

«СМОТРИМ В ПРОШЛОЕ, ЧТОБЫ УВИДЕТЬ БУДУЩЕЕ»

Под таким девизом в ноябре минувшего года в Ареццо (Италия) состоялась *Первая Европейская конференция по краткосрочной стратегической и системной терапии*. Она была организована под эгидой *Mental Research Institute (USA, Palo Alto)* на базе *Центра Стратегической Терапии (Centro di Terapia Strategica – Italy, Arezzo)*. Главная задача представительного форума (собралось более 500 участников более чем из 10 стран) – своеобразное подведение итогов работы за последние 15 лет. Телемост соединил многочисленное собрание с классиком метода – Полом Вацлавиком, который принимал приветствия своих учеников и отвечал на вопросы участников конференции. США и школу Пало Альто представлял Рэй Вендел (Ray Wendel) – директор *MRI*.

Родившись в США более 30-ти лет назад, краткосрочная терапия именно в Европе получила новую жизнь. Проведенные в рамках конференции *workshop*'ы позволили познакомиться с методами работы европейских мастеров в этой области: Мони Элькайма (Mony Elkaim – Бельгия), Стефана Гиерхофера (Stefan Geyerhofer – Австрия), Джанфранко Чеччина (Gianfranco Cecchin – Италия), Терезы Гарсиа (Garcia Teresa – Бельгия) и других.

Одной из главных достопримечательностей конференции стали работы, которые выполнены в русле модели краткосрочной стратегической терапии (*Advanced Brief Strategic Therapy*), разработанной и усовершенствованной профессором *Джорджо Нардонэ**. Метод зарекомендовал себя как наиболее быстрый и в то же время эффективный способ в решении разного рода психологических проблем.

Основной аргумент сторонников подхода краткосрочной терапии прост. В большинстве случаев, когда люди обращаются к психотерапевту, – будь то пара в состоянии развода или родители девушки, страдающей анорексией, – они рассчитывают получить профессиональную помощь, вовсе не собираясь в ожидании ее результатов провести большую часть своей жизни.

При этом обратившийся за помощью человек зачастую уже пытался справиться со своим недугом самостоятельно, но старания не увенчались успехом. Как ни странно, в этом процессе именно те усилия, которые человек прикладывает в целях изменения ситуации, и сохраняют ее неизменной. Задача терапевта – разорвать замкнутый круг, образовавшийся между бесплодными попытками разрешения проблемы, вновь и вновь предпринимаемыми пациентом, и ее резистентностью. Условие выполнения этой задачи – понимание, «как действует» проблема, а не «почему она существует», или за счет чего возникла.

Организационные рамки работы задаются изначально – десять сессий, с интервалом в две недели и при условии активности клиента, которая задается и определяется предписаниями терапевта. В конечном итоге человек становится союзником терапевта, «ко-терапевтом», и получает в свои руки инструмент, которым при необходимости может пользоваться с целью контроля над своим состоянием (проблемой) в случае рецидива.

Многолетняя исследовательская деятельность доктора Дж.Нардонэ позволила разработать методологию эффективного психотерапевтического вмешательства, формализованного в протоколы (по нозоло-

* *Джорджо Нардонэ* – доктор психологии, известный итальянский психотерапевт, один из виднейших представителей школы Пало Альто, создатель и директор Центра Стратегической Терапии в Ареццо. Им разработаны новые, эффективные модели краткосрочной терапии, применяемые в клинике фобических состояний, обсессий, приступов паники, нарушений в питании и пр. Автор многочисленных книг, переведенных на многие языки мира. Среди его работ стоит упомянуть «Искусство изменения» (в соавторстве с П.Вацлавиком), «Страх, паника, фобия», «Краткосрочная стратегическая терапия» (также в соавторстве с П.Вацлавиком), «Психорешения». Некоторые из них, будем надеяться, в ближайшее время увидят свет на русском языке.

гиям), благодаря чему появилась возможность делать предметом научного анализа результаты терапии. В соответствии с этим постоянно совершенствуемым методом работают многочисленные ученики Дж.Нардонэ, как в Италии, так и за ее пределами.

Метафора, один из наиболее эффективных «непрямых» инструментов воздействия на восприятие пациентом своей проблемы, – излюбленный «конек» Нардонэ. Вот его метафора для метода краткосрочной стратегической терапии. «Некий богач завещал разделить свое наследство, состоящее из 39 верблюдов, между его четырьмя сыновьями следующим образом: старшему причиталась половина верблюдов, второму сыну – 1/4, третьему – 1/8, а младшему – 1/10 часть наследства. Задача казалась неразрешимой, пока на помощь наследникам не пришел мудрец. Он добавил своего верблюда и разделил наследство, как завещал отец – каждый из сыновей получил свою долю (20, 10, 5 и 4 верблюда соответственно) – затем мудрец забрал своего верблюда и ушел...»

«Такова типичная ситуация, в которой оказывается терапевт, когда приходится решать проблемы, неразрешимые с точки зрения пациента», – смеется Дж.Нардонэ. И он виртуозно с этим справляется – достаточно увидеть, как от сессии к сессии преобразуются его пациенты.

КРАТКОСРОЧНАЯ СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ОБСЕССИВНО- КОМПУЛЬСИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

ДЖОРДЖИО НАРДОНЭ

В статье представлены результаты клинико-эмпирического исследования обсессивно-компульсивных расстройств, проведенного в Центре Стратегической терапии (Ареццо, Италия). Исследование этого серьезного заболевания и способов его лечения ведется в ЦСТ уже более 15 лет. В течение этой многолетней практики было успешно излечено более 2000 пациентов со стойкими и довольно сложными навязчивыми идеями и компульсивными ритуальными действиями. Используемый сотрудниками Центра метод «исследования-интервенции» (research-intervention) превратился в хорошо отточенный инструмент, благодаря которому практическое знание об обсессивно-компульсивных расстройствах и понимание природы этого заболевания непрерывно обогащается и становится все более точным.

Как утверждает современная конструктивистская эпистемология (*Foerster, 1970, 1973, 1974, 1987; Glasersfeld, 1979, 1984, 1995*), наше понимание реальности вытекает из нашего же воздействия на нее. Следуя этой установке, мы в ходе лечения компульсивно-обсессивных расстройств постепенно видоизменяли используемые нами интервенции, приводя их в соответствие с новыми элементами непрерывно трансформирующегося знания.

Метод «исследования-интервенции» стал той благодатной почвой, которая позволила разработать применительно к разным типам обсессивно-компульсивного расстройства конкретные протоколы лечения, то есть

своего рода свод правил, доказавших свою эффективность в клинике данного заболевания. Исследовательская практика позволила нам лучше узнать реальность, относительно которой мы осуществляли свои воздействия, или, как мы это определили, понять «перцептивно-реактивную» систему пациента, страдающего данным расстройством. Это был процесс «прояснения», который позволил разобраться в структуре проблемы и причинах ее устойчивости. В отличие от обычного наблюдения, позволяющего выработать некие гипотезы, основанные на априорном знании, исследование-интервенция обеспечивает получение экспериментально-эмпирических данных, где основой понимания проблемы становится *изменение*. Разница, таким образом, заключается именно в способе изучения и понимания проблемы: через *наблюдение* или через *изменение*.

Если избранный способ работы относительно определенного круга проблем оказывается эффективным при лечении большого числа пациентов, значит можно говорить об адекватном понимании структуры проблемы, а также того, как проблема «работает».

Подобный способ получения знаний, как очевидно, не затрагивает обстоятельств, ставших причиной проблемы и приведших к ее возникновению. С точки зрения стратегического подхода, более существенным представляется описание того, как благодаря болезни устанавливается патологическое равновесие, и за счет чего оно себя подкрепляет, поддерживая свое существование.

Понимание проблемы через изменение экспериментально-эмпирических данных

Картина обсессивно-компульсивных расстройств, полученная на основе эмпирических данных, выглядит следующим образом.

Характерное для пациента восприятие реальности основывается на невротическом страхе, который вынуждает – в попытках уменьшить этот страх – реагировать посредством навязчивых мыслей, алгоритмов или действий.

Обычный способ поведения, который избирают пациенты с обсессивно-компульсивным расстройством для того, чтобы справиться с обстоятельствами, вызывающими в них панику, – *избегание* такого рода ситуаций либо *навязчивое исполнение специфических ритуалов*. Определенные ситуации, люди или объекты являются настолько пугающими и провоцирующими страх, что они полностью избегаются. Исполнение ритуалов да-

ет субъекту моментальную иллюзию того, что он в состоянии контролировать свой страх. Но по этой же причине повторение ритуалов становится все более и более частым.

Ритуалы по своей природе могут быть компенсирующими или предупреждающими (предвосхищающими). Это означает, что мы можем выделить два различных типа компульсивных действий. Первый из них проявляется в попытках пациента вмешаться в ситуацию с целью ослабления чувства страха и как-либо изменить ее уже после того, как пугающее событие произошло. Следовательно, он ориентирован в прошлое. Второй тип основан на предвосхищении вызывающих страх ситуаций и событий, с тем чтобы «вымолить» наилучший результат (совершить своего рода акт жертвоприношения) или предупредить наихудший, и, таким образом, направлен в будущее. При этом последние экспериментально-эмпирические данные показывают, что существует два варианта предупреждающих ритуалов: *рациональные* и *магические*. Рациональные ритуалы представляют собой специфические действия, пусковой механизм которых кроется в убеждении пациента, что, действуя определенным образом, он предотвращает наступление конкретных нежелательных, пугающих его ситуаций, таких как заражение, потеря энергии, потеря контроля и пр. Другой вариант предупреждающих ритуалов представляет собой форму магических заклинаний, связанных в большой степени с суеверными убеждениями, фаталистической верой в сверхъестественные силы, судьбу и т.д.

Ритуалы осуществляются самим пациентом или могут включать третьих лиц и всю семью. В определенных случаях можно наблюдать, как пациент, осуществляя свою программу компульсивных действий, с целью подстраховки или получения помощи обращается к родственникам, которым вменяется обязанность контролировать, правильно ли он исполняет ритуалы, или защищать его от вызывающих страх ситуаций. Такие больные могут принуждать своих близких к определенной системе действий, угрожая им самоубийством или причинением себе какого-либо вреда. В этой ситуации необходимо вовлекать в работу семью, которой вверяет себя пациент. На членов семьи могут возлагаться функции ко-терапевта, роль которого заключается в том, чтобы *активно наблюдать за пациентом, не вмешиваясь*. В большинстве случаев выполнение этого задания оказывается не столь легким и простым, каким оно может показаться на

первый взгляд. Тем не менее, крайне важно блокировать присущее близким родственникам стремление «помогать» больному, поскольку оно из разряда как раз тех «наилучших намерений», которые, по меткому замечанию Оскара Уайльда, «приводят к наихудшим последствиям».

Желая обрести твердую уверенность в своей безопасности, пациент может исполнять компульсивные ритуальные действия по несколько раз в день, следуя определенной числовой последовательности. Иногда подобное поведение диктуется каким-либо внутренним ощущением или мысленным образом. Другими словами, *структура ритуала должна быть одновременно рациональной и цифровой или магической и аналоговой, но и в том, и в другом случае она связана с лежащей в его основе фобией.*

По прошествии некоторого времени попытки решения проблемы, предпринимаемые пациентом с обсессивно-компульсивным расстройством, становятся *патологическими*, и устанавливается система их *самоподпитки*, поскольку и исполнение ритуалов, и тактика избегания подкрепляют существующую фобию, которая, в свою очередь, исходно питает необходимость этих ритуалов или избегания пугающих ситуаций.

Таким образом, пациент попадает в ловушку, из которой не может вырваться, все глубже увязая в ней. То, что субъекту может казаться освобождением, становится на самом деле чем-то вроде рабских цепей.

Пациент обращается к терапии только тогда, когда обострение навязчивых страхов и потребность в осуществлении компульсивных действий становятся невыносимыми. Иначе говоря, предпринимаемые им попытки решения проблемы сами по себе становятся тягостной проблемой. Когда взаимодействие между устойчивостью исходной проблемы и попытками ее решения укрепляется, самой насущной потребностью пациента становится освобождение из неволи непреложного исполнения ритуалов. *До этой поры он живет в уверенности, что ритуалы – хороший способ контроля над страхом. Именно по этой причине данные пациенты так сопротивляются изменениям.*

Понимание и использование внутренней логики, лежащей в основе расстройства

Метафорический образ, удачно отражающий суть, которая лежит в основе обсессивно-компульсивных расстройств, содержится в анекдоте, рассказанном Полом Вацлавиком. Госпитализированный пациент, следуя вы-

работанному им ритуалу, постоянно хлопает в ладоши. Психиатр попробовал вмешаться, спросив пациента: «Что это Вы делаете?» – «Как "что"? Хлопаю, чтобы прогнать слонов», – ответил пациент. Пытаясь убедить его прекратить нелепый ритуал, врач воскликнул: «Но Вы же хорошо видите, что никаких слонов здесь нет!». «Разумеется, – согласился пациент, – ведь это хорошо помогает!» – и с прежним энтузиазмом продолжал хлопать.

Обсессивно-компульсивные действия не лишены логики, но они следуют своей «необычной», «оригинальной» логике. *Чтобы изменить ее, мы вынуждены применять столь же «неординарную, необычную» логику при разработке терапевтических стратегий.* С помощью рационального объяснения убедить пациента прекратить навязчивое поведение или прервать исполнение ритуала – невозможно. Чтобы это действительно стало возможным, вы должны просить пациента исполнять ритуалы еще лучше, еще совершеннее, внушая, что это наиболее эффективный, подлинно действенный способ обеспечить его потребность в безопасности и достичь цели, коей, как уже отмечалось выше, является контроль страхов. *Таким путем вы проникаете внутрь процесса восприятия пациента, следуете той внутренней логике, которая лежит в основе обсессивно-компульсивной симптоматики, и посредством обратного ритуала получаете возможность переориентировать весь патологический процесс на его саморазрушение.* Иначе говоря, терапия должна следовать внешне той же сумасшедшей логике, которая определяет навязчивые идеи и действия пациента, и давать ему понять, что его поведение и подоплека этого поведения имеют смысл.

Дальнейшие терапевтические предписания пациенту предусматривают *специальный ритуал счета*. В точном соответствии с конкретной патологической навязчивой идеей или действиями, поработившими пациента, ему предписывается выполнение установленного ритуала определенное количество раз. Например, если у больного существует навязчивая потребность многократно себя проверять, без чего он лишается уверенности, что все им сделано правильно, предписание, использующее числовую логику патологического контроля, будет заключаться в том, чтобы заставить его *выполнять проверку установленное количество раз, едва он ощутит потребность себя проверить.* Предписание гласит:

«Начиная с данного момента и до следующей консультации, каждый раз, когда Вы совершаете ритуал, Вы должны выполнить его 5 раз – не

больше и не меньше. Вы можете избежать исполнения этого ритуала вообще, но если Вы его совершаете, то должны повторить его ровно 5 раз, не меньше, не больше. Вы можете избежать его, но если Вы сделали один раз – Вы должны сделать его пять раз»...

Логическая структура этого внешне простого предписания покоится на стратегеме: *«Замани врага на чердак и убери лестницу!»*.

Немаловажно то, как сообщается предписание. Процесс передачи информации основан на многократном повторении, гипнотическом строе фраз и на постгипнотическом сообщении, также выраженном особым тоном голоса.

Структура этого маневра понимается так, что если Вы намереваетесь выполнить ритуал всего лишь единожды, то Вы должны повторить его пять раз. *Предписание неявно подразумевает, что терапевт признает необходимость ритуала, но в то же время это он/она (терапевт) – тот, кто теперь управляет всем процессом, определяя, сколько раз ритуал должен быть исполнен. Более того, терапевт разрешает избежать выполнения ритуала.*

Таким образом, терапевт берет на себя контроль за исполнением навязчивого действия. Ранее фобия вынуждала пациента совершать ритуал, а теперь он выполняет его, подчиняясь терапевтическим предписаниям. Это означает, что пациент косвенным путем приобретает способность управлять своей симптоматикой вместо того, чтобы находиться под ее властью. Если мы в состоянии достичь этого посредством предписаний, то можно надеяться, что пациент начнет исследовать свое восприятие реальности, которое прежде всецело определялось фобией. Тот факт, что он теперь в состоянии контролировать прежние патологические действия, следуя терапевтическому предписанию, означает, что он в состоянии достигнуть той точки, когда может даже прекратить их. И обычно именно это и происходит. Чаще всего пациенты приходят на следующую консультацию, заявляя, что они просто *прекратили* исполнять свои ритуалы, потому что исполнять их означает необходимость пятикратного повторения. Они сообщают, что выполнять ритуалы стало действительно скучно, и признают, что более не чувствуют необходимости применять стратегии, которые они использовали для ослабления страхов, потому что страхи больше не дают о себе знать.

Итак, Вы проникаете внутрь системы восприятия пациента. Следуя внутренней логике обсессивно-компульсивной симптоматики и используя ритуал счета, Вы можете переориентировать ее на саморазрушение.

Данная техника помогает пациентам обрести контроль над симптомом. Обсессивно-компульсивные больные начинают исполнять такие ритуалы, чтобы почувствовать власть над вызывающими страх ситуациями, но парадоксальным образом вырываются из-под контроля всевозрастающей навязчивой потребности исполнять их. *Ритуал счета, который выполняется по образцу конкретных ритуалов пациента, направляет силу симптомов на их самоуничтожение.*

На следующей стадии протокола данное предписание сохраняется и обычно количество необходимых повторений увеличивается. Наряду с этим мы начинаем стимулировать пациента прямо противостоять вызывающим страх ситуациям.

Когда терапия работает хорошо, человек получает конкретный опыт освобождения одновременно и от навязчивых состояний, и от фобий. Наряду с этим подчеркивается, что успех терапии зависит от способностей и потенциала самого человека.

Последняя стадия заключается в том, чтобы дать пациенту полное *объяснение* того, какая работа была проделана на всем протяжении его лечения.

Пытаясь синтезировать наилучший опыт лечения обсессивно-компульсивных расстройств, мы разработали много специфических ритуалов счета, предписываемых для различных *типов компульсивных симптомов*. Таким образом, в настоящее время в нашем распоряжении имеются наборы специфических предписаний, которые подтвердили свою эффективность при различных формах обсессивно-компульсивных расстройств.

Например, для случаев с навязчивым повторением *ритуальных мысленных формул* мы создали стратегемы, основанные на логике: **«Убейте змею ее собственным ядом!»**.

Приведем в качестве примера случай молодой женщины, которая оказалась жертвой ритуальных навязчивых мыслей. Несколько раз в день, до или во время совершения самых обычных ежедневных обязанностей, она чувствовала навязчивую потребность мысленно повторять формулы, состоящие из ряда слов или цифр. Это затормаживало все ее действия и вы-

зывало психологические муки. Более того, она стала считать себя очень рациональным человеком и не могла принять идею сделать что-либо абсурдное.

В подобных случаях мы используем предписание, которое, следуя различным типам необычной логики, превращает в особый ритуал сам ритуал, как было описано выше. Мы используем одержимость навязчивого симптома и затем трансформируем ее.

Пациентка получила следующее предписание:

«С этого момента и до нашей следующей встречи, каждый раз, когда Вы ловите себя на том, что повторяете одну из своих формул, Вы должны повторять ее в обратном порядке. Произносите все повторения, которые Вы обычно произносите, но делайте это с конца. Например, если Вы чувствуете, что повторяете слово «муж», оно превращается в «жум». Следовательно, Вы повторяете в уме «жум, жум, жум» столько раз, сколько необходимо. Если формула составлена из большего количества слов или цифр, упражнение будет более сложным. В любом случае, Ваш ум так хорошо натренирован, что Вы справитесь с этой задачей, правильно?».

На следующей сессии пациентка призналась, что все это было достаточно изнурительно, но очень эффективно, так как через несколько дней компульсивные навязчивые действия стали более редкими, а за день до сессии возникли всего два эпизода, которые были немедленно подавлены посредством выполнения предписанного задания. Так мы направили самую патологию на ее саморазрушение.

Другая стратегема, используемая с обсессивно-компульсивными пациентами, которые испытывают потребность многократно повторять религиозные молитвы или другие обряды в такой степени, что это буквально парализует выполнение всех обыденных обязанностей, заключается в создании на основе закрепившегося обряда другого, более сложного, детально разработанного и, соответственно, несомненно, «более эффективного».

Наши последние данные убеждают, что с пациентами, которые в целях предотвращения вызывающих страх ситуаций прибегают к рациональным предупреждающим ритуалам, разработанный нами ритуал счета не приносит ощутимого результата. Экспериментально-эмпирические данные приводят к выводу, что в подобных случаях необходимо воздействовать на убеждения, веру, лежащую в основе ритуального поведения больного. Примером могут служить пациенты, которые боятся какого-либо заражения и постоянно моют, чистят и стерилизуют себя, свой дом и разные принадлежности, дабы защититься от возможности инфицирования. Беда в том, что именно тогда, когда кругом все вычищено и стерилизовано, страх заразиться начинает парадоксальным образом возрастать, результа-

том чего становится новый всплеск навязчивой потребности убирать и чистить. То есть именно тогда, когда пациенту кажется, что все «под контролем», появляется больше страхов: так происходит потому, что на данной стадии пациент должен все время поддерживать в себе бдительность, готовность действовать, чтобы сохранять безупречную чистоту.

Для таких случаев предусмотрена техника дифференцирующих уточняющих вопросов, с помощью которой мы подталкиваем пациента к тому, чтобы он/она начали выяснять с самими собой, чего в действительности он/она боится в большей степени: абсолютной чистоты или грязи? Когда именно, в конечном счете, возникает проблема – когда пациент грязный или когда совершенно чистый? Когда он чувствует навязчивую потребность исполнять свои ритуалы – когда он немного грязный или когда все безукоризненно чисто, и ему остается лишь это охранять, защищать, применять поминутно меры предосторожности? *Таким образом, в подобных случаях мы начинаем изменять рамки восприятия (рефрейминг) пациента и, соответственно, его реакции по отношению к провоцирующим страх ситуациям. Мы должны начать внушать идею, что «маленький беспорядок помогает установить порядок».*

Соответствующее предписание звучит следующим образом:

«Итак, с настоящего момента и до нашей следующей встречи мне бы хотелось, чтобы Вы провели эксперимент, следуя идее, что единственное, чего Вы действительно должны бояться, – это когда все абсолютно чисто и находится в состоянии полного порядка. Мне бы хотелось, чтобы Вы провели такой маленький эксперимент. С этого момента и до следующего раза, когда мы встретимся, Вы должны специально дотрагиваться пальцем до чего-нибудь грязного, чего-то, о чем Вы знаете, что это грязное, и затем оставлять палец грязным на 5 минут, ни минутой больше, ни минутой меньше. Когда 5 минут пройдут, Вы можете вымыть палец любым способом, как Вы хотите... но 5 минут – ни минуты больше, ни минуты меньше, держите палец грязным. Мне бы хотелось, чтобы Вы пробовали сделать это 5 раз в день. 5 раз по 5 минут в день. Испачкайте Ваш палец и оставьте его грязным на 5 минут. Затем, по истечении пяти минут Вы свободны вымыть его любым способом, которым пожелаете...»

Когда пациент боится заражения, или инфекции, или чего-то другого в том же роде, мы часто используем аналогию с тем, как будущие короли, наследники трона перед фактом угрозы возможных предательских действий со стороны изменников были «приучены» ко всем существующим ядам и оказывались невосприимчивыми по отношению к ним. С очень раннего возраста им давали маленькие дозы яда. Постепенно доза возрастала, пока не наступал тот день, когда будущий король становился полностью неуязвим по отношению к яду, и никакой яд не мог его убить, даже если какой-нибудь изменник подлил бы его в потир. Следуя этой мудрости и желая оставаться полностью неуязвимым, способным контролиро-

вать то, что внушает тебе страх, следует не избегать возможной опасности и не стараться всеми силами предупредить ее, а, наоборот, – брать *это* маленькими дозами, пока не наступит день, когда все то, что вселяло страх, перестанет представлять угрозу для человека, потому что не будет оказывать на него никакого эффекта.

В течение последних лет эмпирико-экспериментальных исследований мы наблюдали, что в большинстве случаев – даже при наиболее трудно излечимых навязчивых состояниях – простое «переопределение» ситуации и установление последовательности конкретных эмоционально корректирующих переживаний приводят к тому, что пациент порывает со своей ригидной, самовосстанавливающейся перцептивно-реактивной системой. Таким образом, эти годы эмпирико-экспериментальной работы, в течение которых перед нашими глазами прошли более двух тысяч пациентов со столь же сложными, сколь и стойкими обсессивно-компульсивными расстройствами, явились непрерывным *процессом решения (solution process)* профессиональной задачи – совместно с пациентами, которые помогли нам достичь совершенно ясного понимания картины подобного рода проблем. Представленная здесь *активная самокорректирующаяся модель* с ее простыми на вид техниками дала нам возможность получить удивительные и в некоторых аспектах даже неожиданно эффективные результаты. У нас было немало случаев, которые могли казаться своего рода магией, но на самом деле это просто усовершенствованная технология. Как и утверждал Кларк (*A. Clarke*), «...действительно отработанная технология по своему эффекту неотличима от волшебства».

ЛИТЕРАТУРА

- Watzlawick P. (Ed.). The invented reality, "Norton", New York.
Glaserfeld E. Von (1995). Radical Constructivism, "The Falmer Press", London.
Foerster H. von (1970). Thoughts and Notes on Cognition / in P.L. Garvin (ed.): Cognition: A Multiple view. "Plenum Press", New York.
Foerster H. von (1973). On Constructing a Reality / in P. Watzlawick (ed. 1984): The Invented Reality. "W.W.Norton & Co.", New York.
Foerster H. von (1987). Sistemi che osservano, Astrolabio, Roma.
Nardone G. (1991). Suggestione -> Ristrutturazione = Cambiamento. L'approccio strategico e costruttivista alla psicoterapia breve. "Giuffrè", Milano.
Nardone G. (1993). Paura, Panico, Fobie. "Ponte alle Grazie", Milano; (En. Tr. Brief Strategic Solution-Oriented Therapy of Phobic and Obsessive Disorders, Aronson, Northvale, New Jersey, 1996).
Nardone G. (1995a). "Brief strategic therapy of phobic disorders: A model of therapy and evaluation research"/ In J.H. Weakland, W.A.Ray (Eds), op.cit., cap. 4.
Nardone G. (1998). Psicosezioni. "Rizzoli", Milano.
Nardone G. (2000). Oltre i limiti della paura. "Rizzoli", Milano.
Nardone G., Salviny A. (1997). "Logica matematica e logiche non ordinarie come guida per il problem-solving strategico"/

- In P. Watzlawick, G. Nardone (a cura di), *Terapia breve strategica*. "Cortina", Milano, p.53-61.
- Nardone G., Watzlawick P. (1990). *L'Arte del Cambiamento: manuale di terapia strategica e ipnoterapia senza trance*, "Ponte alle Grazie", Milano (En. Tr. *The Art of Change. Strategic Therapy and Hypnotherapy Without Trance*. Jossey-Bass, San Francisco).
- Nardone G., Watzlawick P. (Eds), (2000). *Advanced Brief Therapy*. "Aronson", Northvale, New Jersey.
- Nardone G. (2003). *Non c'è notte che non veda il giorno* "Ponte alle Grazie", Milano.

*Перевод и предисловие к статье **Е.В.Первышевой****

* *Первышева Елена Витальевна – кандидат психологических наук, научный сотрудник Центра социологических исследований МГУ, прошла интенсивный курс обучения в ЦСТ (Ареццо).*