Однажды в очень жаркий день отец со своим маленьким сыном отправляется на осле из одного южного города Италии в дальние края к родственникам.

Отец садится на осла, а сын идет рядом с ними; когда они проходят мимо группы людей, отец слышит как они говорят: «Посмотрите-ка, какой жестокий отец! Сам сидит на осле, а маленький сын в такую жару должен идти пешком».

Тогда отец слезает с осла, сажает на него сына, и они продолжают свой путь.

Проходя мимо следующей группы людей, отец слышит как они говорят: «Вы только посмотрите: старый отец в такую жару идет пешком, а сын удобно расселся на осле! Что же это за воспитание?».

Тогда отец думает, что лучше всего им вместе ехать на осле, и они продолжают свой путь таким образом.

Немного погодя они проходят мимо группы людей, и отец слышит: «Вы посмотрите, какая жестокость! Им совсем не жалко бедное животное, которое в такую жару должно везти такую тяжесть».

Тогда отец слезает с осла, снимает с него сына, и они втроем продолжают свой путь.

Они проходят мимо группы людей и слышат: «Ты посмотри, какие глупцы! В такую жару они идут пешком, в то время как у них есть осел, на котором они могли бы ехать...»

Как уже понял читатель, история может продолжаться до бесконечности. Она показывает нам, каким образом можно по-разному воспринимать одну и ту же действительность и создавать о ней разные представления, которые вызывают у людей разные реакции.

В отношении расстройств питания интересно отметить, насколько отличаются друг от друга описания причин их возникновения в зависимости от научного подхода, которого придерживается исследователь. И не случайно, что описание этих причин не противоречит разделяемой им исходной теории.

С точки зрения психиатров, приверженцев биологической школы, наверняка существует специфический ген, отвечающий за каждое расстройство в питании; с точки зрения авторов, разделяющих теорию вытеснения, не подлежит сомнению, что 90% женщин, страдающих каким-либо расстройством питания, подверглись сексуальному насилию[1]; в психодинамическом подходе расстройство в питании может быть связано с тем, что не преодолены архаичные комплексы и, в частности, поскольку этим расстройством страдают в основном женщины, комплекс Электры. Для сторонников теории отношений очевидной причиной расстройств питания являются взаимоотношения внутри семьи, и, в частности, особую роль в возникновении этих расстройств играет динамика отношений между матерью и дочерью и конфликтность родительской пары (Zerbe, 1993).

Кроме того, в последние годы возникло направление, которое тесно связывает расстройства в питании с зависимостью (например, с алкоголизмом и наркоманией), даже была создана анонимная ассоциация «*Overeaters Anonymous* — OA» (AA.VV., 1980; Malenbaum

---

[1] По этому поводу интересно отметить, насколько варьирует оценка присутствия сексуального насилия в опыте субъектов, страдающих нарушениями питания, в разных исследовниях. Согласно Шварцу и Коэну (Schwartz e Cohen, 1996) и Карузо и Манара (Caruso e Manara, 1997) она составляет 26%. (Manara et al., 1996), 40% для Холла (Hall et al., 1992), 58% для Кирни-Кук (Kearney-Cooke, 1988), 60% для Уоллер (Waller, 1992), вплоть до 69-70% у Оппенхеймера (Oppenheimer et al., 1985) и у Фольсом и Кран (Folsom e Krahn, 1993).

et al., 1988). Основной постулат этого направления заключается в том, что булимия и анорексия считаются патологией, от которой нельзя излечиться, но которой можно управлять с помощью групп взаимопомощи.

Тем не менее необходимо отметить, что хотя каждое направление и имеет свои теоретико-прикладные концепции, грешащие самооправданием, кажется, что большинство ученых разделяет ту идею, что расстройства в питании являются «своего рода функциональным адаптированием субъекта к реальности, которая воспринимается как неуправляемая» (Bateson, Jackson, Haley, Weakland, 1956; Costin, 1996).

Стратегический конструктивистский подход (von Foerster, 1973; von Glasersfeld, 1981,1995; Maturana, Varela, 1980; Stolzenberg, 1978; Varela, 1981; Watzlawick, 1977, 1981; Nardone, 1991) не опирается ни на какую теорию о «человеческой природе» и, следовательно, не использует определений, относящихся к «норме» и «патологии». В этом подходе считается, что человеческие проблемы являются продуктом взаимодействия субъекта с реальностью. Имеется в виду ненормативная модель, которая описывает человеческие проблемы как результат сложного процесса взаимодействий субъекта с реальностью; в этом процессе именно те усилия, которые субъект прикладывает, чтобы вызвать изменения, поддерживают проблемную ситуацию неизменной.

Таким образом, устойчивое существование проблемы держится на «предпринятых попытках решения»[1] (Watzlawick et al., 1974; Nardone, 1994; Watzlawick, Nardone, 1997), которые субъект и окружающие его люди совершают для решения самой проблемы; кончается тем, что если эти попытки оказываются неэффективными, то они воздействуют на проблему, усложняя ее все больше. В результате формируется то, что мы называем патологической «перцептивно-реактивной системой»[2], характеризующейся настойчивым упорством в использовании стратегии решения проблемы, которая кажет-

---

[1] «Предпринятые попытки решения» являются основным конструктом стратегического подхода в терапии. Для более подробного знакомства с этой концепцией см.: Watzlawick (1977, 1981); Watzlawick et al. (1974); Fisch et al. (1982); Nardone, Watzlawick (1990); Nardone (1991, 1993, 1995a, 1995b); Watzlawick, Nardone (1997).

[2] Под перцептивно-реактивной системой субъекта понимаются характерные для него способы восприятия окружающей среды и реакций на нее, которые выражаются в трех основных типах взаимозависимых отношений: отношения субъекта с самим собой, другими людьми и с окружающим миром (Nardone, 1991).

ся эффективной или показала свою эффективность в прошлом при решении подобной проблемы, но которая в настоящей ситуации приводит к воспроизведению и усугублению проблемы (Nardone, Watzlawick, 1990).

Постоянное повторение неудачных попыток решения проблемы вместо того, чтобы привести к ее решению, только подпитывают проблему, и приводит к созданию самой настоящей кибернетической самотворящей системы[1] предпринятых попыток решения проблемы, приводящих к ее устойчивому существованию. Такая круговая динамика взаимодействий приводит к поддержке стабильности и равновесия подобной системы, даже если это равновесие является дисфункциональным для субъекта.

В результате целью стратегического вмешательства становится разрыв этого замкнутого круга, создавшегося между предпринятыми попытками решения проблемы и ее устойчивым существованием. Посредством специфических маневров, способных разрушить патологическое равновесие системы, такое вмешательство стремится внести изменения в те способы, с помощью которых субъекты построили свои собственные дисфункциональные реальности, то есть в ту систему отношений и эмоционально-когнитивную систему, которые стоят за их расстройством.

Стало быть, для решения проблемы вместо того, чтобы искать в прошлом причины проблемы, следует понять, каким образом функционирует система восприятия окружающей действительности и реакций на нее *hic et nunc*[2], в актуальной ситуации субъекта. А именно, следует попытаться понять «как действует» проблема, а не «почему она существует». Таким образом, происходит переход от знания, основанного на «почему», к знанию, основанному на «как, каким образом», и, следовательно, переход от поиска причин возникновения проблемы к выявлению способов ее устойчивого существования. Все это приводит к тому, что терапевтический процесс превращается из медленного и постепенного процесса в быстрое и эффективное вмешательство.

---

[1] Термин «самотворение» относится к системе, которая сама определяет собственную организацию. Такова типичная организация живых существ, поскольку они являются автономными единицами, способными к постоянному самовоспроизведению, самоподдержанию и самопостроению благодаря собственной внутренней динамике. «В случае самотворящей единицы действие создает существо, и в этом заключается особенность способа ее организации» (Maturana, Varela, 1985, p. 53).

[2] Лат.: здесь и сейчас (*прим. переводчика*).

Прикладные исследования (Nardone, Watzlawick, 1990[1]; Nardone, 1993[2], 1995a; Fiorenza, Nardone, 1995) выявили целую серию моделей ригидного взаимодействия субъекта с окружающей действительностью. Эти исследования позволяют разработать специфические типологии психологических расстройств, поддерживающихся многократным повторением дисфункциональных попыток решения проблемы, которые в конечном итоге питают проблему вместо того, чтобы решить ее (Watzlawick, Nardone, 1997).

Таким образом, усовершенствованная модель стратегического подхода в терапии отходит от описательной классификации расстройств, принятой в психиатрии и клинической психологии[3], и переходит к классификации проблем, в которой конструкт «перцептивно-реактивной системы» заменяет традиционные психопатологические категории[4].

---

[1] Опубликована на русском языке. *Дж. Нардонэ, П. Вацлавик.* Искусство быстрых изменений: Краткосрочная стратегическая терапия. М.: Изд-во Института психотерапии, 2006. — 192 с.

[2] Опубликована на русском языке. *Дж. Нардонэ.* Страх, паника, фобия: Краткосрочная терапия. М.: Психотерапия, 2008. — 352 с.

[3] Не следует недооценивать реального патологизирующего влияния наклеивания психиатрических и психопатологических ярлыков (Watzlawick, 1981; Nardone, 1994; Pagliaro, 1995), а именно, того эффекта «самореализующегося предсказания», который может оказать наклеивание ярлыков на пациента и близких ему людей. Действительно, диагностические ярлыки, являясь перформативными лингвистическими актами (Austin, 1962), в результате сами создают реальность, на описание которой они претендуют. Кроме того, когда речь идет о расстройствах питания, встает также проблема распространения психодиагностических терминов среди широкой аудитории, что придает этим расстройствам все большее значение. Постоянное «рекламирование» подобных расстройств вызывает у публики большой интерес и растущую тревогу, и в результате расстройства питания для тех, кто ими страдает, становятся важным способом ощутить себя в центре внимания.

[4] В случае обсессивно-фобических расстройств (агорафобия, панические атаки, обсессивно-компульсивное поведение и ипохондрия), например, была замечена целая серия специфических дисфункциональных предпринятых попыток решения проблемы: тенденция к избеганию ситуаций, которые воспринимаются как опасные, постоянное обращение за помощью и защитой к родственникам и друзьям, попытки контроля над собственными спонтанными физиологическими реакциями и над окружающей реальностью. Взаимоотношения субъекта, страдающего этими расстройствами, с самим собой, другими людьми и окружающим миром целиком и полностью основываются на подобных механизмах восприятия окружающей действительности и реакций на нее.

Этот подход отличается от современной тенденции многих исследователей, которые после изначального отказа от привычных нозографических классификаций хотят вновь вернуться к их использованию. Например, Сельвини Палаццоли (Selvini Palazzoli et al., 1998) разделяет пациентов, страдающих анорексией, на четыре типа: зависимые, пограничные, обсессивно-компульсивные, нарциссические, которые соответствуют некоторым типам расстройств личности, принятым в DSM-IV. С нашей точки зрения, подобная классификация представляет собой еще одну попытку привести факты в соответствие с той теорией, на которую опирается исследователь, и в результате оказывается, что данная классификация не имеет никакой оперативной ценности.

В свете изложенных выше теоретико-эпистемологических предпосылок, при определении проблемы представляется совершенно необходимым перейти от диагноза чисто «описательного» к диагнозу, который мы определили как «оперативный», или «диагноз-вмешательство».

В рамках описательного подхода, примером которого является DSM и большинство руководств по диагностике, предлагается статическое видение проблемы, своего рода «фотография», на которой перечисляются все основные характеристики расстройства, однако такая классификация не дает никаких указаний на оперативном уровне в отношении того, как функционирует проблема и как она может быть решена.

Под оперативным же описанием подразумевается описание конструктивистско-кибернетического типа, относящееся к характеристикам устойчивого существования проблемы, а именно, к тому, *как* проблема поддерживается благодаря сложной сети перцептивно-реактивных взаимодействий субъекта с его личной и межличностной действительностью (Nardone, Watzlawick, 1990).

С оперативной точки зрения, модели устойчивого существования проблем определенного типа выявляются в результате прикладного исследования эмпирико-экспериментального типа, направленного на разработку решений, способных гарантировать все большую эффективность и экономность терапевтического вмешательства.

Согласно этому типу исследования, названного нами «исследованием-вмешательством», для того, чтобы узнать, как действует проблема, недостаточно одного лишь внешнего наблюдения, а необходимо вмешательство, способное вызвать изменения в ее функционировании. Только лишь ответ системы на введение какой-либо переменной, вызывающей изменения, может раскрыть для нас, как она

функционировала. Стало быть, основной посылкой данного типа исследований является «познание через изменение».

Данная методология находится в полном согласии с той методологией, которую Курт Левин в области социальной психологии назвал исследование действием (*action-research*), а именно, исследование, которое изучает феномен «в поле» эмпирически и экспериментально, провоцируя изменения в событиях и наблюдая за последствиями (Lewin, 1946). В этом русле позиционируется и современная конструктивистско-кибернетическая эпистемология, как выразительно сформулировал в своем эстетическом императиве фон Ферстер, «если хочешь увидеть, научись действовать» (von Foerster 1973, p. 55); а согласно фон Глазерсфельду «человек может познать только то, что он сам делает», и «действие конструирует познание» (von Glasersfeld 1981, p. 26 e 29).

На основании этого утверждается, что познание реальности возможно посредством вмешательства в нее, поскольку единственной познаваемой переменной, которую мы можем контролировать, является наша стратегия, а именно наша «предпринятая попытка решения», которая, в том случае, если она является эффективной, позволяет нам понять, как существовала проблема и что ее подпитывало. Следовательно, исследование-вмешательство основывается на логике конструкта «познать проблему посредством ее решения» (Nardone, 1993), а именно, познать действительность посредством применения стратегий, способных изменить ее.

Из применения данного конструкта в клинической области явствует, что эффективная стратегия решения, повторенная на большой выборке субъектов, страдающих расстройством одного типа, позволяет раскрыть модель функционирования данного расстройства.

Для того, чтобы более ясно проиллюстрировать метод «познания через изменение», можно использовать аналогию с игрой в шахматы, в которой каждый игрок раскрывает для себя стратегию противника путем ходов, которыми противник отвечает на его собственные ходы. Однако игрок может получить действительное знание о стратегии игры противника только по завершении партии и, еще лучше, — в случае выигрыша, поскольку именно выбранная им самим стратегия, если она эффективна, раскроет игру противника. Это позволит игроку в последующих партиях иметь в запасе стратегию уже примененную с успехом и, стало быть, легче и за меньшее количество ходов придти к мату.

Изучая какую-либо психологическую патологию, можно действовать тем же способом: терапевтическая игра начинается с простейших маневров, но они должны суметь вызвать первую ответную

реакцию. Затем шаг за шагом стратегия отлаживается — на основе «ответов» пациента — с целью вызвать изменения в способах его восприятия, эмоциях и поведении, которые обеспечивают устойчивое существование его патологии.

Одна и та же стратегия, необходимым образом адаптированная к личной ситуации каждого пациента, может быть применена к патологиям, изоморфным той, для которой стратегия была разработана; это повышает эффективность и экономность терапевтического вмешательства. В результате такое вмешательство будет основано не только на личных творческих способностях терапевта, но прежде всего, на стратегии, зарекомендовавшей себя способной вызывать предусматриваемые результаты.

Использование терапевтического вмешательства данного типа в качестве *процесса систематического исследования* приводит — помимо всего прочего — к обогащению знания об устойчивом существовании специфических патологий, а эти знания, в свою очередь, приводят к дальнейшему улучшению стратегий, применяемых для решения проблемы. Это своего рода спираль, создаваемая и поддерживаемая взаимодействием эмпирического вмешательства и эпистемологического размышления, результатом которого становится разработка специфической и/или новаторской логики действия (Nardone, 1997b).

При исследовании различных типов расстройств питания — как это уже произошло при изучении фобических расстройств — данная методология явилась важным инструментом получения оперативных знаний. Действительно, данные, собранные в результате исследования-вмешательства позволили не только разработать эффективную психотерапевтическую модель для решения проблем этого типа, но и создать познавательную и операциональную модель, описывающую возникновение и устойчивое существование этих проблем.

В то же время новые знания, полученные на основе результатов вмешательства, послужили проводником для постепенной отточки процедуры вмешательства, определяя его постоянную самокорректировку в зависимости от результатов взаимодействия между проблемой и стратегиями ее решения[1]. Как следует из приведенных выше теоретических и методологических посылок, дальнейшее изложение будет относиться не только к способам продуцирования

---

[1] Для более подробного ознакомления с использованной нами методологией см. гл. 2.

изменений и решения проблем питания, но также к возникновению и устойчивому существованию этих проблем.

Несмотря на уже упомянутые нами ограничения, прежде чем перейти к непосредственному изложению результатов нашего исследования — вмешательства, мы все же считаем полезным привести классификацию расстройств питания, согласно DSM-IV, для того, чтобы пользоваться диагностическими формулировками психологических расстройств, которые признаны и используются в международном научном сообществе. Действительно, в отношении критериев определения проблем, с которыми мы работали, мы считаем фундаментальным использование общепринятого языка, известного всем исследователям в клинической области; это позволит использовать в общении одинаковые диагностические критерии и тем самым сведет к минимуму возможные недопонимания при обмене информацией между экспертами, которые следуют разным теоретико-прикладным подходам. Поэтому приводимая ниже классификация может рассматриваться как своего рода компромисс, как инструмент коммуникации для того, чтобы обращаться к научному сообществу на языке, к которому оно привыкло.

2. Диагностическая классификация расстройств питания[1]

2.1. Нервная анорексия

Диагностические критерии

А. Отказ поддерживать массу тела на уровне минимальной нормы для данного возраста и роста. Например, больной теряет на 15% больше, чем минимальная масса тела; невозможность добиться ожидаемой прибавки в массе тела во время периода роста, что приводит к снижению массы тела на 15% по сравнению с ожидаемой прибавкой[2].

Изначально потеря веса достигается ограничением общего количества принимаемой пищи. Хотя в начале уменьшение калорийности пищи и достигается за счет отказа от высококалорийной еды,

---

[1] Диагностическая классификация вольно излагается по DSM-IV (APA, 1994, p. 597–603 tr. it.)

[2] Обычно нормальный вес вычисляется с помощью индекса массы тела (Body Mass Index — BMI), выражающего отношение веса в килограммах к квадрату роста в метрах. За пограничное значение индекса массы тела принимается величина, которая не превышает или равна 17,5 kg/m^2.

большинство пациентов в результате приходит к питанию жестко ограниченным ассортиментом продуктов. Вдобавок к этому пациенты могут начать использовать некоторые типы очистительных процедур (например, вызывание рвоты, неоправданное использование слабительных и мочегонных средств) или поддерживать чрезмерную физическую активность с целью потери веса.

Б. Сильный страх перед увеличением массы тела или возможностью потолстеть, даже если реальный вес не достигает нормы. С понижением веса страх потолстеть не уменьшается, и даже наоборот: во многих случаях озабоченность по поводу собственного веса возрастает параллельно с реальной потерей веса.

В. Изменение восприятия собственного веса или формы тела или чрезмерное влияние веса и формы тела на самооценку, или отказ от признания серьезности того факта, что вес находится ниже нормы.

У страдающих анорексией наблюдаются изменения в представлениях о собственном теле в отношении его формы и размеров: восприятие и оценка внешнего вида и веса становятся искаженными. Некоторые субъекты чувствуют толстыми все свое тело, в то время как другие, даже признавая собственную худобу, воспринимают как «слишком толстые» некоторые части тела, обычно живот, ягодицы и бедра. Уровень самооценки чрезмерно зависит от восприятия веса и формы тела. Потеря веса считается замечательной победой и выражением железной самодисциплины, в то время как увеличение веса переживается субъектом как недопустимая потеря способности к контролю. Несмотря на то, что некоторые из них могут отдавать себе отчет в собственной худобе, как правило, пациенты, страдающие этим расстройством, отрицают серьезность последствий крайней худобы для их физического здоровья.

Г. У женщин в период половой зрелости наблюдается аменорея, а именно, отсутствие не менее трех следующих друг за другом менструальных циклов (считается, что у женщины наступила аменорея, если менструальный цикл наступает только в результате приема гормональных препаратов, например, эстрогенов).

Обычно аменорея следует за потерей веса, но у меньшинства пациентов может предшествовать ей. В предпубертатный период расстройство может привести к позднему появлению менструации.

Подвиды

На основании присутствия или отсутствия в настоящий момент эпизодов регулярного переедания или очистительных процедур выделяются следующие подвиды расстройства:

а) *с ограничением приема пищи*: в текущей фазе нервной анорексии у субъекта не наблюдается регулярного переедания или очистительных процедур (например, вызванной рвоты, неоправданного использования слабительных и мочегонных средств или клизм). Потеря веса достигается, главным образом, за счет диеты, голодания или чрезмерной физической активности;

б) *с перееданием и/или использованием очистительных процедур*: в текущей фазе нервной анорексии у субъекта наблюдается регулярное переедание и/или использование очистительных процедур. У большинства субъектов, страдающих нервной анорексией, практикующих переедание, наблюдается также использование очистительных процедур в виде вызванной рвоты, неоправданного использования слабительных и мочегонных средств или клизм. В некоторых случаях не наблюдается переедания, а пациент пользуется очистительными процедурами и при приеме небольшого количества пищи.

Симптомы и сопутствующие расстройства

Когда страдающие нервной анорексией пациенты имеют вес явно ниже нормы, они могут демонстрировать депрессивные симптомы, такие как расстройства настроения, тенденция к изоляции, раздражительность, бессонница и снижение сексуального интереса. Кроме того, часто наблюдаются явно выраженные обсессивно-компульсивные симптомы, которые могут быть связаны или не связаны с едой (например, противоречивость идей в отношении еды, коллекционирование кулинарных рецептов, создание запасов еды). Другие проявления расстройства, сопутствующие анорексии: больные испытывают неловкость, когда едят в присутствии других людей, чувство собственной неадекватности, чувствуют необходимость контролировать окружение, проявляют умственную ригидность, уменьшение спонтанности в межличностных отношениях, их инициатива и выражение эмоций сильно подавлены.

2.2. Нервная булимия

Диагностические критерии

А. Часто повторяющиеся эпизоды обжорства. Подобный эпизод или булимический кризис характеризуется каждым из следующих признаков.

1) Употребление за определенный период времени (как правило, не превышающий двух часов) количества пищи, значительно превышающего то, которое большая часть людей смогла бы съесть за такой же период времени и в сходных условиях.

Каждый отдельно взятый эпизод переедания не обязательно проявляется в одном и том же контексте; не может считаться обжорством постоянное «перекусывание» небольшими количествами пищи в течение всего дня. Несмотря на то, что типы пищи, потребляемой во время приступа переедания, сильно варьируются, обычно сюда входят высококалорийные продукты, такие как мороженое и торты. В любом случае, обжорство характеризуется скорее аномальным количеством пищи, чем компульсивным влечением к определенному продукту. Обычно страдающие булимией стесняются своих патологических привычек в приеме пищи и стараются скрыть их, поэтому булимические кризисы проявляются в одиночестве, в обстановке максимальной секретности. Эпизод обжорства может быть запланированным или незапланированным и обычно (хотя и не всегда) характеризуется быстрым поглощением пищи. Часто эпизод продолжается до тех пор, пока субъект не почувствует себя «переполненным до болевых ощущений», и бывает спровоцирован плохим настроением, состоянием стресса, сильным чувством голода, вызванным ограничениями, связанными с диетой, или чувством неудовлетворения своим весом, формой тела или пищей. Во время поглощения пищи может наблюдаться временное улучшение настроения, но часто за ним следует новый спад настроения и безжалостная самокритика.

2) Ощущение потери контроля во время эпизода обжорства (например, ощущение того, что невозможно перестать есть или что невозможно контролировать, что и когда есть).

Субъект, особенно на ранних стадиях расстройства, может испытывать чувство отстраненности во время эпизода переедания: некоторые рассказывают о приступе обжорства как о своего рода потере чувства реальности. На более поздних фазах нервной булимии субъективные ощущения потери контроля во время кризиса могут исчезнуть, субъект испытывает невозможность противостоять неудержимому импульсу поглощения пищи или прервать уже начавшийся приступ. Потеря контроля во время эпизода обжорства не является полной: субъект может продолжать поглощение пищи, несмотря на телефонные звонки, но сразу прекращает его, если кто-то неожиданно входит в комнату.

Б. Часто повторяющееся и неоправданное компенсирующее поведение с целью предупреждения увеличения веса. Самым часто встречающимся способом, нейтрализующим результаты обжорства, является вызванная рвота после приступа (80–90% случаев). Рвота ослабляет ощущение физического дискомфорта и страх потолстеть. Субъекты могут прибегать к различным стратегиям для провоциро-

вания рвоты, например, пользуются пальцами или другими инструментами; как правило, на более поздних стадиях расстройства им удается вызывать рвоту просто по желанию. В некоторых случаях именно рвота является искомым эффектом: субъект объедается для того, чтобы вызвать рвоту, или вызывает рвоту даже после приема небольшого количества пищи. Другие очистительные процедуры включают в себя неумеренное использование слабительных средств (третья часть случаев), мочегонных средств или других препаратов. Применение клизмы сразу после эпизода переедания встречается довольно редко и всегда сочетается с другими очистительными процедурами. Другими методами, компенсирующими последствия обжорства, являются голодание в последующие дни и чрезмерная физическая активность. (Физическая активность считается чрезмерной, когда она мешает выполнению других важных видов деятельности, когда она выполняется в необычное время в необычных местах или когда она выполняется, несмотря на неудовлетворительное физическое состояние.)

В. Эпизоды обжорства и компенсирующее поведение проявляются в среднем не менее двух раз в неделю в течение последних трех месяцев.

Г. Уровень самооценки чрезмерно зависит от формы тела и веса.

Д. Искажение восприятия проявляется не только во время эпизодов нервной булимии.

Подвиды

На основании наличия или отсутствия в настоящий момент очистительных процедур для компенсации эффектов обжорства выделяются следующие подвиды булимии:

а) *с очистительными процедурами*: в текущей фазе нервной булимии субъект регулярно вызывает рвоту или неоправданно пользуется слабительными или мочегонными препаратами или клизмой;

б) *без очистительных процедур*: в текущей фазе нервной булимии субъект регулярно практикует другие виды компенсирующего поведения, как, например, голодание или чрезмерная физическая активность, но не прибегает с регулярностью к провоцированию рвоты или к неоправданному использованию слабительных или мочегонных препаратов или клизм.

Симптомы и сопутствующие расстройства

Субъекты, страдающие нервной булимией, как правило, имеют вес в пределах нормы, хотя некоторые из них могут весить несколь-

ко выше или ниже нормы. Обычно они редуцируют питание между приступами обжорства, предпочитая низкокалорийные продукты и избегая тех продуктов, которые, по их мнению, могут привести к увеличению веса или спровоцировать эпизод неконтролируемого поглощения пищи. У данных субъектов более часто встречается расстройства настроения (в большинстве случаев они сопровождают прогрессирование булимии) и депрессивные симптомы (например, снижение самооценки). Кроме того, у них часто встречаются симптомы тревожности (например, страх публичных ситуаций), которые обычно уменьшаются после лечения нервной булимии. Примерно в третьей части случаев наблюдается зависимость или злоупотребление алкоголем и стимулирующими препаратами. Часто субъекты начинают прибегать к стимулирующим препаратам в попытке контроля над аппетитом и весом.

2.3. Другие нарушения пищевого поведения

Категория других нарушений пищевого поведения включает в себя те нарушения, которые не удовлетворяют критериям какого-либо специфического нарушения пищевого поведения. Сюда включаются:

1) случаи, когда присутствуют все критерии нервной анорексии, но менструальный цикл не нарушен;

2) случаи, когда присутствуют все критерии нервной анорексии, но, несмотря на значительную потерю веса, он остается в пределах нормы;

3) случаи, которые удовлетворяют всем критериям нервной булимии, кроме того факта, что кризисы переедания и компенсирующее поведение встречаются реже, чем два раза в неделю в течение последних трех месяцев;

4) случаи субъектов с нормальным весом, которые регулярно демонстрируют компенсирующее поведение после принятия небольшого количества пищи (например, вызывают рвоту, съев два печенья);

5) случаи, когда субъект регулярно жует и выплевывает, не глотая, большое количество пищи;

6) неконтролируемое пищевое поведения (*Binge Eating*): повторяющиеся эпизоды обжорства без регулярного использования очистительных процедур, характерных для нервной булимии.

В приложении к DSM-IV приводятся следующие критерии для неконтролируемого пищевого поведения (*Binge Eating*).

А. Повторяющиеся эпизоды неконтролируемого пищевого поведения. Эпизод неконтролируемого пищевого поведения характеризуется наличием следующих двух элементов: 1) употребление за определенный период времени (как правило, не превышающий двух часов) количества пищи, значительно превосходящего то, которое бóльшая часть людей смогла бы съесть за такой же период времени и в сходных условиях; 2) ощущение потери контроля над пищевым поведением во время эпизода поглощения пищи (например, ощущение того, что невозможно остановиться или невозможно контролировать, что и сколько съедается).

Б. Во время эпизодов неконтролируемого пищевого поведения должно наблюдаться не менее трех симптомов из нижеперечисленных: 1) скорость поглощения пищи значительно превышает нормальную; 2) субъект ест до ощущения дискомфорта от переполненности пищей; 3) поглощается большое количество пищи при отсутствии чувства голода; 4) потребление пищи происходит в одиночестве из-за чувства неловкости субъекта за то, что он ест так много; 5) чувство отвращения к самому себе, депрессия или чувство вины после приступов обжорства.

В. Ярко выраженное чувство неловкости из-за неконтролируемого пищевого поведения.

Г. Неконтролируемое пищевое поведение наблюдается не менее двух раз в неделю за последние 6 месяцев.

Д. Неконтролируемое пищевое поведение не сопровождается систематическим компенсирующим поведением (использование слабительных средств, голодание, чрезмерная физическая активность), неконтролируемое пищевое поведение не проявляется исключительно в периоды нервной анорексии или нервной булимии.

3. Основные результаты исследования-вмешательства

Исследование-вмешательство нарушений пищевого поведения привело к разработке специфических особо эффективных и экономных протоколов для работы с расстройствами этого типа и — в то же время — позволило лучше понять действительность, по отношению к которой осуществлялось терапевтическое вмешательство, а именно, перцептивно-реактивную систему, обычно присущую людям, страдающим нарушениями пищевого поведения.

Первым, безусловно, удивительным результатом нашего исследования-вмешательства стало определение самих проблем, являющих-

ся предметом исследования. Уже на первых стадиях нашего исследования стало очевидно, что реальная картина нарушений пищевого поведения скорее отличается от той, что описывается в литературе. Помимо двух патологий, приводимых в DSM-IV, — нервная анорексия и нервная булимия — постепенно вырисовался третий тип нарушения пищевого поведения, который мы назвали «расстройством вызванной рвоты» или «Vomiting'ом». Этим термином мы обозначаем такое расстройство, при котором проявляется компульсивный прием пищи и вызывание рвоты несколько раз в день; эта симптоматика в настоящее время в литературе рассматривается как особый вариант анорексии и булимии («подтип с использованием очистительных процедур»). Однако из нашего эмпирико-экспериментального анализа выявилось, что симптоматика вызванной рвоты (Vomiting) является отдельной патологией, которая имеет характеристики устойчивого существования, совершенно отличные от характеристик анорексии и булимии, формируясь как самая настоящая «технологическая специализация» в области нарушений пищевого поведения. Этот тип расстройства проистекает из булимии или анорексии, и, будучи сформированным, становится тем, что биологи определяют как возникновение «нового качества», чего-то качественно нового, что не имеет ничего общего с тем, из чего оно возникло, как, например, молекула воды не имеет ничего общего с водородом и кислородом. Как будет подробно проиллюстрировано в шестой главе, когда вызванная рвота (Vomiting) становится самой настоящей патологией, она может быть описана посредством кибернетической модели с совершенно особыми характеристиками, обеспечивающими ее устойчивое существование; Vomiting структурируется уже не как нарушение пищевого поведения, а как своего рода «извращение», основанное на еде.

Принимая во внимание сказанное выше, специалист мог бы утверждать, что введенное понятие Vomiting фактически совпадает с классическим определением нервной булимии, однако в действительности эти два понятия существенно отличаются друг от друга. DSM-IV определяет вызванную рвоту как один из типов очищения (*purging*), типичного для нервной булимии, и относит ее как к анорексическому, так и к булимическому типу поведения. Посему подобное поведение должно рассматриваться в качестве одного из симптомов этих клинических расстройств. В нашем определении вызванная рвота (Vomiting) рассматривается не как симптом, а скорее как самостоятельное расстройство. Действительно, мы считаем, что люди, страдающие этим расстройством, испытывают непреодолимый импульс к обжорству, *чтобы* вызвать рвоту, а не просто по-

глощают большое количество пищи, а потом используют рвоту, чтобы избавиться от всего того, что они съели. В наших исследованиях, включающих более 100 изученных случаев, было обнаружено, что при Vomiting'е именно удовольствие, получаемое от всей последовательности действий — от приема пищи до рвоты — обуславливает безудержную компульсивность поведения; эта последовательность закрепляется как модель поиска и получения удовольствия. Следовательно, если в традиционном определении нервной булимии главный акцент делается на эпизодах обжорства, а очищение посредством вызванной рвоты имеет лишь второстепенное значение (приравненное к другим способам очищения); то в нашем определении Vomiting вызванная рвота представляет собой самостоятельный целостный процесс, начинающийся с подготовительной фантазии, продолжающийся во время переедания и завершающийся заключительным освобождением; при этом данная последовательность действий характеризуется интенсивным удовольствием.

Мы выделили Vomiting как самостоятельное расстройство, поскольку было выявлено, что техники, показавшие свою эффективность в работе с анорексией и булимией[1], оказались неэффективными для субъектов с симптомом вызванной рвоты. Таким образом, в ходе исследования-вмешательства возникла необходимость разработать для этого расстройства протокол вмешательства *ad hoc*, который бы позволил решать проблему и раскрыл бы характеристики ее устойчивого существования.

Кроме того, в данный момент Vomiting является наиболее распространенным типом нарушения пищевого поведения — примерно 65% рассмотренных нами случаев[2]. Такая широкая распространенность вызванной рвоты, превращает ее из второстепенного расстройства — по отношению к двум традиционным типам патологии пищевого поведения — в превалирующее расстройство. Это объясняется своего рода «технологическим развитием» нарушений пищевого поведения, в результате которого изначальная попытка решения проблемы (вызванная рвота), предпринятая для того, чтобы не толстеть или поху-

---

[1] Слово булимия используется нами, чтобы обозначить те случаи, которые в литературе классифицируются как «нервная булимия без очистительных процедур» вместе с некоторыми случаями психогенного ожирения.

[2] Согласно данным Американской психиатрической ассоциации (*American Psychiatric Association*), 50% случаев нервной анорексии трансформируются в нервную булимию, что соответствует расстройству, которое мы называем «Vomiting» (Costin, 1996).

деть, в конечном итоге создает самостоятельную проблему, отличную от той, для решения которой она была предпринята.

Таким образом, нарушения пищевого поведения представляются стремительно эволюционирующими патологиями; можно сказать, что в настоящий момент мы приближаемся к эпидемии Vomiting'a. Этот факт с необходимостью приводит к разработке усовершенствованных типов терапевтического вмешательства, способных к постоянному адаптированию и обновлению. Для того, чтобы оставаться эффективной и экономной, модель терапевтического вмешательства должна обладать способностью к развитию, чтобы адаптироваться к характеристикам проблемы, для решения которой она предназначена.

Второй важный момент, который мы обнаружили в ходе нашего исследования-вмешательства, это значительно бóльшая комплексность нарушений пищевого поведения по сравнению с другими типам патологий, например, по сравнению с обсессивно-фобическими расстройствами, которые были предметом нашего предыдущего исследования. Мы столкнулись с необходимостью — для поддержки эффективности и экономности терапевтического вмешательства — постепенного введения вариаций внутри отдельных протоколов, относящихся к трем типам нарушений пищевого поведения. В ходе нашего исследования-вмешательства раскрывалась большая вариабельность способов устойчивого существования этих расстройств по сравнению с фобическими расстройствами: в то время как для последних, чтобы разблокировать ситуацию, необходимо было один или два варианта вмешательства для каждого расстройства, в случае нарушений пищевого поведения оказалось, что их должно быть как минимум три. Выявление различных вариантов одного и того же расстройства привело к более дробной дифференциации анорексических, булимических пациентов и пациентов, страдающих вызванной рвотой (Vomiting), в зависимости от различий в характеристиках устойчивого существования проблемы.

Выделение различных «типов» пациентов внутри одной и той же патологии указывает на явную сложность нарушений пищевого поведения по сравнению с другими патологиями; именно этот аспект мог бы дать объяснение особой сопротивляемости таких пациентов к изменениям. В силу большей дифференциации пациентов по характеристикам патогенного гомеостаза, нарушения пищевого поведения требуют бóльших вариаций в терапевтических техниках и ярко выраженного мастерства терапевта в определении типа устойчивого патологического гомеостаза, но, прежде всего, мастерства в выборе той формы терапевтических взаимоотноше-

ний и коммуникации, которая наилучшим образом соответствует каждому отдельному случаю.

Возможно, эта характеристика нарушений пищевого поведения оправдывает меньшую эффективность и экономность терапевтического протокола для этих расстройств по сравнению с фобическими и обсессивными состояниями и, в частности, объясняет гораздо более высокое количество случаев, оставшихся без изменений, или случаев с незначительным улучшением для этого типа проблем[1].

В последующих главах после некоторых методологических уточнений относительно исследования-вмешательства для каждого типа нарушения пищевого поведения будут приведены: специфические характеристики устойчивого существования проблемы, включая все вариации, затем — разработанные для них типы терапевтического вмешательства и, наконец, некоторые примеры из клинической практики.

[1] Для ознакомления с данными об эффективности и экономности терапевтического вмешательства см. гл. 3.

ГЛАВА 2

РАЗРАБОТКА ПРОТОКОЛОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Обволакивающую нас тьму невозможно развеять. Даже свет интеллекта освещает нам шаг за шагом лишь тот отрезок дороги, который позволяет продолжить путь.
Так и автомобиль рассекает ночь, постоянно продвигаясь в кратком луче, которому он сам источник.

Уго Бернаскони. «Слова для добрых людей»

1. От общей модели краткосрочной терапии к специфическим протоколам терапевтического вмешательства

В 1985 году в Центре стратегической терапии в Ареццо (Италия) стартовал исследовательский проект по развитию краткосрочной терапии от общей модели к специфическим протоколам терапевтического вмешательства для различных патологий. Отталкиваясь от основных формулировок стратегической краткосрочной терапии школы Пало-Альто (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1974; Watzlawick, 1981), эти исследования привели к разработке специфических протоколов терапевтического вмешательства при особых формах психологических расстройств, таких как обсессивно-фобические расстройства и нарушения пищевого поведения (Nardone, Watzlawick, 1990; Nardone, 1993, 1995; Watzlawick, Nardone, 1997).

Модель краткосрочной терапии, сформулированная исследователями Института исследований психики из Пало-Альто (MRI), основывалась, главным образом, на локальных терапевтических вмешательствах, нацеленных на ломку многократно повторяющейся после-

довательности взаимодействия между попытками, предпринятыми пациентами для решения проблемы, и ее устойчивым существованием. Данный терапевтический подход описывал вмешательство с обобщенной точки зрения, в терминах, применимых к проблемам любого происхождения и различным контекстам.[1] Эмпирический опыт и клиническое экспериментирование за период более 30-ти лет показали, что эмпирический конструкт «предпринятой попытки решения проблемы, которая поддерживает ее», разработанный группой исследователей Пало-Альто, является плодотворным клиническим инструментом. В нашей исследовательской работе этот конструкт зарекомендовал себя как плодотворный исследовательский инструмент не только для получения знаний о характеристиках устойчивого существования психологических патологий, но и для разработки усовершенствованных терапевтических стратегий.

Исходя из этого, мы поставили себе задачу развить общую модель краткосрочной терапии в специфические протоколы терапевтического вмешательства, разработанные *ad hoc* для специфических типов проблем (Nardone, 1997b), а именно, осуществить переход от общей теории о формировании и решении проблем (Watzlawick et al., 1974) к специфическим формулировкам, описывающим функционирование определенных психологических патологий и их лечение в краткие сроки.

Наше исследование опирается на ту же самую базовую методологию, которой руководствуются такие продвинутые науки (Popper, 1972), как физика или биология, для разработки усовершенствованных систем управления реальностью, являющейся предметом исследования. Структуру метода составляют три элемента:

1) изучение специфических характеристик проблемы или класса проблем;

2) выявление уже предпринятых попыток решения проблемы;

3) замена дисфункциональных попыток решения проблемы, которые подпитывают проблему вместо того, чтобы решить ее, на другие, экспериментально показавшие свою способность вызывать желаемый эффект (Nardone, 1997b, p. 190).

Данная эмпирико-экспериментальная методология была прежде всего применена к изучению фобических и обсессивных расстройств, и в результате экспериментальной работы с сотнями клинических случаев было разработано пять специфических протоколов терапев-

---

[1] Читатель, заинтересованный в более подробном знакомстве с данным подходом, отсылается к Watzlawick *et al.* (1974); Watzlawick (1981); Weakland, Ray (1995); Watzlawick, Nardone (1997).

тического вмешательства при различных вариантах фобических расстройств, которые впоследствии были успешно применены в тысячах случаев (Nardone, Watzlawick, 1990; Nardone, 1993, 1995a).[1]

Исследование-вмешательство нарушений пищевого поведения началось в 1993 году. И для этого типа расстройств — как это уже было сделано в случае обсессивно-фобических расстройств — мы начали с изучения характеристик проблемы на уровне класса-структуры (Whitehead, Russel, 1910–1913) и с выявления предпринятых попыток решения проблемы, повторяющихся для каждой отдельной патологии. То есть мы старались выявить те элементы, которые способствуют поддержанию определенных структурных характеристик проблемы, и определить, какие стратегии являются более эффективными и экономными для решения проблем. Как описано в главе 1, фокус нашего внимания был направлен не на то, каким образом могли возникнуть проблемы (их причины), а на то, чем они поддерживаются и подпитываются (устойчивое существование проблемы). Действительно, для того, чтобы вызвать реальное и быстрое изменение, необходимо разрушить устойчивое существование проблемы, а не реконструировать причины ее возникновения в прошлом, которое в любом случае не может быть изменено.

На первоначальной ограниченной выборке случаев мы начали систематическое строгое изучение и эмпирическое экспериментирование, направленное на выявление того, какой тип вмешательства позволяет достичь определенных эффектов и какие дисфункциональные предпринятые попытки решения могут быть изменены. Вначале мы использовали техники уже имевшиеся в нашем распоряжении; некоторые из них мы позаимствовали из специальной литературы, другие — из опыта работы с патологиями, имевшими некоторые черты сходства с изучаемыми расстройствами, как, например, фобические и обсессивные состояния. Это стало первой фазой построения специфического протокола терапевтического вмешательства. За ней последовала фаза выявления неэффективных техник, отказ от них и отбор тех техник, которые зарекомендовали себя способными производить реальные изменения; при этом мы придумывали некоторые техники *ex novo*.[2]

---

[1] Протоколы терапевтического вмешательства, разработанные для обсессивно-фобических расстройств, показали удивительные результаты: 87% случаев были решены в среднем за 11 сессий (Nardone, 1993; Sirigatti, 1994). В большинстве случаев разблокирование симптома происходит за первые 5 сессий, и в 27% случаев от этого числа освобождение от симптомов происходит уже после первой сессии (Nardone, 1997, p. 192).

[2] Лат.: заново (*прим. перев.*).

Когда какой-либо способ решения наилучшим образом соответствовал проблеме и позволял получить желаемые результаты, мы старались усовершенствовать его и применить к возможно большему количеству случаев. Только те техники, которые продолжали вызывать желаемые изменения при их применении к большому количеству проблем одного типа, могли считаться эффективными с эмпирической точки зрения.

С помощью этого метода мы постепенно старались отобрать наиболее подходящие техники для специфических проблем, являвшихся предметом нашего изучения, организуя эти техники в определенную последовательность и предусматривая определенные варианты так, чтобы максимально оптимизировать эффективность и экономность вмешательства с тем, чтобы оно наилучшим образом соответствовало решаемой проблеме. Постепенно, в результате подгонки, добавления новых маневров и последующего отбора лучшего из того, что получилось, мы пришли к разработке первой упорядоченной последовательности возможных шагов и контршагов, то есть к созданию модели специфического терапевтического вмешательства для изучаемой патологии. Эта стратегия, включающая в себя специфические тактики и техники, организованные в определенную последовательность стадий терапевтического вмешательства с определенными для достижения на каждой стадии целями, представляет собой *протокол* терапевтического вмешательства для изучаемого нами особого типа расстройств.

Искушенный в логике читатель обнаружит в этой методологии один из основных критериев стратегической логики, являющейся специализированным разделом математической логики (Elster, 1979, 1985; Da Costa, 1989a, 1989b). Эта дисциплина для построения своих моделей руководствуется не описывающими и предписывающими теориями (что является характеристикой большинства психиатрических и психотерапевтических моделей), а специфическими характеристиками проблемы, которую надо решить, и целями, которые необходимо достичь. Другими словами, стратегия постоянно адаптируется к проблеме и заданным целям, не подвергаясь при этом влиянию детерминистских теорий (Nardone, Salvini, 1997). Следовательно, протокол терапевтического вмешательства представляет собой модель типа «problem-solving», разработанную *ad hoc* для повторяющихся паттернов (*patterns*), характерных для структуры проблемы однако, этот протокол в любом случае должен быть адаптирован к неповторимости каждого человека и индивидуального контекста.

Для сохранения уникальности каждого человека протоколы должны обладать способностью к самокоррекции, то есть предполагать возможность вариаций. Протокол не является ригидной последовательностью терапевтических ходов, а оставляет открытой возможность операциональной коррекции в соответствии с ответными реакциями пациента.

В соответствии с отдельными реакциями пациента на предписания терапевта, терапевт выбирает самое плодотворное направление из нескольких возможных: именно то, как реагирует пациент, всегда определяет каждый отдельный терапевтический ход, то есть определяет выбор следующего шага из предусмотренных возможностей. Второй принцип самокоррекции дополняет и обогащает первый: способность терапевта к изменению стратегии в том случае, когда ее применение оказывается неэффективным.

Таким образом, терапия структурируется как процесс стратегического problem-solving'а, в котором терапевт старается предвидеть реакции пациента на каждый отдельный маневр, планируя возможные технические и тактические вариации изначальной стратегии, на основе наблюдаемых эффектов (Nardone, Salvini, 1997). Следовательно, протоколы терапевтического вмешательства становятся *предсказывающими*, то есть способными к предвосхищению возможностей развития терапевтического взаимодействия, определяя постоянную самокоррекцию модели вмешательства на основании произведенных эффектов, наблюдаемых в каждой фазе. Таким образом, терапия становится эмпирико-экспериментальным процессом, который позволяет измерить не только конечную эффективность, но и процессуальную эффективность для каждой отдельной стадии вмешательства.

Принимая во внимание принципы самокоррекции в отношении каждого отдельного терапевтического хода и каждой стадии вмешательства, стратегическая терапия становится процессом систематического исследования, в котором за фазой открытия следует фаза когнитивной реорганизации вновь полученной информации; то есть стратегическая терапия не является подтверждением постулатов априорной теории.

Это становится возможным благодаря использованию современных математических логик, таких как «параконсистентная» (Da Costa 1989a, 1989b; Grana, 1990) и «не-алетическая» логики, которые выходят за пределы традиционной аристотелевской логики «истинно или ложно» и принципа «непротиворечия»; эти логики предполагают систематическое использование типов вмешательств, основанных на логике противоречия, парадокса и самообмана. Появляется

возможность действовать одновременно творчески и систематично, плодотворно используя вклад эмпирического опыта, благодаря которому вмешательство приобретает способность к предсказанию возможных результатов, руководствуясь современными логико-эпистемологическими критериями; при этом постоянное круговое взаимодействие между операциональным и познавательным аспектами вмешательства защищает модель от «самоиммунизирующей» ригидности (Popper, 1972) и дает ей возможность постоянного развития, благодаря самокоррекции (Nardone, Salvini, 1997, p. 60).

И, наконец, на уровне терапевтической коммуникации еще один критерий самокоррекции соответствует принципам риторики убеждения и эриксоновской суггестивной коммуникации, этот критерий обязывает терапевта приспосабливать собственный язык и собственную логику к языку и логике пациента, принимая его личное «видение мира».

Благодаря этому применение протокола к каждому конкретному случаю становится уникальным и неповторимым, хотя сам протокол в основных своих чертах остается неизменным. Несмотря на то, что используемая стратегия вмешательства и предпринятые попытки решения, поддерживающие проблему, не изменяются для одного и того же типа расстройства, общение и тип терапевтических отношений, напротив, всякий раз изменяются, чтобы приспособиться и соответствовать наилучшим образом каждой отдельно взятой человеческой системе и ее ситуационному контексту.

Следовательно, протоколы терапевтического вмешательства состоят из запланированной последовательности технических процедур, способных к адаптации и коррекции по ходу развития самого вмешательства (Fiorenza, Nardone, 1995). Таким образом, терапевтическое действие на уровне структуры характеризуется систематичностью и строгостью, а на уровне непосредственного применения — гибкостью и эластичностью.

2. Критерии оценки результатов

За разработкой протокола терапевтического вмешательства последовала стадия оценки его *эффективности* и *экономности*. Для этого протокол должен быть применен не менее, чем в 100 случаях, представляющих специфическую патологию, которая является предметом изучения. Только в том случае, если эффективность превышает 70%, то есть если хотя бы 70 из 100 пациентов выздоравливают благодаря терапевтическому вмешательству, протокол может

считаться валидным в терминах «терапевтической эффективности».[1] Кроме того, положительный результат должен сохраняться во времени. Для этого проводится отсроченное наблюдение (*follow-up*) через 3, 6 месяцев и через год после завершения терапии.

Оценка результатов, достигнутых благодаря терапевтическому вмешательству, несомненно, является одним из самых «колких» моментов в психотерапии. Эта трудность объясняется тем фактом, что в каждом психотерапевтическом подходе существуют свои критерии для оценки эффективности терапии; эти критерии непосредственно зависят от теоретико-прикладных посылок подхода, которые зачастую противоречат друг другу.

Например, для юнгианского аналитика эффективность терапии заключается в достижении личностной «индивидуализации», в то время как для бихевиориста терапевтический успех представлен «вырождением» поведенческих симптомов. Различные теории личности предусматривают различные цели для достижения, а эти различные задаваемые цели, в свою очередь, предусматривают отличающиеся друг от друга способы оценки результатов. Именно теоретическая концепция относительно «человеческой природы» определяет критерии оценки того, что представляет собой норма и патология, и, следовательно, определяет вытекающую из них концепцию «выздоровления» и различные представления об эффективности терапевтического вмешательства. Тем не менее, как сообщает Сиригатти (Sirigatti, 1988, p. 230), кажется, что в настоящий момент достигнуто некоторое согласие в том, чтобы считать терапевтическое вмешательство эффективным, если оно приводит к улучшениям в симптоматике; улучшениям в работоспособности; улучшениям в сексуальной сфере; улучшениям в межличностных отношениях; повышению способности к решению привычных психологических конфликтов; повышению способности к регулированию ежедневного стресса.

Как уже демонстрировалось в предыдущих работах (Nardone, Watzlawick, 1990; Nardone, 1991, 1993; Watzlawick, Nardone, 1997), стратегический подход в терапии не опирается на теорию, описывающую концепции нормальности и анормальности; этот подход не опирается на какую-либо теорию о человеческой натуре, опреде-

---

[1] В специальной международной литературе приводятся результаты психотерапии, в которых положительный исход варьируется от минимума в 40% до максимума в 70% (Luborsky et al., 1975; Garfield, Bergin, 1978; Sirigatti, 1988, 1994). Стало быть в пределах 70% речь идет о результатах большинства терапевтических подходов; результат, не превышающий 50%, может быть вызван плацебо-эффектом.

ляющую в абсолютной форме ее характеристики. В стратегической терапии, которая не является нормативной моделью, понятие «выздоровления» не рассматривается как достижение гипотетического и невозможного состояния полного отсутствия проблем; оно предусматривает преодоление специфической проблемы, переживаемой пациентом в данный момент и в данном контексте его жизненной ситуации. С точки зрения этой теоретической перспективы, эффективность терапевтического вмешательства определяется разрешением специфической проблемы, представленной пациентом/пациентами (Nardone, Watzlawick, 1990, p. 112–113).

Экономность терапевтического вмешательства является еще одним критерием оценки протокола. Этот критерий является для нас фундаментальным, поскольку он отражает способность модели не только решить проблему, но и сделать это в краткие сроки. В противном случае мы не достигли бы ничего действительно нового, имеющего клиническую значимость, поскольку уже существуют модели долгосрочной терапии, зарекомендовавшие себя эффективными.

Временно́е ограничение, которым мы задались для достижения желаемой цели, — а именно, полное решение проблемы, представленной пациентом, и отсутствие рецидивов в течение года, следующего после завершения терапии, составляет 20 сеансов, проводимых максимум за 6–8 месяцев.

К сожалению, в области психотерапии оценка экономичности терапевтического вмешательства, а именно, соотношение между затратами на терапию и полученным результатом, остается одним из аспектов, который меньше всего принимается во внимание и исследуется (Garfield, 1981). Экономичность клинической работы заслуживает внимательного отношения, поскольку является важным фактором для анализа и оценки реальных возможностей терапевтического вмешательства в рамках определенной терапевтической модели.

Действительно, терапия, признанная эффективной, заслуживает еще более высокую оценку, если при этом она является более экономичной. Время, затраченное на достижение положительного результата, вносит свой вклад в качество самого результата, поскольку соотношение между затратами на терапию и полученной от нее пользой будет тем более положительным, чем менее длительным будет процесс достижения реального и окончательного решения представленных проблем (Nardone, Watzlawick, 1990, p. 116–117).

Кроме того, с нашей точки зрения, временно́е ограничение позволяет дать более реальную оценку эффективности терапевтического

вмешательства, поскольку если изменение происходит за ограниченный период времени, то значительно возрастает вероятность того, что оно вызвано именно терапией. Именно это очень трудно продемонстрировать при долгосрочной терапии, при которой так называемые «вмешивающиеся переменные»[1] (Salvini, 1993) могут оказывать на возникновение изменений еще большее влияние, чем сама терапия (Sirigatti, 1988, 1994).

Несмотря на фундаментальную важность проблемы «вмешивающихся переменных» для исследований в клинической сфере, она очень часто недооценивается большинством исследователей в этой области. Тому примером является исследование Сельвини Палаццоли (Selvini Palazzoli et al., 1998), в котором авторы объясняют хорошее состояние пациенток успешным терапевтическим вмешательством, опираясь на результаты их отсроченного наблюдения (*follow-up*), проведенного в среднем через 13 лет после завершения терапии (от 8 до 24 лет).

Эти выводы выглядят еще более рискованно, если принять во внимание тот факт, что терапевтическое вмешательство на семейном уровне, проведенное в среднем 13 лет назад, в половине случаев состояло из 1–3 сессий, а в некоторых случаях ограничивалось даже одной единственной встречей с семьей. Если к этому добавить тот факт, что 54,6% пациентов впоследствии обращались за индивидуальной терапией, и что в 25% случаев за семейным вмешательством последовала госпитализация, то кажется очевидным, что отнесение наблюдаемых положительных результатов за счет собственно терапевтического вмешательства представляется довольно спорным. Тем не менее, кажется, что Сельвини Палаццоли и соавторы не принимают в расчет тот факт, что многочисленные изменения, произошедшие в жизни пациентов за столь долгий период времени, так же как и другой опыт терапии, вне всякого сомнения, оказали столь же значимое, если не большее влияние на течение расстройства и его успешное лечение, чем проведенная с ними семейная терапия.

---

[1] Под «вмешивающимися переменными» понимаются все факторы, находящиеся за пределами контроля исследователя, которые могут вызвать изменения в переменной, являющейся предметом исследования. В нашем специфическом случае речь идет о всех тех жизненных событиях, которые, независимо от терапевтического вмешательства, влияют на расстройство пациента.