

# СИМПТОМ И КОНТАКТ

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

БИБЛИОТЕКА ПСИХОТЕРАПЕВТА



Институт Гештальт-Терапии и Консультирования  
(МИГТиК)



**Институт Гештальт-Терапии  
и Консультирования  
(МИГТиК)**

**БИБЛИОТЕКА ПСИХОТЕРАПЕВТА**

# **СИМПТОМ И КОНТАКТ**

## **КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ**

*2-е издание (электронное)*

Москва  
Институт общегуманитарных исследований  
2016

УДК 615.8  
ББК 53.57  
Н23

Н23 **Симптом и контакт. Клинические аспекты гештальт-терапии** [Электронный ресурс] / Редактор-составитель О. В. Немиринский. — 2-е изд. (эл.). — Электрон. текстовые дан. (1 файл pdf : 292 с.). — М. : Институт общегуманитарных исследований, 2016. — Систем. требования: Adobe Reader XI ; экран 10".

ISBN 978-5-94193-869-8

Данная книга является сборником статей сотрудников Московского института гештальт-терапии и консультирования, написанных с 1997 по 2015 год и посвященных клиническим аспектам гештальт-терапии. В статьях основателя и руководителя института О. В. Немиринского и его учеников, многие из которых уже давно являются известными в широком русскоязычном пространстве психотерапевтами и гештальт-тренерами, затрагиваются проблемы психотерапии неврозов, психосоматических расстройств, депрессий, тревожных состояний и другие важные для этой области вопросы, а также приводятся увлекательные анализы случаев. В сборнике отражаются достижения современной гештальт-терапии и, одновременно, выражается во многом оригинальный взгляд на теорию и практику психотерапевтической работы.

УДК 615.8  
ББК 53.57

**Деривативное электронное издание на основе печатного издания:** Симптом и контакт. Клинические аспекты гештальт-терапии / Редактор-составитель О. В. Немиринский. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015. — 294 стр. — ISBN 978-5-88230-255-8.

**В соответствии со ст. 1299 и 1301 ГК РФ при устранении ограничений, установленных техническими средствами защиты авторских прав, правообладатель вправе требовать от нарушителя возмещения убытков или выплаты компенсации.**

ISBN 978-5-94193-869-8

© МИГТиК, составление, 2015

© Институт общегуманитарных исследований, оформление, 2015

# СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	6
Часть I. Гештальт-терапия и клиническая практика: методологические ориентиры.....	12
Принципы применения гештальт-терапии в клинической практике.. <i>Олег Немиринский</i> (1998).....	12
Психотерапия как клиническая практика <i>Олег Немиринский</i> (2001).....	27
Отношение к симптому и критерии терапии <i>Сергей Серов</i> (2007).....	35
Часть 2. Психосоматический симптом и контакт.....	51
Гештальт-терапия психосоматических расстройств: от симптома к контакту <i>Олег Немиринский</i> (1997).....	51
Бронхиальная астма <i>Сергей Серов</i> (2006).....	61
Симптом, ведущий к просветлению. Механизмы образования психосо- матических симптомов <i>Сергей Серов</i> (2009).....	70
Возможности использования голоса в гештальт-терапии психосоматиче- ских расстройств <i>Олег Немиринский, Оксана Шевченко</i> (2013).....	84
Часть 3. Гештальт-терапия и психопатология.....	110
Концепция невроза в гештальт-терапии (лекция) <i>Олег Немиринский</i> (2004).....	110
Тревога в пространстве отношений <i>Елена Ласая</i> (2008).....	120
Панические атаки. Крушения и надежды <i>Сергей Серов</i> (2011).....	126
Психотерапия пограничной личности: поиск опор для гештальт- терапевта <i>Ольга Поддъякова</i> (2011).....	137
Искусство быть беременной <i>Елена Ласая</i> (2011).....	168
Жизнь после жизни. Гештальт-диагностика и гештальт-терапия пациентов со спинальной травмой <i>Ирина Булюбаиш, Марина</i> <i>Приходько</i> (2009).....	175
Механизмы прерывания контакта у созависимых пациентов <i>Юлия Смелянец</i> (2009).....	206
Гештальт-терапия в работе с депрессивным расстройством <i>Мария Денисенко</i> (2015).....	219
Часть 4. Анализ случая.....	246
«Не оставляйте меня одну» <i>Ирина Булюбаиш</i> (2001).....	246
В поисках синего <i>И. С. Захарян</i> (1997).....	262
Работа с ребенком, подвергшимся сексуальному насилию <i>Светлана Шашкова</i> (2012).....	278
Информация об авторах.....	286

# ПРЕДИСЛОВИЕ

Уважаемые читатели! Перед Вами сборник статей сотрудников Московского Института Гештальт-терапии и Консультирования, посвященных клиническим аспектам психотерапии. Эти статьи объединяет не только формальная принадлежность авторов к одному институту, но и тот круг идей, которые циркулируют в нашем институте с момента его основания. Дело в том, что благодаря стечению обстоятельств мне в разные годы посчастливилось быть учителем всех без исключения авторов этого сборника. Это, конечно, не означает, что все они развивают мои идеи (например, Ольга Поддъякова в своей статье мягко спорит со мной, Ирина Булюбаш, сама, в свою очередь, являвшаяся наряду со мной учителем некоторых из авторов, в значительной степени опирается на собственный огромный опыт клинициста, в статье Елены Ласой видно также влияние ее более поздних учителей — Джанни Франчесетти и Маргериты Спаньоло Лобб, и т.д), но определенную преемственность, создающую то, что в науке принято называть *школой*, читатель, я надеюсь, сможет проследить. Поэтому я позволю себе вкратце очертить некоторые особенности моего понимания гештальт-терапии, обозначив свои «координаты» в многообразном пространстве современной гештальт-терапии.

В своей первой фундаментальной работе — появившейся в 1942 году книге «Эго, голод и агрессия» — Фридрих Перлз писал:

«В своей ревизии психоанализа я намерен:

- а) заменить психологическую концепцию на организмическую;
- в) заменить психологию ассоциаций гештальт-психологией;
- с) применить дифференциальное мышление, основанное на «Творческом безразличии» Фридландера» (Перлз, 2000).

На мой взгляд, Ф.Перлз осуществил эти задачи, развивая теорию гештальт-терапии на основе таких базовых понятий («объяснительных принципов») как *противоположности*, *целостность* и *саморегуляция* (Немиринский, 2012).

Гештальт-терапия — это единственный терапевтический подход, сознательно построенный на принципах диалектической методологии. «Мышление противоположностями — квинтэссенция диалектики. Противоположности внутри одного и того же контекста стоят ближе друг к другу, чем к любому другому понятию» (Перлз, 2000). Задача состоит в том, чтобы найти тот контекст, внутри которого проявляется закон единства и борьбы противоположностей и другие законы диалектики.

Например, современная гештальт-терапия склонна рассматривать феномен смущения просто как небольшую интенсивность стыда, а стыд в свою очередь считать результатом суженной идентичности (когда я не признаю мои проявления как часть меня). Однако, если рассмотреть функциональную роль смущения в контексте диалога, то мы увидим, что оно является той самой «нулевой точкой» (точкой, с которой начинается дифференциация), моментом обнаружения Другого и трепетом в момент этого обнаружения. Стыд и гордость, эти два внешне противоположных явления, обнаруживают фундаментальную общность в том, что они являются двумя полярными способами прерывания диалогической возможности, двумя дифференцированными формами того, что в смущении существует как «предразличие», как обнаружение Другого и возможность Встречи.

Приведенный пример касается общей функциональной роли того или иного психического явления. Специфический контекст задается уникальной для данного человека ситуацией на границе контакта, или тем, что Перлз, используя физический термин, предложил вслед за гештальт-психологами и Куртом Левиным называть «полем». Причем для Ф.Перлза поле представляло собой «дифференцированное единство» (Перлз, 1996) и было неразрывно связано с вычленением противоположностей. Если же мы возьмем специально посвященную концепции поля работу такого авторитетного в современной гештальт-терапии автора как Малькольм Парлетт, то мы увидим, что он вычленяет пять основных принципов теории поля, ни одно из которых не связано с понятием противоположностей (см.: Булюбаш, 2004). Да и другие современные теоретики гештальт-подхода, ставящие в центр своих концепций понятие поля

(Гордон Уилер, Жан-Мари Робин), насторожено относятся к понятию противоположностей.

Что же произошло? Ведь гештальт-терапия в свое время началась с ревизии Ф.Перлзом психоанализа, и эта ревизия состояла в новом взгляде на проблему сопротивления. Ф.Перлз понимал сопротивление как одну из полярных тенденций, регулирующих поведение. Например, пищевое поведение регулируется парой аппетит — отвращение, где аппетит метит в окружающей среде то, что организму необходимо, а отвращение — то, чего у человека в избытке. То есть, отвращение является не чем-то внешним по отношению к аппетиту, а необходимой частью внутренней полярной структуры саморегуляции. Вроде бы частное открытие на самом деле означало важнейший переход от свойственного психоанализу контекста конфликта между индивидуальными потребностями и социальными нормами к контексту диалектической саморегуляции поведения. Это привело к изменению взгляда на человека, который стал рассматриваться не как набор черт, а как «баланс возможностей» (Перлз, 1998), как «композиция полярностей» (Польстер, Польстер, 1997). К примеру, если мы видим человека, почти всегда доброго и мягкого, то нам любопытно, бывает ли он агрессивным или же эта возможность практически не проявляется. Если мы видим человека жесткого, сурового, что это означает? Не подавлен ли у него «полюс» нежности? Если мы наблюдаем асексуальное поведение, то мы думаем, постарался ли этот человек лишиться себя страстей или он лишь контролирует себя в этой отдельной ситуации. А если этот человек сексуально заряжен, то нам может быть любопытно, не является ли это единственным доступным ему способом знакомства.

Однако, современная гештальт-терапия в лице большинства своих представителей стремится соотносить себя только с экзистенциально-феноменологической философией, но никак не с диалектической. Конечно, эти философские корни питали и питают гештальт-подход, и Ф.Перлз говорил, что гештальт-терапия является экзистенциальным подходом (Перлз, 1998), но, если сравнить феноменологический подход Перлза и учение основателя феноменологии Гуссерля, то не исключено, что мы здесь не обнаружим полного единства. Не в этом ли месте находится узловая точка расхождения? Первоначальный проект Ф.Перлза был проектом диалектическим и одновременно опирающимся на достижения экзистенциально-фе-



номенологической философии. И хотя феноменологический метод является одним из конституирующих признаков гештальт-терапии, все же феноменологический метод в терапии и метод феноменологической философии, на мой взгляд, не вполне одно и то же. Является ли предметом нашей работы только лишь субъективность? Для Ф.Перлза «поле» было «единством объективного и субъективного» (Перлз, 1996). И нам хорошо бы выработать методологически более объемное зрение, рассматривая клиента *не только как субъективность*, но и как «объективную форму жизни», пытаясь осуществить *синтез диалектического и феноменологического видения* в конкретной теории и практике психотерапии. Для этого необходимо рассматривать человека также и в контексте *диалогических отношений* (Мартин Бубер (1999) настаивал, что он имеет в виду «онтический» план отношений и что внутренний мир человека лишен возможности диалогической встречи) и в контексте *противоречий его жизнедеятельности*, противоречий, в ходе проживания которых порождаются новые смыслы, ценности и жизненные устремления человека (Немиринский, 2012). Кроме того, саморегуляция устроена диалектическим, то есть целно-противоречивым образом.

Когда мы работаем с патологией, то есть с нарушением саморегуляции, нам никак не обойтись без обращения к идее движущих противоречий и без парадоксального мышления. На мой взгляд, клиническое мышление это в значительной степени дисциплинированная парадоксальность, и иначе эти «неразумные» формы жизнедеятельности не понять. Поэтому одна из насущных задач гештальт-терапии — это развитие и конкретизация идей Ф.Перлза о противоречивой и парадоксальной природе симптома как способа саморегуляции (Перлз, Гудман, 2001). И этой задаче во многом посвящено большинство представленных здесь работ.

Книга имеет четыре раздела. В первом разделе представлены общие принципы понимания патологии в гештальт-подходе. Второй раздел посвящен работе с психосоматическими расстройствами. Он, так же, как и первый раздел, построен по хронологическому принципу, чтобы был виден сам процесс развития идей. (В него не вошла моя статья 2013 года, являющаяся одной из глав международной коллективной монографии «Gestalt Therapy in Clinical Practice», так как эта книга сейчас переводится и готовится к изданию на русском языке.) Не могу удержаться от того, чтобы сказать,

что я счастлив развивать концепцию психосоматической терапии в содружестве с Сергеем Серовым и Оксаной Шевченко, с которыми мы и обсуждаем наши идеи, и реализуем их на совместных учебных и терапевтических мероприятиях.

Третий раздел касается применения гештальт-подхода к различным областям психопатологии. Исключение составляет увлекательная статья Елены Ласой о беременности. Конечно же, беременность — не патология, а высшая форма проявления здоровой жизни. Но эта статья здесь на своем месте, потому что беременность раскрывается в ней не только как блаженное состояние (мне нравится Ленино изречение о том, что «в каждом интроекте *есть* доля правды»), но и как кризис жизненного перехода со своими противоречиями, нуждающимися не в немедленном преодолении, а в полноценном проживании.

Отдельно хочу отметить статью Ирины Булюбаш и Марины Приходько. Сам материал, с которым они работают (реабилитация пациентов со спинальной травмой), подталкивает их к выходу за рамки привычных для теории гештальт-терапии построений и к обращению к теории деятельности А.Н.Леонтьева, теории мотивации Ж.Нюттена и возникшей в школе Леонтьева концепции жизненного пути личности А.Кроника и Е.Головахи. Их статья — пример сочетания опоры на привычные для гештальт-теории понятия и обращения к тем теоретическим конструкциям, которые помогают осмыслить противоречия в жизнедеятельности пациентов в более широкой перспективе жизненного пути и помочь им в построении жизненно важных ориентиров. Не знаю, насколько изначально хотели этого авторы, но их работа помогает обозначить перспективные, неразработанные области нашей теории, связанные с интеграцией гештальт-терапии и теории деятельности.

Последний раздел — анализы случаев. Здесь мы несколько скомпенсировали нехватку статей по работе с патологией у детей, так как две из трех статей посвящены именно этой тематике.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бубер М. Два образа веры. М. АСТ, 1999.
2. Булюбаш И.Д. Руководство по гештальт-терапии. М., Ин-т психотерапии, 2004.

3. Немиринский О.В. Размышления о теории гештальт-терапии. — Журнал практического психолога, 2012, № 5, с.49-76.
4. Перлз Ф. Гештальт-подход и свидетель терапии. М., Либрис, 1996.
5. Перлз Ф. Гештальт-семинары. М., Ин-т Общегуманитарных Исследований, 1998.
6. Перлз Ф. Эго, голод и агрессия. М., Смысл, 2000.
7. Перлз Ф., Гудман П. Теория гештальт-терапии. М., Ин-т общегуманитарных исследований, 2001.
8. Польстер Э., Польстер М. Интегрированная гештальт-терапия. М., Класс, 1997.

# ЧАСТЬ I. ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ

## Принципы применения гештальт-терапии в клинической практике<sup>1</sup>

*Олег Немиринский*

Если мы сравним описания нарушений человеческого поведения в традиционной психопатологии и в гештальт-терапии, то увидим, что как предмет, так и язык этих описаний различаются. Психопатологическое описание более или менее статическое, это чаще всего описание составляющих симптома, сочетание симптомов в том или ином синдроме и принадлежности последнего к определенной нозологической единице. Психотерапевтическое описание — динамическое и непосредственно связано со взаимодействием терапевт — пациент (клиент). Впрочем, психотерапевтические описания также неоднородны. В симптоматически-ориентированных (преимущественно бихевиоральных) подходах терапевт, опираясь на более или менее очерченные, статичные представления о характере пациента и о норме и патологии, «воздействует» на личность, стремясь добиться заданных изменений. В рамках такого мировоззрения возможно объектное рассмотрение пациента. В личностных (преимущественно экзистенциальных, а также, современных психотерапевтических) подходах, опирающихся на принципы проживания, диалогичности и актуальности (Немиринский, 1999), пациент и его «черты» рассматриваются не сами по себе, а всегда в контексте его взаимодействия с миром, частью которого является и

---

<sup>1</sup> Статья впервые напечатана в сборнике «Гештальт-98».

актуально взаимодействующий с этим пациентом терапевт. В особенности это касается гештальт-терапии с её опорой на теорию контакта. В вышедшей в 1951 году книге «Гештальт-терапия» Ф. Перлз и П. Гудман пишут: «Переживание происходит на границе между организмом и его окружением... Мы говорим об организме, контактирующем с окружающим миром, но именно сам контакт есть простейшая и первичная реальность...» (Perls, Hefferline, Goodman, 1951, p.227) . Таким образом, контекст гештальт-терапевтического описания того или иного симптома — это контекст не столько патологии психики, сколько патологии контакта.

Отсюда вытекает и различный язык описания. Для гештальт-терапевта уместнее говорить, например, о невротических аспектах опыта, а не о невротической личности, о зависимых и контрзависимых тенденциях, а не о пограничном или нарцисстическом типе личности.

Базовая идея Ф. Перлза и П. Гудмана состояла в том, что психопатология должна быть изучением прерываний и других нарушений процесса творческого приспособления к среде (там же, p.230-231). Всякий симптом — это то, что некогда было творческим приспособлением, а затем превратилось в консервативное приспособление. Тогда, анализируя симптом, мы должны рассматривать его в контексте контакта, а это предполагает рассмотрение конкретных потребностей, конкретных характеристик среды и конкретных смыслов симптоматического поведения. Причем всё это в двух измерениях. В детерминистическом измерении мы касаемся прошлого опыта и гипотетической ситуации возникновения симптома. В экзистенциальном измерении мы анализируем настоящее время, в котором актуализируется и поддерживается симптом. В первом случае мы выясняем, какие потребности и переживания «застыли» в этом симптоме. Во втором случае мы можем понять, от каких актуальных возможностей, от какого нового опыта спасает, удерживает, уводит человека наличие данного симптома. (Кстати говоря, акцентирование детерминистического аспекта в ущерб экзистенциальному является первейшим отличием психоаналитического подхода от гештальт-терапевтического (Немиринский, 1997 б)).

Возвращаясь к специфике понимания патологии в экзистенциальных подходах (среди которых гештальт-терапия является наиболее теоретически развитой и практически распространенной), можно в

упрощенном виде сформулировать это так. Большинство врачей, не подверженных влияниям идей эволюции и системности, вкуче с симптоматически-ориентированными психотерапевтами отличаются от экзистенциальных терапевтов тем, что для одних симптом — нечто вроде инфекции, которую надо вылечить (читай: выгнать или подавить), а для других симптом — это способ саморегуляции. Способ саморегуляции невозможно в узком смысле слова «вылечить»; можно лишь помочь пациенту найти другой способ саморегуляции, позволяющий полнее удовлетворять его потребности и интересы.

Любое психологическое явление в контексте саморегуляции можно рассматривать на нескольких уровнях. Я предлагаю три уровня рассмотрения:

1. **организмический** — уровень организмической саморегуляции,
2. **индивидуально-психологический** — уровень переживания, уровень личностных смыслов того или иного явления, соотношение психических явлений с процессом актуализации и удовлетворения потребностей и пр. и
3. **социально-психологический** уровень<sup>2</sup>, на котором мы рассматриваем явления с точки зрения поддержания функционирования целостного **поля**, с точки зрения смыслов этого явления для структурирования межличностного пространства и социальных систем.

Возьмем для примера такое важное для психопатологической теории явление как **тревога**.

**На организмическом уровне** тревога являет собой прерванное или приостановленное возбуждение. Если возбуждение свободно полагается в поведенческую активность, если нет «телесного блокирования» движений или дыхания, то психическом уровне мы имеем феномен **волнения**, отражающий волны возбуждения, волны дыхания, кровообращения, всей системы метаболических процессов; волнение — это активное бодрствование, заинтересованность и включённость во взаимодействие с миром (см. Немиринский, 1994). Если возбуждение приостанавливается, — возникает тревога. Соматическим механизмом трансформации возбуждения в тревогу является **сужение**. Наиболее явный из процессов сужения — это сжатие грудной клетки и угнетение дыхания. (Приверженцы телесной терапии также любят говорить о тревоге, как о «придушен-

2 Сегодня я назвал бы это «отношенческим» уровнем (О.Н.).

ном» возбуждении.) Другие, менее очевидные процессы, которые, тем не менее, также исследовались в телесно-ориентированной психотерапии (Lowen, 1975), — сужение сосудов, сжатие мышц и т. п. Эти соматические механизмы весьма сходны для явлений тревоги и тоски. Несмотря на то, что в психиатрии тревога и тоска рассматриваются как два различных типа аффекта, на уровне органических механизмов между ними больше количественно, нежели качественной разницы (Робин, устное сообщение). Возможно, качественная разница является вторичной, в том смысле, что, если тревога несёт в себе следы **недо**-задушенного возбуждения, то тоска отражает уже **утрату** этого возбуждения. (Часто последнее связано с утратой объекта возбуждения, и тогда становится понятной соматическая связь между тоской как состоянием, «аффектом» и тоской о ком-то.) Если дальше продолжить этот вектор подавления, то за тоской мы сможем обнаружить апатию, то есть состояние, при котором утрата возбуждения уже не является фигурой, не переживается.

Из сказанного вытекают вполне практические следствия для психотерапии.

Прежде всего, понимание тревоги как прерванного возбуждения предполагает, что именно те пласты опыта, которые вызывают тревогу, должны быть в фокусе терапевтического взаимодействия. Если пациент в терапевтической ситуации совсем не испытывает тревоги, то либо у него низкий исходный уровень возбуждения, то есть проводимая в данный момент работа не касается его актуальной потребности, либо возбуждение не прерывается, что означает отсутствие у него трудностей в реализации данной потребности. В обоих случаях терапевтическая ситуация оказывается «стерильной», то есть не грозящей существенными изменениями. Довольно часто, однако, мы имеем третий вариант: тревога присутствует, но она как будто «не видна», «замаскирована» какими-то привычными, стереотипными, «стабилизированными» формами поведения, с помощью которых пациенту удается избегать сознания тревоги. Тогда мы имеем, если пользоваться терминами раннего Ф. Перлза и его концепции ментального метаболизма (Perls, 1992; см. также: Хломов, 1996), феномен сопротивления сопротивлению (в данном случае феномен угнетения тревоги), который в отличие от ситуации сознаваемой и переживаемой тревоги является потенциально патогенным. Поэтому одна из основных задач терапевта — это

идентификация и мобилизация тревоги. (При этом, естественно, терапевт учитывает необходимость баланса поддержки и фрустрации. Впрочем, выяснение оптимального уровня актуальной тревоги происходит, опять же, не столько в голове терапевта, сколько в гештальт-терапевтическом эксперименте.) В той мере, в какой пациент сознает и переживает свою тревогу, решается и другая задача — восстановление способности к обратной трансформации тревоги в возбуждение и волнение. Здесь, однако хочется предостеречь от одной ловушки. Многие терапевты, желающие побыстрее получить «эффект» от работы, провоцируют эту трансформацию, стимулируя расширение и углубление дыхания. Подобные действия часто оказываются для пациента искусственным избеганием тревоги. Они могут быть частью терапевтического эксперимента, но в целом гештальт-терапия сосредоточена не на манипуляциях со своим телом и эмоциями, а на способностях человека поддерживать контакт с миром и выходить из контакта, на том, что происходит на границе контакта, то есть контекст, «среда», предметное содержание действий не может вынесено за скобки.

На индивидуально-психологическом уровне возникновение и поддержание тревоги имеет определенный смысл для данного человека в настоящий момент времени. Всякая эмоция является ориентиром в отношениях между потребностями и актуальной ситуацией. Образно говоря, каждая эмоция несет в себе послание организма сознанию. В случае тревоги это послание звучит примерно так: «Не торопись! Будь осмотрителен!» Таким образом осуществляется регулятивная роль тревоги. Тревога сигнализирует человеку о том, что мир устроен неоднородно, и вслед за осуществлением какого-либо желания можно нечто потерять или встретиться с какой-либо опасностью. Она сдерживает вожденное отношение к объекту потребности и предлагает быть собранным и неторопливым, замечаящим угрозу целостности личности. В связи с этим, когда мы видим у пациента в ходе терапии убыстренный темп речи, состояние легкой ажитации, то правомернее говорить не собственно о тревоге, а как раз об избегании сознаваемого переживания тревоги. Тревога переживается неторопливо и, как правило, это переживание приносит хотя бы частичное освобождение. Образно говоря, если мы видим красный свет светофора, то мы понимаем, что таким образом регулируется движение, и не фантазируем о том, что



лучше бы этот светофор сломался и всегда показывал «зеленый». С другой стороны, иногда можно говорить не только об избегании, но и о чрезмерном поддержании тревоги. В этих случаях как раз способность испытывать вождение является «заблокированной», и тревога выступает как охранник запертой страстности человека.

Говоря о тревоге как об избегании, необходимо отметить, что тревога практически всегда присутствует там, где проявляется тот или иной механизм прерывания контакта. Более того, диагностируя этот механизм, мы можем видеть, с чем связана тревога у данного человека. Например, замечая проявления конфлуэнции, мы можем предположить, что всякое выделение фигуры, всякое отделение себя от среды (в контексте данной потребности) вызывает тревогу. Если мы видим интроекцию, то скорее всего избегается переживание желания, и человек функционирует на низком уровне возбуждения за счет подмены своего желания «интроектом». В случае с проекцией, как правило, тревогу вызывает переживание какой-либо эмоции, и тогда совершается проективное приписывание этой эмоции среде. При ретрофлексии тревогу вызывает движение, действие по отношению к объекту потребности, а при эготизме — ослабление произвольности и возможность «размягчения» своих границ. Диагностируя механизм прерывания контакта, гештальт-терапевт определяет локализацию тревоги в определенной точке цикла опыта.

Если на индивидуально-психологическом уровне мы рассматривали поддержание одних переживаний и избегание других и локализацию тревоги в пространстве контакта человека с миром (в контексте его актуальных потребностей), то **на социально-психологическом уровне** мы анализируем пространство межличностного взаимодействия, в котором тревога (и другие психические процессы и явления) является предметом обмена между людьми. Если на первом уровне мы акцентировались на логике целостного функционирования организма, на втором уровне — на внутренней логике процесса переживания и цикла контакта (который является циклом появления, удовлетворения и дезактуализации потребности некоторого отдельного человека), то на этом, третьем уровне — на логике взаимо-действия. Здесь «окружающий мир» перестает быть «средой», а становится **другим субъектом**.

Лучше всего эта идея может быть проиллюстрирована, если мы вспомним полемику Исидора Фрома с Фрицем Перлзом по вопросу

трактовки сновидений. Ф. Перлз, как известно, утверждал, что сновидение — это мир проекций, и каждый элемент сновидения является отчужденной и спроецированной во внешний мир частью «я». Используя методический принцип идентификации с проективным образом и технику пустого стула, Ф.Перлз работал над ассимиляцией проекций и, посредством этого, над внутренней интеграцией клиента. И. Фром же утверждал, что во многих случаях, в особенности когда сон приснился клиенту сразу после или накануне посещения терапевта, сновидение можно рассматривать как ретрофлексию. То есть клиент показывает себе в сновидении то, что не может осознать и выразить по отношению к терапевту; рассказ о сновидении является компромиссной формой не «экзистенциального послания самому себе», а послания другому человеку, в данном случае терапевту (Робин, 1998).

Я думаю, что эти две трактовки не являются взаимоисключающими, и даже наоборот. Речь может идти о двух в равной степени приемлемых планах анализа. Практически в каждом конкретном случае мы можем придавать больше значения одной или другой идее, но на самом деле здесь мы сталкиваемся с двумя уровнями рассмотрения. Различие между ними состоит в том, что в первом случае каждое действие и взаимодействие человека мы рассматриваем в контексте его экзистенциальных отношений со своей собственной жизнью, в контексте его внутренней интеграции, а во втором случае каждое действие человека, в том числе и совершенное по отношению к самому себе, может быть рассмотрено одновременно как способ манипуляции миром и как ответ на манипуляцию со стороны мира. Проще говоря, если речь идет о взаимодействии двух людей, то вопрос формулируется так: что один человек делает с другим? и что делает этот другой с первым?

Возвращаясь к анализу феномена тревоги в наиболее интересной для нас межличностной ситуации, а именно в ситуации терапевтической, мы можем задаться следующими вопросами: к чему побуждает клиент терапевта, испытывая и выражая тревогу? Совпадает ли это с его актуальными потребностями? (соотнесение со вторым уровнем). Как терапевт реагирует на тревогу клиента и к чему терапевт побуждает клиента своими реакциями? Поддерживает ли терапевт тревогу клиента? Реагирует стереотипно жестко,

чтобы избежать собственной тревоги или жалости? (соотнесение со вторым уровнем анализа поведения терапевта).

Ответы на эти вопросы являются весьма полезными не только для понимания клиента/пациента, но и для супервидения, которое в гештальт-подходе основывается на теории поля и на признании того, что сам терапевт является частью этого поля. Поэтому пациент не может рассматриваться вне субъектности терапевта, который осознанно или неосознанно позволяет или не позволяет, чтобы те или иные черты пациента проявлялись или изменялись.

### Общее представление о симптоме и путях работы с ним

Первое основание понимания симптома, унаследованное гештальт-терапией от Фрейда, — это концепция **двойной природы симптома**.

Симптом — это противоречие, парадокс, ибо он является выражением витальности и, одновременно «защитой» против витальности, отражением какой-либо «проблемы» и, одновременно, способом решить эту проблему.

Симптом является «атакой» на свободное проявление возбуждения и, одновременно, косвенным, «компромиссным» способом поддержать активность, связанную с удовлетворением некоторой потребности. Причем той самой потребности, возбуждение от существования которой «подавляется». Симптом также является способом борьбы с тревогой и, одновременно, способом хронического поддержания тревоги.

Возьмем простой и близкий многим пример — курение. Субъективно курение снимает тревогу. (Большинство курильщиков в состоянии тревоги ожидают облегчения от курения и испытывают это облегчение.) Однако, если смотреть на этот процесс с физиологической стороны, то мы рискуем увидеть, что раздражение слизистой горла и дыхательных путей и угнетение дыхания являются способом скорее повышения, чем снижения тревоги. Курение как психофизиологическое и как ритуальное действие «спасает» (отчасти реально, но больше иллюзорно) от скачков возбуждения, но делает это с помощью угнетения возбуждения, поддерживая хронический уровень тревоги. Так же практически любой симптом спасает от острой тревоги, но взамен делает её хронической. Симптом соткан из противоречий. Те же симптомы зависимости крепко свя-

заны с зависимостью от других людей. Когда человек удерживает себя от какой-то вовлеченности и закуривает сигарету, он хочет не позволить окружающему миру отравлять себя. И каким способом он решает эту задачу? — Способом, более автономным, чем пассивное подставление себя под «отравляющие» воздействия внешнего мира. Он отравляет себя сам. При этом ухитряется извлекать из этого какое-то удовольствие. И если он не психотерапевт, экспериментирующий со своими зависимостями, он не знает, что это удовольствие — мастурбационного характера, связанное с манипуляцией собственным возбуждением. Ему сладко, и он «свободен».

Понимание противоречивости симптома облегчает понимание двух других конструкций, которые являются центральными в гештальт-терапевтических представлениях о патологии. Я имею в виду понятие сопротивления сопротивлению и понятие хронического напряжения низкой интенсивности.

Понятие **сопротивления сопротивлению** возникло у Ф. Перлза в его первой книге «Эго, голод и агрессия», написанной в 1947 году (см.. Perls, 1992). Рассматривая пищевое поведение, Ф. Перлз пишет, что аппетит и отвращение к еде являются двумя сторонами единого регулятивного процесса. Отвращение выполняет важнейшую функцию отвержения того, что не нужно организму. Феномен утраты аппетита связан с подавлением отвращения. Это подавление возможно лишь как снижение чувствительности, восприимчивости, что автоматически влечет за собой снижение аппетита. Интересно, что в случае непсихотических форм нервной анорексии физиологические компоненты голода сохраняются, и пациенты находят выход в поведении в духе псевдо-аппетита и псевдо-отвращения (съедают большое количество «чего попало», а затем искусственно вызывают у себя рвоту). Можно также вспомнить, какую важную роль в развитии фобической симптоматики играет страх страха, и другие случаи подавления переживания отвержения (в широком смысле, включающем в себя отвержение не только «среды», но и открыто переживаемое отвержение собственной активности).

На основе догадки о том, что феномен сопротивления сопротивлению (подавления отвращения) лежит в основе патологического процесса, Ф. Перлз позже развил один из важнейших тактических принципов гештальт-терапии. Хотя сопротивление можно рассматривать как репрессию потребности и подавление связанного с

актуализацией этой потребности возбуждения, борьба терапевта с сопротивлением не принесет ничего, кроме увеличения интенсивности репрессии. Нет смысла подавлять подавление, нет смысла сопротивляться сопротивлению. За сопротивлением чему-то всегда стоит другая потребность. Надо дать этому сопротивлению выразить себя, исчерпать себя, и тогда оно уступит место противоположной тенденции (Perls, 1969).

Еще одна поразительная догадка Ф. Перлза — то, что механизмом фиксации симптома является **хроническое напряжение низкой интенсивности** (Perls, Hefferline, Goodman, 1951). Эта идея яснее всего видна на материале образования психосоматических нарушений. Для того, чтобы не сознавать какого-либо переживания, необходимо не сознавать тех телесных ощущений, которые сигнализируют о наличии этого переживания. Для этого, в свою очередь, необходимо ущемить активность организма (мышечную, дыхательную или др.) в том месте, где локализованы соответствующие ощущения. Важно, что, если сознаваемое таким образом напряжение будет иметь высокую интенсивность, то это приведет к формированию боли, то есть «острого» сигнала. Для хронификации напряжения необходима низкая его интенсивность. Существование хронического напряжения в определенной части тела нарушает обменные процессы и создает телесную готовность для образования симптоматики (Немиринский, 1997а).

Существование хронического напряжения низкой интенсивности может быть идентифицировано не только на соматическом, но и на собственно психологическом, поведенческом уровне. Развиваемая Ф. Перлзом в эсаленский период его творчества концепция динамического понимания личности как композиции полярностей (Perls, 1969) предполагала, как я уже говорил, новый взгляд на проблему сопротивления. Гештальт-терапия, преодолевая односторонний взгляд на сопротивление, предлагает за каждым сопротивлением какой-либо потребности видеть наличие другой, противоположной потребности. По отношению к этой второй потребности уже первая может, в свою очередь, быть расценена как «сопротивление». Говоря о модели здоровой личности, можно утверждать то, что здоровый человек бывает жестким и бывает мягким, он может быть быстрым и медленным, интеллектуализирующим и эмоционально чувствительным, соблазняющим и цело-

мудренным. Он **способен** быть и таким, и эдаким, в зависимости от ситуации и его выборов. Невротизацию Ф. Перлз видел как искривление, когда человек может проявлять только одну из двух полярных поведенческих тенденций, в то время как другая является «заблокированной». Однако, когда речь идет не о невротических тенденциях вообще, а о симптоматическом поведении, то человек не может в полной мере выразить себя ни в одной из полярных тенденций. Основанием для возникновения симптома является не ситуация обеднения возможностей, а ситуация невозможности. Две противоположности блокируют друг друга, и человек оказывается парализованным и вынужденным искать суррогатную форму удовлетворения взаимоблокированных потребностей. При этом симптом, частично удовлетворяя обе потребности, в то же время подавляет обе эти потребности. Это напряжение противоположных сил «застывает» в симптоме, существует в форме хронического напряжения низкой интенсивности.

В современной гештальт-терапии проводятся также исследования связи различных симптомов с фазами цикла опыта и механизмами прерывания контакта. Так, Дж. Мелник и С. Невис (Melnick, Nevis 1996) не только рассматривают общую динамику процесса в связи с нарушениями того или иного цикла опыта, но и увязывают конкретные диагностические категории психопатологии с преимущественным нарушением прохождения конкретных фаз круговой модели цикла опыта ( см. Zinker, 1972). В частности, пограничное личностное расстройство связывается с фазой восприятия-сознания, фобия — с фазой мобилизации энергии, истерия — с фазой контакта, а синдром посттравматического стресса — с фазой демобилизации.

В отечественной литературе по гештальт-терапии описана концепция психосоматического симптома как превращенной формы контакта (Немиринский, 1997а). Психосоматический симптом трактуется в ней как сплав ретрофлексии и соматической проекции — проекции отчужденных переживаний на определенную часть тела. Из логики этой концепции вытекает не только основное стратегическое направление работы с психосоматическими нарушениями — вывод симптома на границу контакта, но и тактическое чередование действий, направленных поочередно то на обращение ретрофлексии, то на ассимиляцию проекций.

На социально-психологическом уровне рассмотрению подвергается функционирование симптома в системах межличностных взаимодействиях и отношениях с макросистемами. В межличностном плане мы видим регулятивную роль симптома в отношениях пациента с ближайшими людьми и терапевтом. Гештальт-терапия вслед за психоанализом уделяет значительное внимание тем феноменам, которые являются общими для контекста «там-и-тогда» (жизненные отношения) и контекста «здесь-и-теперь» (отношения терапевт-пациент). Важной дополнительной информацией является понимание социальных и правовых последствий той или иной болезни и социокультурное значение симптома.

Теперь мне бы хотелось предложить читателям несколько возможных спекуляций по поводу конкретного симптома. Хотя интимная связь симптоматики с какими-либо переживаниями является уникальной для каждого отдельного пациента, мне кажется, что существуют более или менее общие психосоматические механизмы образования и поддержания того или иного симптома. Оговорюсь, что нижеследующие рассуждения преследуют в первую очередь иллюстративную задачу, то есть являются примером возможного уровня анализа и лечения симптома. В качестве этого примера выбрано такое кожное расстройство как **нейродермит**.

Первый вопрос, который возникает при анализе симптома на органическом уровне, — это вопрос о психологическом значении нарушенного органа в целостном функционировании человека. Кожа является границей физического контакта человека с миром. Исходя из идеи о том, что «симптоматическая» ситуация — это ситуация, когда фигура потребности и фигура избегания в каком-либо аспекте совпадают, можно предположить, что в случае нейродермита существует интенсивная потребность в физическом контакте и избегание физического контакта. (Исторически это может быть связано с опытом систематического злоупотребления телом пациента со стороны кого-либо из близких в детстве, на что указывают психоаналитики (см. Вертманн, 1997)). Функция границы в значительной степени заключается в фильтровании влияний внешней среды (чувствительность) и выделений организмом веществ, чувств и намерений во внешнюю среду. В ситуации постоянной фрустрации интенсивной потребности в физическом контакте «фильтр» оказывается «заряженным» и, вместо того, чтобы осуществлять функцию

транспортировки в обоих направлениях, он конденсирует на себе оба потока. Он оказывается сверхчувствительным как к воздействиям извне, так и к побуждениям изнутри. Опуская здесь вопрос о конкретных соматических механизмах, можно предполагать, что таким образом кожа перестает быть пластичной границей контакта организма с миром, и возникают те нарушения метаболизма, которые и приводят к нейродермиту.

Говоря об анализе данного симптома на индивидуально-психологическом уровне, я хотел бы затронуть три аспекта:

1. поддержка и отвержение конкретных переживаний,
2. понимание психосоматического симптома как сплава ретрофлексии и проекции,
3. увязывание актуализации симптоматики с фазами цикла опыта.

По моим наблюдениям, у страдающих нейродермитом затруднено как свободное выражение раздражения и вообще отталкивания (любопытна соматическая связь этого с «раздраженной» кожей), так и выражение нежности и симпатии. Тенденции к отвержению и к сближению могут оказываться одновременными (косвенно подтверждая гипотезу физического злоупотребления либо насилия в детстве), блокируя друг друга. В связи с этим терапевту важно работать с возможностями пациента как к отвержению, так и к сближению таким образом, чтобы эти процессы были не одновременны и не подавляли друг друга. Особенно полезным представляется актуализация и того, и другого в рамках одной сессии и **пластичная** смена этих состояний.

В плане концепции образования психосоматического симптома (Немиринский, 1997а) необходимо обратить внимание на ретрофлексию прикосновений и отчуждение пациентов от своих рук. Часто уже в начальной стадии терапии пациенты признаются в отвращении к своим рукам. (Вряд ли стоит приписывать этому отвращению исключительно вторичный характер (связанный с уже существующей болезнью), так как выражение чувства отвращения скорее всего «заблокировано» изначально.) Различные техники, позволяющие пациенту пережить идентификацию со своими руками, являются в этой ситуации способом вывода отчужденных переживаний на границу контакта.

Если говорить об увязывании актуализации симптоматики с фазами цикла опыта, то вряд ли можно связать нейродермит с ка-



кой-либо одной фазой. Наибольшее внимание может быть привлечено ко второй (контактирование) и третьей (финальный контакт) фазам. При контактировании происходит переживание желаний и ощупывание мира, а при финальном контакте — действенное осуществление потребности. В связи с этим одним из нюансов терапевтической работы с данными пациентами может оказаться то, что мы встретимся с «микрообострением» симптоматики на второй фазе и с её «микроулучшением» на третьей. Дело в том, что в ходе контактирования может произойти обострение чувствительности без (до) полноценного самовыражения, которое относится уже к третьей фазе. Но не исключено, что, если мы будем форсировать финальный контакт, то приятное эмоциональное состояние может смениться обострением через несколько дней после сессии. В связи с этим уместно поддерживать регулярность встреч, а со временем последовательность смены одной фазы другой может уместиться в рамки одной сессии (что будет косвенным прогностическим признаком улучшения).

На социально-психологическом уровне интересно проследить взаимосвязь телесной и межличностной проекций. Наиболее любопытной здесь представляется проекция отворачивания («другие люди испытывают ко мне отворачивание»), которая может оказаться и механизмом образования симптома. Задача ассимиляции проекции связана с восстановлением способности самому испытывать отворачивание к другим. Восстановление отворачивания ведет к восстановлению аппетита (побуждения к движениям, к прикосновениям к другому человеку). На межличностном уровне интересно также проследить, как уже сформированный симптом регулирует отношения пациента с близкими людьми и с психотерапевтом.

Феномены, существующие в межличностном пространстве, могут в том или ином виде проявляться и на социальном уровне. В частности то, что в нашей культуре нейродермит, в отличие, например, от сердечной недостаточности, не является «благородной» болезнью и эмоционально переживается как «паршивость» кожи, поддерживает описанный механизм проекции отворачивания.

В заключение хочу сказать, что первоначально я планировал описать и гештальт-теорию невроза, но размер данной статьи оказался больше ожидаемого, и мне придется вернуться к этой теме в последующих публикациях.

## Литература:

1. Вертманн А. Регрессивный кризис в случае нейродермита и нарушений работоспособности. — Московский психотерапевтический журнал, 1997, №1, с. 62 — 75.
2. Мелник Дж., Невис С. Диагноз: борьба за осмысленную парадигму. — В сб.: Координаты «Я»: здесь и теперь., СПб, Санкт-Петербургский Институт Гештальта, 1996, с. 62 — 81.
3. Немиринский О.В. Фасилитация контакта в гештальт-терапии. — Московский психотерапевтический журнал, 1994, №3, с. 93 — 106.
4. Немиринский О.В. Гештальт-терапия психосоматических расстройств. — Московский психотерапевтический журнал, 1997а, №1, с. 84 — 91.
5. Немиринский О.В. «Хочу, чтобы ты стукнул меня по спине» или микродинамика переноса. — В сб.: Гештальт — 96. М., Московский Гештальт Институт, 1997б, с. 52 — 62.
6. Немиринский О.В. Личностный рост в терапевтической группе. М., план изд-ва «Смысл», 1999.
7. Робин Ж.-М. Гештальт-терапия. М., «Мир гештальта», 1998.
8. Хломов Д. Н. О теории ментального метаболизма. — В сб.: Гештальт — 95. М., Московский Гештальт Институт, 1996, с. 30 — 37.
9. Lowen A. Bioenergetics. N.Y.: Penguin Books, 1975.
10. Perls F., Hefferline F., Goodman P. Gestalt Therapy. N.Y.: Delta Book, 1951.
11. Perls F. Gestalt Therapy Verbatim. Moab, Uta: Real People Press, 1969.
12. Perls F. Ego, Hunger and Aggression. N.Y.: The Gestalt Journal Press, 1992.
13. Zinker J. Creative Process in Gestalt Therapy. N.Y.: Vintage Books, 1977.

## Психотерапия как клиническая практика<sup>3</sup>

*Олег Немиринский*

Психотерапия изначально являлась занятием клиническим. Ситуация изменилась в 50-х — 60-х годах, когда она стала рассматриваться как важное средство организации жизни. Такое видение психотерапии вытекало из нескольких предпосылок. Во-первых, на фоне роста индивидуализма в послевоенном западном обществе психотерапия стала выполнять определенную социальную функцию, связанную с поддержанием индивидуальности. Теперь уже не только в трудах философов, но и в теоретических конструкциях сначала психоанализа, а затем, в полном объеме, экзистенциальных подходов в психотерапии, стало отражаться развивающееся гуманистическое мировоззрение, утверждающее идею свободы личности, в том числе и от «насилия» общества. Практика психотерапии в значительной мере стала практикой «освобождения» личности. Во-вторых, (безусловно во взаимосвязи с предыдущим), психоанализ стал не только чрезвычайно распространенным терапевтическим подходом, но и отдельным культурным явлением и приобрел черты более или менее целостного мировоззрения. Третий ряд предпосылок связан в развитии экзистенциального подхода в психотерапии, который, в свою очередь, вышел за рамки первоначально клинических оснований психоанализа, делая акцент не на паре «норма-патология», а на свободе, выборе и ответственности человека за свою жизнь.

Психотерапия выплеснулась из пределов клиник. В США в каждом среднем по величине городе было по несколько «центров развития человеческого потенциала». Эти процессы отразились в известном лозунге «Психотерапия слишком хороша, чтобы доставаться только больным» (см. И. Польстер, М. Польстер, 1997).

Социальные изменения в нашей стране не могли не привести к воспроизведению экспансии психотерапии, хотя эта экспансия отличалась и отличается куда меньшим размахом. Тем не менее, «процесс пошел». Я за то, чтобы он шел и дальше, но, между нами, психотерапевтами, в этом процессе увеличивается риск того, что психотерапия отчасти приобретет черты религии. Занимаясь пре-

---

<sup>3</sup> Впервые напечатано в сборнике материалов МИГТИК «Гештальт-терапия и консультирование», вып.1, 2001.

подаванием гештальт-терапии, я часто слышал от обучающихся такие фразы как «гештальт — это способ жизни».

Расширение круга влияния психотерапии естественно. Вместе с тем, оно не столь уж безопасно для тех, кто решил стать психотерапевтом и, тем более, клинически образованным психотерапевтом. Представление о бескрайних возможностях психотерапии, на мой взгляд, порой связано с «преморбидными особенностями» личности психотерапевта, а именно с ролью так называемой нарцисстической тенденции в профессиональном самоопределении.

В нашу профессию часто идут люди, с детства лелеющие неотрефлексированную мечту о возможности переделать («вылечить») другого. Эта в общем благородная мечта находит свое воплощение в занятиях психотерапией, где становится возможным реальное участие в изменении жизни другого человека. Беда в том, что порой представления психотерапевтов о собственных недирективности и партнерстве заслоняют повседневное видение **меры своей власти и меры своего бессилия**. А ведь вопрос о власти и бессилии — это не только один из основных вопросов профессионального самознания терапевта, но и нечто имеющее особую важность именно по отношению к **клинической** реальности.

Дело в том, что психотерапевт чувствует себя в терапевтической ситуации изначально более уверенно, чем клиент. Распределение власти неравномерно. Терапевтическая ситуация изначально несет в себе риск утраты целостности для клиента. (Это верно хотя бы потому, что клиенту постоянно грозит новый опыт, новые переживания, вовлеченность в непредсказуемые изменения.) Этот риск был бы больше, если бы клиент не мог реагировать с помощью известных клинических либо обыденных симптомов. Иначе говоря, клиент может восполнить недостаток власти в межличностной ситуации, реагируя не на психологическом уровне, то есть соматически, либо не на уровне разума, то есть более или менее безумно.

То есть **симптом — это отчаянный способ сохранения целостности**. И это, безусловно, имеет отношение не только к терапевтической ситуации, но в еще большей степени к жизненной ситуации клиента.

Представление о клинической психотерапии, то есть о психотерапии, имеющей дело с болезненными симптомами, для меня связано, как это ни парадоксально, с пониманием того, что симптом нельзя «вылечить» в традиционном медицинском смысле этого

слова, так как **симптом — это способ саморегуляции**. Его нельзя рассматривать как внешнюю инфекцию, которую надо выгнать из организма; можно лишь помочь пациенту найти другой способ саморегуляции, позволяющий полнее удовлетворять его жизненно важные потребности (Немиринский, 1999). Понимание симптома как саморегуляции — это признание поражения нарцисстических амбиций терапевта. Поэтому первое, что должен научиться делать психотерапевт, обращающий свои взоры к клинической работе, — научиться переживать свое бессилие. Ни психотерапевт, ни клиент не властны над организмом клиента.

Хочу напомнить, что наиболее эффективным способом остановить развитие алкоголизма является «12-шаговая программа». Первый шаг в этой программе для страдающих алкоголизмом — признание своего бессилия перед болезнью. Это же является важнейшей частью тренинга для психологов, работающих с алкоголиками и наркоманами — умение переживать свое бессилие. Когда оба участника терапевтического процесса признали свое бессилие, тогда возможно движение. И, несмотря на правильный пафос утверждений о том, что алкоголизм или наркомания — это болезнь всей личности, тем не менее это **болезнь**, и первый период работы (по крайней мере, первые три месяца) — это, в первую очередь, работа с тягой.

Итак, надо не только поздороваться с симптомом, но и начать с ним разговаривать. Чтобы начать разговаривать, надо понимать его язык, язык организма. Это не просто, но и не так сложно, как порой кажется.

Дело в том, что симптом — не только противостояние терапевту (а до терапевта — значимым другим людям в окружении клиента). Симптом еще и **подсказка** терапевту, подсказка о том, чем занят организм клиента, что угрожает его целостности. Когда терапевт видит симптом, в особенности если речь идет о психосоматическом или невротическом симптоме, терапевту не нужно гадать о том, какое противоречие в жизнедеятельности клиента является наиболее актуальным для его (клиента) развития и, одновременно, в наибольшей степени угрожающим его целостности.

С точки зрения гештальт-терапии симптом — это застывшая форма существования противоречия, противоречия между двумя потребностями, которые субъективно не могут сосуществовать друг с другом. От этого тезиса один шаг до следующей идеи: **наибо-**

**лее актуальным для развития клиента является именно то противоречие, которое «застыло» в актуальной симптоматике.**

(Видимо, имеет смысл разделять хроническую симптоматику, связанную с «застарелыми» проблемами клиента, и актуальную симптоматику, имеющую отношение к последнему временному отрезку жизни клиента).

Как выяснить, какое противоречие «отвечает» за симптом?

Основная тактическая линия гештальт-терапии в ответе на этот вопрос состоит в том, что симптом должен выйти на границу контакта. Когда он находится на границе контакта, мы можем найти ответ на этот вопрос, потому что ответ будет связан не с теми или иными теоретическими конструкциями, а с очевидностью происходящего взаимодействия этого клиента со средой (Немиринский, 1997).

(Например, у одного из участников терапевтической группы возникает кардиалгическая симптоматика. Ведущий практически исследует, при взаимодействии с кем из участников группы боль становится сильнее, что происходит в этом межличностном пространстве, то есть с чем сталкивается клиент на психологическом уровне в тот момент, когда он реагирует симптомом).

Но! Психотерапевт не сможет реализовать эту тактическую линию, если стратегически он не научится вести диалог с организмом человека. Это умение вести диалог с клиентом не только на уровне его проблем и переживаний, но и на уровне его организма, является очень важной составной частью профессионализма в клинической психотерапии.

Для пояснения этого я хотел бы сделать одно отступление.

В конце 1969 года Фридрих Перлз говорил о вступлении расширяющей свое влияние психотерапии в опасную фазу «включателей». «Включение немедленного лечения, немедленной радости, немедленного сенсорного осознания. Это — фаза шарлатанов, которые думают, что если Вы осуществили «прорыв», то Вы излечены, безотносительно к условиям роста, к реальному потенциалу» (Perls, 1969). Нам спустя 30 лет полезно иногда вспомнить это предостережение не только потому, что фазу увлечения технологически оснащенным «включательством» отечественная психотерапия пережила совсем недавно, но и потому, что и в русле «гештальта» (заметьте, часто употребляемого без сопутствующего слова «терапия») многим коллегам свойственно умиление от «включения пере-

живания» и трогательная вера в то, что соблюдение заповедей экзистенциально-гуманистического подхода освободит пациентов не только от «проблем», но и от симптомов.

Здесь я хотел бы сослаться на интересную статью Ирины Захарян, которая опубликована в этом сборнике. Автор этой статьи пишет, что когда терапевт пытается работать с симптомом путем освобождения переживания (я бы сказал, когда терапевт считает связь между уровнем личностной проблемы и уровнем симптома однозначной), то он попадает в ловушку. Когда терапевт верит в то, что освобождение какого-то конкретного переживания приведет к излечению, то, как правило, этого излечения не происходит.

Я могу вам предложить классификацию подобных «обломов». Когда мы вовлекаемся в борьбу с симптомом, возможны три исхода.

1. Клиент покидает терапевта, с гордостью (обидой, раздражением) унося свой симптом.
2. Клиент «сдает» свой симптом и формирует другой, эквивалентный симптом. «Подлое бессознательное» обхитрило терапевта.
3. Терапевт победил «подлое бессознательное», и симптом разрушен. На его месте возникает контрсимптом.<sup>4</sup>

Так вот, Ирина Захарян приводит в своей статье прекрасную иллюстрацию. Ее пациентка, девочка 12 лет, страдает двумя психосоматическими симптомами — кардиалгией и головной болью, причем эти симптомы актуализируются попеременно. В терапевтической ситуации уходит один симптом, — появляется другой; уходит другой, — появляется первый. Так как эти симптомы «двигаются» в ходе сессии, становится понятней их связь с переживаниями. Как это часто бывает, кардиалгия связана с противоречивостью в переживании близости, а апоневротическая головная боль — с противоречивостью в переживании отвержения.

Попробуем подытожить, что означает «вести диалог с организмом». Во-первых, это означает предварительное прояснение того, как организм разговаривает и спорит сам с собой (это включает и прояснение возможной контрсимптоматической пары), во-вторых,

---

4 По моему мнению, существует теоретическая необходимость введения понятия контрсимптома — телесного процесса, позволяющего пациенту избегать острой манифестации симптома и удерживать симптом в более или менее застывшем виде. Пара симптом — контрсимптом является телесным аналогом психологической полярности (подробнее см.: Немиринский, 1997).

это означает прояснение того, какое противоречие является аналогом «спора симптомов»

Следующий вопрос — как быть с выявленным противоречием?

Здесь, на мой взгляд лежит водораздел между собственно психотерапией и консультированием. Для консультанта естественно обращение к разуму клиента, мол, посмотрите, Вы здесь противоречите себе... Психотерапевт может работать на уровне консультирования (иногда начальный отрезок работы с клиентом и не предполагает другого), но он знает, что обращение к разуму, как правило, не приводит к разрешению противоречия. По большому счету это разрешение возможно лишь как проживание. Отсюда следует важнейший принцип работы психотерапевта: **психотерапевт поддерживает обе противоречивые тенденции.**

Этот принцип технически по-разному реализуется в двух ситуациях. Одна ситуация: клиент проявляет то одну, то другую из двух противоречивых тенденций. Забота терапевта связана с тем, чтобы обе эти тенденции могли найти как можно более полное выражение. Клиент может быть в одном отрезке работы сосредоточен на тенденции к отвержению и автономии, а в другой — на тенденции к сближению и принадлежности. Для терапевта важно дать ему возможность прожить и то, и другое. Другая ситуация: клиент ведет себя парадоксально, стремясь достичь и того, и другого одновременно. Терапевт поддерживает и усиливает его противоречивость.

Строго говоря, разделение этих двух ситуаций несколько условно. Если речь идет об актуально-доминирующем противоречии, связанном с симптомом, то в этом контексте бытия клиент всегда противоречив.

Мне вспоминается одна давняя клиентка, у которой отмечались хронические боли в спине. Через некоторое время в фокусе работы с ней оказалась дилемма «опираться на других — опираться на себя». У нее наблюдалось выраженное контрзависимое поведение (поведение, мотивированное избеганием близости из страха зависимости), она пыталась контролировать всех вокруг себя, включая, конечно же, терапевта. Одновременно она искренне тосковала о «невозможности полного доверия» и близости. Она не могла жизнерадостно не доверять (ее недоверие сопровождалось горькими переживаниями) и с легкостью доверять (возможность доверия пугала и отталкивала ее). В ходе терапии она медленно ослабляла



контроль. Как-то она высказала мечту о том, чтобы можно было так опереться на меня, чтобы ПОЛНОСТЬЮ расслабиться, и тут же выразила опасение, что «растечется», потеряет опору, развалится. Я поддерживал как ее стремление опираться на меня, так и стремление опираться на себя. Мне было очевидно, что одна способность усиливает другую, с виду противоположную. То, что происходило в терапии, можно было назвать **раскручиванием маятника**. Это была работа, связанная с развитием гибкости позвоночника, как в телесном, так и в психологическом плане.

Если исходить из того, что симптом — это парадокс, застывшее противоречие, то задача терапевта (по крайней мере, в случае наличия симптоматики) всегда включает раскручивание маятника противоречий и, в широком смысле слова, развитие «гибкости позвоночника».

И теперь мне осталось сделать еще одно дополнение. Эта вся работа невозможна как набор техник; она осуществляется внутри терапевтических отношений. Если мы вернемся к первому примеру, который я взял из статьи Ирины Захарян с перемежающейся симптоматикой, за которой стоят нереализованные потребности в сближении и в отвержении, то как возможно излечение? Еще один контекст ответа на этот вопрос не будет нов: **в отношениях с терапевтом** клиент может реализовать обе эти тенденции, обретая свободу и способность отвергать и свободу и способность быть ближе. Также и в последнем клиническом примере длительная история отношений клиента с терапевтом была наполнена этими движениями то в одну, то в другую сторону, что и привело в конечном счете к снижению интенсивности симптоматики.

В заключение я хотел бы кратко резюмировать некоторые положения, представляющиеся мне важными при работе гештальт-терапевта с клиентами, страдающими клиническими симптомами.

Итак, теоретические установки, лежащие в основе **стратегии** работы:

1. Уважение к симптому как способу саморегуляции. Умение «разговаривать с организмом».
2. Внимание к вопросам власти и бессилия как в жизненной ситуации клиента, так и в терапевтической ситуации. Умение переживать свое бессилие
3. Признание терапевтических отношений важнейшим фактором терапевтического изменения.

4. Тактические принципы:
5. Понимание противоречивости клиента и выявление актуально-доминирующего противоречия.
6. Предоставление симптому возможности выхода на границу контакта.
7. Поддержание противоречивых тенденций в поведении и переживаниях клиента

## Литература

1. Немиринский О.В. Гештальт-терапия психосоматических расстройств. — Московский психотерапевтический журнал, 1997, №1, с. 84 — 91.
2. Немиринский О.В. Принципы применения гештальт-терапии в клинической практике. — В сб.: Гештальт — 98, М., Московский Гештальт Институт, 1999.
3. И. Польстер, М. Польстер. Интегрированная гештальт-терапия. М., «Класс», 1997.
4. Perls F. S. Gestalt Therapy Verbatim. Moab, Utah: Real People Press, 1969.

## Отношение к симптому и критерии терапии<sup>5</sup>

*Сергей Серов*

**К**лиент приходит на терапию, потому что у него есть симптом, который его беспокоит. Или клиента приводят его родственники, потому что их беспокоит симптом клиента. Встречаются, правда, редкие создания, которые ходят на терапию ну исключительно ради «личностного роста». Это те, у которых тоже есть симптомы, но они не сразу готовы ими поделиться. Итак, дамы и господа, встречайте: его высочество Симптом! Он бывает разным: фобия, компульсия, тревога, соматическое проявление... На любой вкус и цвет. Налетайте, господа-терапевты. Все, что нам нужно для того, чтобы прослыть светилами психотерапии, великими магами, чудотворцами (нужное подчеркнуть) — этот симптом устранить. И чем скорее произойдет исчезновение симптома, тем успешнее терапия, выше квалификация врача, психолога (ненужное зачеркнуть). По этому принципу построена вся медицинская помощь. Это логично: клиент приходит за облегчением состояния, так мы и должны соответствовать его ожиданиям. Тем более за его же деньги. Что тут, собственно, обсуждать? Однако...

Посмотрим ближе на симптоматическое лечение (т.е. на лечение с целью устранения симптома). Возьмем такой пример. Пациент обращается к дерматологу по поводу аллергического дерматита. Доктор назначает противовоспалительные гормональные препараты. Дерматита нет. Ура! — кричат все в восторге, и появившаяся через некоторое время астма не связывается с «залеченным» дерматитом. Ведь это же другое заболевание. И тем более не кожное. Какие к дерматологу претензии? Успешна ли была терапия дерматита? С точки зрения дерматолога — да. А с холистической (целостной) точки зрения? Если, как декларируется, лечить не болезнь, а больного? Есть мнение, что почти за каждым случаем тяжелого заболевания стоит «залеченная» менее тяжелая патология. Попробуйте сами вспомнить (дай Бог, не на своем примере) такие случаи, чтобы мне не приводить статистику, которая может показаться искусственно притянутой к теме. Это, к сожалению, не сложно. Не раз, к примеру, приходилось мне слышать, как миома матки развивалась после удаления папиллом («висячих родинок»).

---

<sup>5</sup> Впервые напечатано в журнале «Гештальт Гештальтов», 2007, № 2.

Еще приведу интересный, но печальный пример из книги индийского гомеопата Прафула Виджейкара «Теория подавления» (Виджейкар П., 2002).

«Маленькие мальчики, страдавшие хроническим бронхитом и астмой, после курса лечения получили заметное облегчение. У них прекратились приступы бронхита и затрудненного дыхания к полному удовлетворению родителей. Однако эти дети постепенно стали изменяться внешне и в манере поведения. Они стали толстеть, черты лица у них округлились, нос изменил форму и стал пухлым. Овал лица, прежде бывший худым и удлинненным, стал мясистым и мягким. Врачи-аллопаты стали обвинять гомеопата в том, что он тайком давал детям стероиды. Гомеопат знал наверняка, что он не использовал стероидов, и хоть сам был растерян, слабо защищался, оправдывался тем, что мальчики стали явно более здоровыми. Эти «здоровые» мальчики, к сожалению, начали затем жаловаться на постоянную усталость. Они уставали при подъеме по лестнице, уставали кататься на велосипеде, играть. Подкрадывалась вялость и апатия. Их ругали за то, что они много едят и мало двигаются, видя именно в этом причину их проблем».

Это также иллюстрация симптоматического лечения, когда главной целью лечения является скорейшее устранение первоначальных жалоб. В первых двух примерах — появление болезни в более важных органах и системах, в третьем — смена типа реагирования на внешние стимулы от острой и быстрой реакции — к сглаженной и медленной, к упадку энергии.

Я привел примеры лечения соматической (психосоматической) патологии непсихотерапевтическими методами. Но это не значит, что подобные результаты не могут произойти в психотерапии. Чуть позже я остановлюсь на этом подробнее. Я намеренно привожу примеры «телесной патологии» и медикаментозного лечения, т.к. на этих примерах результат подавления заметен отчетливее, нежели в психотерапии. Тогда, используя аналогии, будет легче замечать, к чему отнести результаты психотерапевтического лечения — к подавлению или к излечению.

А пока предлагаю свой взгляд на современное положение дел с отношением к болезни и симптому в медицине и психотерапии (позволю себе здесь разделить медицину и психотерапию, исходя из европейской традиции считать психотерапию гуманитарной дис-

циплиной). Сначала рассмотрим способы воздействия на процессы, связанные с болезненными проявлениями. Затем — отношение к симптому: симптом-центрированный и холистический подходы.

И еще одно важное дополнение — в этой статье идет речь, по большей части, о хронических симптомах.

## Терапевтические воздействия

В современной медицине и психотерапии есть три способа воздействия на болезненные проявления:

- 1. Подавление болезненных проявлений.** Например, при воспалении применяется противовоспалительный препарат, который прекращает выработку веществ, участвующих в поддержании воспалительного процесса. При зависимом поведении производится внушение, которое блокирует нежелательное поведение страхом («будешь пить — умрешь!»).
- 2. Заместительная терапия. Восполнение недостатка.** Например, при тошноте после употребления жирной пищи даются ферменты поджелудочной железы, которых не хватило для переваривания жира. При отсутствии навыка проводится соответствующий тренинг. К примеру, тренинг ассертивности.
- 3. Усиление болезненных проявлений. Кризисная терапия.** При том же воспалении применяется вещество (к примеру, березовый деготь), которое усиливает воспаление и ускоряет нагноение, за которым следует вскрытие гнояника и стихание воспаления. При лихорадке во время ОРЗ применяется малина, которая повышает температуру тела, чтобы быстрее активизировать иммунитет. При фобии вместо избегания пугающей ситуации идет погружение в нее, чтобы прожить чувство страха и избавиться от него.

Какие же из этих подходов дают подавление болезни, приводящее к более тяжелому состоянию через некоторое время, как описано в примерах в начале статьи? Попробуем посмотреть на эти подходы поближе.

## Подавление

### Краткая суть

Итак, первый подход — подавление болезненных проявлений. Сторонники этого подхода рассматривают болезнь, как самостоя-

тельный процесс в организме, нарушающий нормальное состояние. Согласно этому подходу, у болезненного процесса есть внешняя причина (этиология), или он носит наследственный характер. В обоих случаях причина не связана с личностью больного или признается влияние психики на формирование болезни, но болезнь все равно — самостоятельный процесс с тех пор, как сформировалась. Лечение направлено на выделение (диагностику) этого процесса и его уничтожение или подавление. В названиях схем лечения нередко присутствует приставка анти-/противо- (антибиотикотерапия, антигипертензивная терапия, противоопухолевая терапия). Подавляющий подход в психотерапии используют суггестивные методы, такие как гипноз. Вообще, там, где личность терапевта ставится выше личности пациента, там, где терапевт, «уничтожает» болезнь, манипулирует сознанием больного, исходя из положения о том, что он, терапевт, знает больше пациента о его состоянии, можно говорить о данном подходе. Пациент — объект воздействия. Эриксоновский гипноз и НЛП, по сути, представляют это же направление.

### **Недостатки**

Явным недостатком и даже вредом такого лечения будет хронизация процесса, перевод процесса из функционального уровня нарушений (на уровне нарушения регуляции) в органический (сформировавшиеся изменения в тканях внутренних органов). Простой пример: у молодого человека есть эмоциональные проблемы, внутриличностный конфликт — существует агрессивное отношение к окружающим и, в то же время, есть внутренний запрет на выражение злости. Результатом этого является повышение артериального давления (стресс не реализуется в виде мышечного движения — нет ни крика, ни драки, ни бегства, поэтому адреналин — гормон, ответственный за мобилизацию, в т.ч. и подъем артериального давления — не расходуется). Диагноз, как правило, ставится: НЦД (нейро-циркуляторная дистония). Терапевт выписывает пациенту препарат, расслабляющий сосудистую стенку или тормозящий работу сердца (не до конца, конечно). Но внутриличностный конфликт никуда не уходит, и давление вновь поднимается. Доза химиопрепарата тоже повышается, и эта игра продолжается, превращая больного в хронического потребителя таблеток. Причем новое обострение как, правило, тяжелее предыдущего. В конечном

счете, регуляторный механизм переходит из ведома личности в ведомство химических препаратов, формируются органические изменения в сердечно-сосудистой системе, и НЦД превращается в гипертоническую болезнь.

Хронические заболевания при подавлении не излечиваются, а переходят в ремиссию, а острые, как видим, могут перейти в хроническую форму. Но это лишь медицинская сторона вопроса. Есть аспект болезни, в религии рассматриваемый как духовное развитие, а в психотерапии — как личностный рост. Болезнь заставляет прекратить прежнее поведение — неэффективное взаимодействие с собой и окружающими (и даже вредное и себе, и ближним — грех с точки зрения религии). По крайней мере, при заболевании придется сделать остановку, выпасть из привычного уклада и задуматься о своей жизни. Возможно, состояние болезни — это переходное состояние с низкой ступеньки развития личности на более высокую. Тогда как подавление болезни будет блокировкой развития. Ведь хронический процесс и так, скорее, не процесс, а торможение процесса (об этом поговорим позже). А при подавляющей терапии обострение, являющееся попыткой выздороветь, рассматривается как негативное явление.

Страшит отношение большинства врачей и населения к болезни и страданиям вообще, как к чему-то ненужному, случайному, что необходимо срочно исправить. «Лишь только боль заявит о себе, нанесите ей ответный удар», — провозглашает реклама обезболивающего. Вот — лозунг нашего времени. Не страдай, не терпи. Прими дозу, облегчи состояние мгновенно. Вставьте вместо солпадеина героин, смысл слогана не изменится. Как ни прискорбно, но медицина и фармбизнес активно участвуют в формировании наркоманско-алкогольного мышления. Пропадает культура страдания, усилия (сравните: посевная **страда**, т.е. усиленная работа, и **страда**ние), нет места осознанию причин болезни. А, значит, и менять себя не надо, страдать не нужно. Надо просто принять таблетку.

Часто в процессе лечения, заглушив проявление болезни, врач наблюдает новые симптомы, новую патологию. Возможно, это побочные действия лекарственных препаратов (еще один минус), но может и прорыв болезни в другом направлении.

## **Польза**

Тем не менее, в данном подходе есть необходимость, когда единственным спасением может быть только неотложное хирургическое или терапевтическое вмешательство. Или истощение настолько велико, что организм не выдержит обострения.

## **Заместительная терапия (восполнение)**

### **Краткая суть**

Следующим подходом к лечению будет заместительная терапия. Ее предназначение — восполнить недостаток в организме того или иного вещества. Ярким примером является витаминотерапия, ферментотерапия, гормонотерапия (при гормональной недостаточности). Большинство БАДов<sup>6</sup> и вообще нутрициология тоже работают в этом подходе. В психотерапии этот подход соответствует обучению и поддержке (в смысле утешения и одобрения). Его используют экзистенциально-гуманистические методы (клиент-центрированная терапия, гештальт-терапия и т.д.) и поведенческая терапия.

## **Польза**

Плюсы такого подхода очевидны, если мы имеем дефицит жизненно важного вещества в пище или потерю (потерю функции) органа, ответственного за выработку необходимых соединений, или потерю организмом жизненно важных веществ (сред), как, например, кровопотеря или потеря жидкости при рвоте или поносе. В острых ситуациях в психотерапии без поддержки не обойтись. Например, при ситуации острого горя важно быть рядом и эмоционально поддерживать. Эксперимент в гештальт-терапии направлен на приобретение нового опыта.

## **Недостатки**

Но всегда ли оправдано такое лечение? И снова пример из рекламы: мужчина с минимум второй степенью ожирения с тоской глядит на стол, уставленный явно ему не полезными яствами. И тут его подруга приходит на «помощь», предлагая препарат, содержащий панкреатические ферменты. Переваривай «на здоровье», толстей дальше. То есть не факт, что болезненные проявления не являются следствием вредного поведения и не препятствуют ему (парадоксально, но болезнь оздоравливает, что давно знакомо религиозным

<sup>6</sup> БАД — биологически активная добавка. *Прим. автора.*



людям: описанный выше пример возникновения миомы из-за удаления папиллом верующие назовут наказанием за гордыню, а тошнота и тяжесть в желудке в последнем примере, с религиозной точки зрения, оберегает от чревоугодия).

А другой аспект — отчего какой-либо орган не вырабатывает активные соединения? Не будет ли заместительная терапия лечить не причину, а следствие? Более того, получая все готовенькое извне, организм и вовсе разленится сам работать. Это и будет не **восполнение** (этот термин не в ходу в медицине, я использую его для того, чтобы подчеркнуть разницу между адекватным и неадекватным использованием данного подхода), а **замещение**.

К психотерапевту можно долго ходить за поддержкой, при этом ничего не меняя в своей жизни. Когда психотерапевт дает ценные советы и берет на себя ответственность за поступки клиента.

Но, тем не менее, переливание крови и лечение авитаминоза трудно чем-либо заменить. Как и эксперимент и обучение.

## Усиление болезни. Гомеопатический подход

В качестве метода лечения, использующего данный подход стоит упомянуть гомеопатию.

Гомеопатию традиционно связывают с именем немецкого врача Самуэля Ганемана (1755 — 1843). В 1790 году он испытал на себе действие хинной корки и обнаружил, что она вызывает состояние, в точности напоминающее симптомы малярии. Но ведь именно хинной коркой в то время лечили малярию! Из этого Ганеман сделал вывод, что болезни надо лечить теми веществами, которые вызывают подобное болезненное состояние. Второе важное открытие — эти вещества нужно многократно развести. Повреждающее действие минимизируется, но лечебное сохраняется.

Организм получает стимул, который усиливает напряжение, связанное с существующими симптомами. Но стимул в то же время не той силы, чтобы вызвать точно такое же заболевание той же тяжести. Идет небольшое усиление симптома (если правильно подобрано разведение препарата). Есть несколько гипотез механизма действия гомеопатических препаратов. В этой статье нет цели рассказать подробно о классической гомеопатии, поэтому сосредоточимся именно на принципах гомеопатического подхода. Хронические симптомы усиливаются (вялотекущий процесс обостряется),

болезненное состояние проживается, и пациент выходит на более высокий уровень здоровья. В терапии не привносится ничего, чего бы не было у самого пациента. **Минусы** — необходимость наличия резерва жизненных сил, чтобы было, что стимулировать. **Плюсы** — возможность полного излечения хронических болезней, отсутствие побочного действия фармакологических препаратов.

Оговорюсь, что деление психотерапии на три подхода — грубое, и речь идет о преимущественной работе направлений психотерапии в подавлении, восполнении и усилении. Тем не менее...

Третий подход в психотерапии — фрустрация механизмов защиты и поддержка существующих противоречий, сопротивления, проявлений живости (энергии). Используется психодинамическим и экзистенциально-гуманистическим направлениями психотерапии. Здесь нельзя не упомянуть о перлзовском хроническом напряжении низкой интенсивности, а также о концепции симптома как застывшего противоречия.

«Еще одна поразительная догадка Ф. Перлза — то, что механизмом фиксации симптома является хроническое напряжение низкой интенсивности (Perls, Hefferline, Goodman, 1951). Эта идея яснее всего видна на материале образования психосоматических нарушений. Для того, чтобы не сознавать какого-либо переживания, необходимо не сознавать тех телесных ощущений, которые сигнализируют о наличии этого переживания. Для этого, в свою очередь, необходимо ущемить активность организма (мышечную, дыхательную или др.) в том месте, где локализованы соответствующие ощущения. Важно, что, если сознаваемое таким образом напряжение будет иметь высокую интенсивность, то это приведет к формированию боли, то есть «острого» сигнала. Для хронификации напряжения необходима низкая его интенсивность...

...Две противоположности блокируют друг друга, и человек оказывается парализованным и вынужденным искать суррогатную форму удовлетворения взаимоблокированных потребностей. При этом симптом, частично удовлетворяя обе потребности, в то же время подавляет обе эти потребности. Это напряжение противоположных сил «застывает» в симптоме, существует в форме хронического напряжения низкой интенсивности» (О.Немиринский, 1998).

Тактика работы с симптомом в гештальт-терапии состоит в поддержке противоречия, переводе хронического напряжения низкой

интенсивности в напряжение высокой интенсивности (обострение симптома), которое разрешается выходом в третью позицию, в способность свободно перемещаться от одного полюса к другому, выбирая полярность в зависимости от ситуации.

Кажется, что вот он — тот самый единственно верный способ воздействия на болезненные проявления — усиление, гомеопатия, гештальт-терапия. Ну и второй подход (заместительный) в определенных случаях. Однозначно — не первый, подавляющий.

Но! В начале статьи был пример подавления астмы с печальными последствиями именно гомеопатическим лечением! Примеры подавления при работе гештальт-терапевта будут позже.

Значит, определяющим является не столько способ воздействия на симптом, сколько стратегия — ориентация в работе на исчезновение симптома или использование симптома только для перехода «от частного к общему» — увидеть процессы, по отношению к которым симптомы — только следствие. Гештальт-терапия — не «пустой стул» (который, кстати, изобрел «отец» психодрамы Морено), и гомеопатия — не «белые горошинки». Техника не определяет стратегию, наоборот — при верной стратегии техника из другого подхода может преобразоваться в удачное воздействие. Гештальт-терапия — это, в первую очередь, подход, а во вторую — техники.

## Отношение к симптому. Терапевтические стратегии

В работе с **симптомом** есть по большому счету только две стратегии — подавление (симптом-центрирование) и преобразование (холизм).

**Подавление** — это воздействие на симптом с целью его устранения в виде прерывания процесса обострения (разворачивания симптома), блокирования процессов, находящихся в основании симптома, а также (!) — и это мало кем учитывается — стимулирующей терапии с целью только местного улучшения. Пример — гомеопатические мази, деготь при воспалении. Многие лекарства, которые считаются аллопатическими, на самом деле имеют гомеопатический механизм действия. Всем известный нитроглицерин, к слову, у здорового человека вызовет приступ стенокардии. Психотерапия, направленная на устранение симптома, а не на личностный рост, также относится к подавлению, какой бы подход она не представляла. Симптоматическую психотерапию можно сравнить

с приемом анальгетиков (боли нет, а болезнь есть). Пример: гипноз при бронхиальной астме или язвенной болезни, НЛП-«якорение» при аллергии, фобиях и т.д. О том, как различные психотерапевтические подходы могут работать в стратегии подавления, мы поговорим позже.

**Преобразование** — это нормализация процессов, лежащих в основе актуального состояния, и проявляющегося симптомами (упорядочивание процессов, обеспечение их свободного протекания). Исчезновение симптома не является показателем выздоровления (процесса выздоровления), если при этом происходит ухудшение общего состояния.

### Критерии успешной терапии

Но где же тогда критерий успешности терапии, как узнать, что клиент (пациент) не зря проводит с нами время? Американский гомеопат Константин Геринг (1800-1880) описал процесс выздоровления следующим образом (цит. по Виджейкар П., 2002):

«Излечение происходит и должно происходить с исчезновением симптомов в следующих направлениях:

- (а) сверху — вниз,
- (б) изнутри — наружу,
- (с) от центра — к периферии,
- (д) от более важных — к менее важным органам или системам,
- (е) от позднее возникших — к начальным».

Из этих критериев наиболее ценный: симптомы идут от более важных органов и систем к менее важным. Чтобы привести пример благоприятного излечения, достаточно вспомнить инфекцию, которой многие болели в детстве — корь. Если организм имеет достаточно ресурсов, то вначале мы наблюдаем головные боли, разбитость и т.п. симптомы поражения нервной системы. Затем начнутся кашель, насморк, высыпания в полости рта, а потом — сыпь на коже, начинающаяся на голове и заканчивающаяся на ногах (причем по мере проявления сыпи на нижележащем сегменте, на вышележащем она проходит).

Та же вышеприведенная астма при правильном (естественном) ходе исцеления сменится кожным зудом.

Во втором клиническом примере менялся тип реакции организма. Это так же важный критерий терапии в гомеопатии. Гомеопат

тами выделяется три типа болезненной реакции — псора, сикоз и сифилис. Это не имеет обязательной прямой связи с одноименными заболеваниями, эти названия — дань истории. Итак, первая реакция — воспаление, энергии много, организм реагирует бурно, остро. Вторая — процессы более вялые, застой, на физическом плане — разрастания. Третья реакция — разрушение, физически — распад тканей, изъязвление. Реакции следует рассматривать и на физическом, и на психическом уровнях. Мне кажется, это соответствует расстройству адаптации (воспаление), невротическим механизмам защиты (разрастания), психотическим нарушениям, распаду личности (изъязвление)<sup>7</sup>.

Если процесс изменений движется в сторону излечения, то тип реакции идет от «разрушения» к «разрастанию» и далее к «воспалению». Меня совершенно потрясло высказывание одного индийского врача Аджиты Кулкарни. В Индии врачам дозволено многое, чего нельзя в западной системе медицинской помощи, в т.ч. и лечение онкологической патологии гомеопатией. Так вот, доктор Кулкарни утверждает, что при правильном лечении последствий химиотерапии у онкологических больных (иммунодефицит, облысение и т.п., т.е. «разрушение») прежде окончательного излечения должны вернуться проявления опухоли («разрастание»).

Прекрасный пример в психотерапии — лечение химически зависимых пациентов. Первый этап в сообществе Анонимных Алкоголиков (наркоманов) направлен на прекращение разрушения, приобретение трезвости. По сути, единственная психологическая защита, с которой идет активная работа в это время — отрицание болезни. Из описанных Перлзом механизмов прерывания контакта прорабатывается проекция («Это не я алкоголик, а...») и отчасти ретрофлексия. Конфлюэнция «лечится» в части распознавания эмоций. А слияние с сообществом Анонимных наоборот поддерживается. На этом этапе происходит внедрение различных «полезных интродуктов». И пока не остановится процесс разрушения, пациент не окрепнет в трезвости (сохраняя кучу психологических защит), нельзя проводить никакой «глубинной психотерапии». То есть, говоря гомеопатическим языком, пациента надо сначала из «сифилиса» перевести в «сикоз» (из «разрушения» — в «разрастания»). Клиента с де-

---

<sup>7</sup> Автор приводит свою трактовку хронических миазмов, несколько отличную от первоначального варианта С.Ганемана.

структивным и аутодеструктивным поведением вряд ли стоит резко «переводить» в состояние «просветленного гештальтом» создания. Если взять групповую терапию шизофрении, то группа ведется на псевдосплоченности. И это нормально. Шизофрения с точки зрения гомеопатов — сифилитический способ реакции.

Вильгельм Райх мечтал о том, что психотерапия станет настоящим естественнонаучной дисциплиной. Гуманисты, экзистенциалисты отдают предпочтение клиентской картине мира. Так чему же верить при оценке результатов терапии? Исчезновению жалоб или улучшению показателей «анализов»? Привычный дуализм тела и психики, медицины и психологии может быть преодолен только подходом, исключающим разделение здоровье на психическое и физическое. На мой взгляд, именно энергия, ее уровень и свобода ее протекания в теле — живость и пластичность клиента является главным критерием успешности проводимой терапии. А проявляется это в так называемых «общих симптомах». Улучшение сна, аппетита, повышение работоспособности, повышение настроения — это то, что говорит нам клиент. И мы сами отслеживаем это по тому, что видим, что называется, невооруженным глазом — как клиент заходит в кабинет: пружинит ли его походка, блестят ли его глаза, есть ли сила в его голосе...

Именно **общий уровень энергии**, в конечном счете, является показателем успешной терапии. При этом сам симптом может еще сохраняться какое-то время. Может измениться его качество (например, временное усиление, возобновление приступов или наоборот — приступы становятся более редкими и меньшей тяжести), но оценивать изменение именно по динамике частного симптома — значит подходить к процессу терапии механически, а не холистически.

Если мы используем психосоматический подход, мы понимаем, что характер отражается в теле, и изменения в характере не могут не повлиять на телесные симптомы. Это — объективная реальность. И если изъязвления сменились разрастаниями, мы на правильном пути. Если хронические головные боли сменились кожным зудом, видимо мы работаем хорошо.

Клиент, как известно, приносит сплетню о себе, и не все, что говорит клиент, есть реальность. Но реальность тела отрицать сложно. Поэтому использование «телесных критериев» — попытка объективизировать оценку терапии.

Итак, у нас есть три вида критериев, позволяющих оценить терапию:

1. Улучшение общих симптомов (сон, аппетит, работоспособность, желанья, тургор кожи, блеск глаз и т.д.).
2. Переход болезненных проявлений от более важных органов и систем к менее важным.
3. Переход реакций от разрушающих/саморазрушающих (психотические симптомы, деструктивное поведение, изъязвления, некроз — отмирание тканей и т.п.) к невротическим/нарциссическим (психологические защиты, разрастания) и к здоровой реакции раздражения на вторжение извне (раздражение, воспаление).

Работая с клиентом в гештальт-подходе, мы удерживаем клиента в переживании, одновременно усиливаем противодействующие полярности — увеличиваем напряжение. Совершенно естественно в этих условиях симптом обостряется. (Как рассчитать силу воздействия и обострения и не спровоцировать невыносимое напряжение — цель отдельной статьи.) Но если при этом вышеупомянутые критерии показывают правильное направление работы — это обострение, за которым последует выздоровление.

## Подавление и преобразование симптома в психотерапии и гештальт-терапии в частности

До этого момента разговор о подавлении симптомов касался, во многом, непсихотерапевтических методов и соматической патологии. Теперь же сосредоточимся именно на психотерапии.

По ходу изложения могло создаться впечатление, что гештальт-терапия является тем самым «единственно правильным» учением, следуя которому, мы не получим подавления симптомов, вне зависимости от того, как действует терапевт. Ну, по крайней мере, мне так казалось. Приведу два примера работы с психосоматическими симптомами из собственной практики. Оба случая связаны с бронхиальной астмой.

### Случай 1-й

Клиентка С., 46 лет. Обратилась по поводу бронхиальной астмы. Очень контактная. Быстро обнаружилось избегание переживания злости в отношении матери. Вместо переживания гнева и раздраже-

ния наблюдалась привычная форма их подавления — обида. Как и сама клиентка признала — удушающая обида. С охотой согласилась на работу с пустым стулом, чтобы прояснить отношения с матерью. «Принятие» позиции матери, «прощение», отказ от обиды произошло в течение минут десяти. Благодарность доктору и обещание прийти на следующий сеанс. Я был горд собой и гештальт-терапией во мне. Клиентка даже что-то сказала по поводу облегчения дыхания. Однако, на следующую сессию клиентка не явилась. А две недели спустя, я узнал, что С. Лежит в больнице с пневмонией (т.е. воспалением легочной ткани), и заболела она через два дня после сессии. Только спустя несколько лет, познакомившись с теорией подавления, я понял, что это было закономерно. Примирение полярностей произошло преждевременно. Полярности не были усилены, между ними не было напряжения. Вернее, оно быстро снизилось, благодаря нейтрализации раздражения «прощением». Это то же, что происходит при «якорении» в НЛП. Думаю, что раздражение, будучи подавленным на уровне бронхов, перешло дальше — на легочную ткань. Отрицательная динамика.

### Случай 2-й

Клиентка Н., 35 лет. Проходила терапию в группе. Бронхиальная астма как проблема возникла через месяц занятий. Астмой болела уже 10 лет. Но последние полтора года приступов не было, хотя отмечала все-таки затрудненное дыхание при волнении. С точки зрения подхода, ориентированного на симптом, терапия была неудачной. Тем не менее, в целом клиентка себя чувствовала лучше, поведение стало увереннее, повысилась работоспособность. Приступы вернулись при работе с привычной реакцией ухода в обиду. Но развернутого приступа так ни разу и не случилось, а спустя пару недель приступы вообще прошли, и углубилось дыхание (появилось т.н. «брюшное» дыхание). Несмотря на возвращение приступов, динамика расценивается как положительная.

И совсем фантастический случай произошел с клиенткой, которая на группе прорабатывала созависимые отношения с дочерью. В возрасте 52 лет у нее случился... мастит, который был ранее — 19 лет назад! Фантазия группы была однозначной: «Хватит кормить грудью!». Мастит прошел без лечения за три дня. Бесследно.

Подведу итоги и обобщу способы подавления в психотерапии.



### **Способы подавления в психотерапии:**

1. Суггестия (прямое подавление). Воля клиента подавляется, это терапевта заменяет это клиента. Внушается исчезновение симптома. Симптом исчезает, чтобы впоследствии появиться в другом месте. Классическое подавление.
2. Нейтрализация переживания (например, техника «якорения», пустой стул как способ примирения противоположностей и усреднения переживания, нейтрализации «плохого» чувства, а не выхода в третью позицию).
3. Рационализация переживания (отказ от переживания — «нечего и переживать по этому поводу»). Здесь же и преждевременное принятие отвергаемых черт и переживаний (на рациональном уровне).
4. Работа с симптомом на поверхности, как с самостоятельным явлением. В то время как избегаемые переживания не затронуты. Видимость изменений. Например, клиент демонстрирует агрессию, но переживание стыда избегает. Терапевт работает с агрессией, «справляется» с ней, после чего появляется новый маскирующий симптом.

«Кормление» интроектами, «терапевтические» советы, тренинг поведения при игнорировании противоречий симптома, а также «стравливание пара» — сброс напряжения через отреагирование эмоций, хождение к терапевту «жаловаться на жизнь» при сохранении (и для сохранения) противоречия центрального симптома, наверное, нельзя считать подавлением. Скорее, это консервация симптома, поддержание «статуса кво». Хотя, если сохранение симптома (противоречия) продолжает истощать, тратить энергию на поддержание симптома, то появляются условия перехода болезненных проявлений глубже.

Подведу итоги этого краткого исследования.

1. Следует различать в работе ориентацию на частный симптом и на движение от частного к общему.
2. Можно использовать закон Геринга и динамику типа реагирования для оценки успешности терапии.
3. Общие симптомы важнее, чем частные. Повышение энергии, «живости», пластичности важнее, чем исчезновение частного симптома.

4. Обострение или возвращение симптома далеко не всегда означает неудачу.

Конечно, хочется быстрее помочь клиенту. Сложно объяснить, что обострение — это нормально. Но, в то же время, если сориентировать клиента на динамику общих симптомов, он не сможет не заметить вашего совместного успеха и будет доволен своим окрепшим здоровьем и возвращением живости.

### Список литературы

1. Виджейкар П. Прогнозирующая гомеопатия. Часть 1. Теория подавления. — М.: изд-во «Симилия», 2002.
2. Ганеман С. Органон врачебного искусства. — 5-е изд. — СПб.: Аврора, 1992.
3. Немиринский О.В. Принципы применения гештальт-терапии в клинической практике. — в сб. Гештальт — 98. М., Московский Гештальт Институт, 1999, с. 20 — 32.
4. Крылов А.А., Песонина С.П., Крылова Г.С. Гомеопатия для врачей общей практики. — СПб: Питер Паблишинг, 1997.
5. Психотерапевтическая энциклопедия под редакцией Б.Д. Карвасарского. — СПб: Питер Ком, 1998.

# ЧАСТЬ 2. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ СИМПТОМ И КОНТАКТ

## Гештальт-терапия психосоматических расстройств: от симптома к контакту<sup>8</sup>

*Олег Немиринский*

**П**сихосоматический симптом представляет традиционную сложность для психотерапевтов. Психотерапия имеет дело не с самим организмом, а с контактом между организмом и средой. Известно высказывание на этот счет Ф.Перлза и П.Гудмана: «Переживание происходит на границе между организмом и его окружением... Переживание является функцией этой границы, и психологически реальными являются «целостные» конфигурации этого функционирования, некий обретенный смысл, некое завершённое действие. «Целостности» переживания включают не «все», а лишь определенные структуры; на психологическом уровне все остальные характеристики организма и окружения являются либо абстракцией... либо потенциально содержащимся в переживании намеком на другое переживание. Мы говорим об организме, контактирующем с окружающим миром, но именно сам контакт есть простейшая и первейшая реальность...» (Perls, Hefferline, Goodman, 1951, p.227). Гештальт-терапевты часто заостряют эту позицию и говорят: «Мы работаем с контактом, а не с симптомом». Одновременно из других психотерапевтических подходов привлекаются косвенные способы работы с симптомом, основанные на понимании симптома как метафоры, симптома как коммуникативного послания, симптома как способа организации поведения в социальной системе. При этом предполагается, что если мы будем работать с патологией контакта, то мы таким образом будем воздействовать на симптом.

<sup>8</sup> Изложение доклада на Всероссийской конференции «Проблемы и перспективы современной психотерапевтической практики», Москва, март 1995 г. Впервые напечатано в Московском психотерапевтическом журнале, 1997, №1.

При такой картине психотерапевтического процесса мы в значительной степени работаем с симптомом вслепую, наощупь. Правда, нам помогает еще один план анализа — знание или догадки о психологическом значении физиологических процессов. Это помогает теснее связать патологию контакта и соматическую патологию.

Однако я хотел бы обратить внимание на любопытное различие психотерапевта и пациента. Часто пациент воспринимает свой симптом в качестве условного субъекта, а мы, психотерапевты, — в качестве объекта. Что я имею в виду?

Пациент обращается с собой одновременно как «невротик» и как психотерапевт. Сначала он создает пространство отчужденного опыта (Керпег, 1987), которое фиксируется в симптоме, но затем он «оживляет» свой симптом и даже устанавливает с ним своеобразные полумистические «отношения». Второй процесс запаздывает по сравнению с первым; по-видимому, он является компенсаторной реакцией, своеобразной, хоть и искаженной, попыткой интеграции.

На этом фоне задача терапевта состоит в том, чтобы вернуть пациента к его целостной субъектности. Но каким путем мы будем способствовать возвращению этой целостности? Если путем игнорирования симптома, то это будет лишь поддержкой саморасщепления пациента на «я» и «мой симптом». Работать с симптомом как с объектом? Но этим как раз занимаются фармакотерапия и симптоматически-ориентированные подходы в психотерапии, включая современное супертехнологичное нейролингвистическое программирование. Стремясь выйти за рамки ограничений симптоматической терапии, личностно-ориентированные терапевты иногда занимают внешне противоположную позицию — позицию «возвышенной субъектности»: работают с контактом, а не с симптомом. Однако в данном случае ирония ситуации заключается в том, что терапевт таким образом косвенно поддерживает расщепление на «я» и «симптом».

Каков же выход из этой ситуации? Прежде всего, необходимо выйти за рамки чрезмерного противопоставления симптома и контакта.

Первый основной тезис данного сообщения заключается в следующем: симптом есть ретрофлексируемая форма контакта с окружающим миром.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Ретрофлексия — механизм искажения контакта, при котором действие, первоначально обращенное к окружающей среде, превращается в обращенное к самому себе. Организм начинает «воспринимать» себя самого как окружающую среду.

Кроме того, при рассмотрении симптома мы сталкиваемся не только с ретрофлексией, но и с проекцией потребностей на какой-либо орган. При этом в ходе развития заболевания этот орган в конце концов частично отчуждается от целостного взаимодействия организма с окружающим миром.

(Конечно же, я не исключаю роли других механизмов искажения контакта (интроекции, конфлюенции и др.) в формировании симптоматики, а лишь акцентирую вопрос об общей специфике психосоматического симптома, то есть о том, что делает его именно психосоматическим симптомом.)

Позволю себе вкратце остановиться на некоторых более простых и базовых аспектах генеза симптоматики.

Универсальным способом преодоления критической ситуации является переживание (Василюк, 1984). Универсальным запуском патогенетического процесса является отказ от переживания. Центральное место здесь принадлежит эмоциональному компоненту переживания, чувству, которое служит срочным и целостным сигналом об отношениях человека с миром и со своей жизнью. Однако чувства, как известно, бывают неприятными, а человек — «царь природы» — обладает развитыми способностями отвергать свои чувства, вмешиваться в процесс естественной саморегуляции и ущемлять активность своего организма. Ущемление активности организма приводит к появлению боли. (Кстати, это прекрасно аргументировано и проиллюстрировано А. Минделлом (1993).) Боль есть сигнал об ущемлении активности организма. Допустим, любимый мною человек меня все время огорчает, я его страстно люблю. Но он меня огорчает. И я бессознательно решаю: «Лучше бы мне его не любить. Да, наверное, я и не так уж его люблю») Я ущемляю свое сердце, и оно начинает болеть. Это — первая стадия соматизации, от чувства к периодической боли. Но боль — это громкий сигнал тревоги, требующий немедленной реакции. Боль очень трудно переносить долго. Здесь находится второй узловой пункт. Либо понять функцию боли, услышать, что она говорит, либо идти дальше по пути отчуждения, блокируя сознаваемое переживание боли. Для того, чтобы осуществить второе, необходимо создать в области возможной боли «хроническое напряжение низкой интенсивности» (Perls, Hefferline, Goodman, 1951). Это мышечное напряжение (и соответствующее напряжение психологических структур)

призвано увести человека от сознания своей боли, но оно должно иметь низкую интенсивность для того, чтобы оставаться хроническим. (Возрастание напряжения приведет к боли и, следовательно, будет требовать изменения ситуации либо, вновь, снижения интенсивности.) Итак, вторая стадия соматизации — это путь от боли к хроническому напряжению. Хроническое напряжение имеет ряд физиологических последствий: нарушение метаболизма в этой области тела, увеличение секреции одних гормонов и снижение других и тому подобные, известные врачам процессы. На пути от хронического напряжения к манифестации какого-либо заболевания ведущую роль уже играют физиологические механизмы, хотя и психологические воздействия также активно влияют на этот процесс.

Таким образом, симптом — это такая форма контакта, которая, проделав своеобразную эволюцию, утратила признаки контакта. Следовательно, для того, чтобы симптом был вовлечен в пространство психотерапевтической работы, он должен оказаться, как говорят гештальт-терапевты, на границе контакта, тогда он станет подвижным.

Для пояснения этой мысли приведу пример.

Участник терапевтической группы страдает от такой фобии: он боится оказаться в месте, значительно удаленном от туалета, то есть боится, что у него возникнет расстройство желудка, а возможности добежать до туалета не будет, и он окажется страшно опозоренным перед людьми. Оказываясь в подобном месте (например, на улице незнакомого города во время командировки), он действительно испытывает сильные позывы к дефекации.

В один из дней работы группы он попадает в эпицентр острых столкновений. Вскоре после разворачивания этой ситуации он встает со стула и сообщает о своем желании на пять минут покинуть группу. Я спрашиваю у него, что с ним происходит, и он показывает на свой живот. Тогда я говорю ему: «Давай договоримся так. Туалет в двух шагах от этой комнаты. Если станет невмоготу, — выскочишь. А сейчас попробуем разобраться, что же происходит с тобой в группе, что у тебя возникают симптоматические ощущения, хотя туалет рядом».

Этот момент был решающим прорывом в терапии. И это произошло именно потому, что симптом оказался на границе его контакта с участниками группы. Симптом заработал в момент определенно-

го типа взаимодействия с миром, и если теперь развернуть контакт, «де-ретрофлексировать» его, то симптом начнет двигаться, он будет исчезать или появляться, он будет менять свою интенсивность.

Возьмем другой пример, один из самых распространенных, — головную боль. Если головная боль возникает во время терапевтической группы, то мы имеем прекрасную возможность вывести этот симптом на границу контакта. Иногда бывает достаточно попросить пациента внимательно, по очереди, посмотреть на других участников группы и отметить изменения в интенсивности головной боли. Посмотришь одному человеку в глаза — болит меньше. Посмотришь на другого — боль усиливается. Посмотришь на третьего — голова начинает раскалываться от боли.

Итак, в чем здесь состоят задачи терапевта? — Главным образом, в обращении ретрофлексии и в ассимиляции проекций. То есть в том, чтобы симптом постепенно возвращался к исходной форме контакта.

Но прежде, чем реализовывать эти задачи, нам стоит прояснить еще две вещи.

1. Нужно обратить внимание на то, как происходит вторичная ретрофлексия, то есть как пациент относится к своему симптому. Отношение «я» к «симптому» может дать нам полезную информацию о содержании исходной формы контакта, до ее ретрофлексии.
2. Необходимо обратить внимание на феномен, который можно назвать контрсимптомом. Контрсимптом — это телесный процесс, позволяющий избегать острой манифестации симптома и удерживать симптом в более или менее застывшем виде.

Идея существования телесного контрсимптома пришла мне в голову, когда я работал с одной субдепрессивной пациенткой. У нее были характерные для депрессий ощущения в области грудной клетки, сопровождавшиеся чувством тоски. Однажды я предложил ей эксперимент, типичный для гештальт-терапии: я попросил ее следовать за этими ощущениями и менять положение разных частей тела, «как они захотят». Она чуть подалась вперед и нагнула голову. Пропала сдавленность в груди, и появилось напряжение в шее. Но изменилось и эмоциональное состояние. Теперь она испытывала нечто очень близкое к унижению. Конечно, когда я спросил

у нее, как она может избежать переживания унижения, она вернулась к прежней позе, испытывая легкий привкус тоски.

Таким образом, у этой пациентки прослеживались два альтернативных паттерна — тоска и сдавленность в груди, унижение и напряжение в шее. На уровне телесных процессов наблюдалась своеобразная переключка ощущений, «спор» двух позиций.

Если мы установили эти альтернативные позиции на телесном уровне, уже намного легче соотнести их с соответствующими позициями во взаимодействии пациента с окружающим миром, с другими людьми. О последнем терапевт обычно более или менее успешно догадывается, исследуя свой контакт с пациентом. Имея же сведения о характере внутрителесной альтернативы, мы имеем сравнительно объективный критерий истинности наших догадок. Если наши предположения об основных альтернативах в контактировании пациента с окружающим миром верны, то они должны соотноситься (в реальном опыте пациента!) именно с теми ощущениями, которые характерны для симптома и контрсимптома. В описанном случае пациентка испытывала хроническую тоску по близости и избегала этой близости в паническом страхе унижения.

Позвольте привести еще один пример.

Одна из участниц психотерапевтической группы страдает дискинезией желчевыводящих путей (хотя ее мотивация участия в группе связана, скорее, с личностными, чем с медицинскими причинами). В ходе работы группы она сталкивается с ситуацией, в которой испытывает страх сближения с людьми и, одновременно, характерные для указанного симптома болевые ощущения. Прожив эту «острую» ситуацию, она испытывает большое облегчение, потепление в отношениях с другими участниками группы, чувства радости и освобождения. Болевые ощущения исчезают. Но на следующий день у нее начинается серия поносов и, кроме того, повышается тревожность, возникают позывы к алкоголизации.

Я здесь вовсе не хочу сказать, что надо избегать обострения симптома. Проводя терапию, мы неизбежно провоцируем изменения. Если симптом выходит на границу контакта, он перестает быть статичным, он начинает двигаться. Необходимо лишь понимать диалектическое строение личности и симптоматики и ориентироваться в возможной динамике этой симптоматики в кульминационные моменты терапевтического процесса.



Итак, я хотел бы выдвинуть следующие тезисы:

1. Симптом есть превращенная форма контакта, который был ретрофлексирован и отчужден путем проекции потребности на определенный орган тела.
2. На уровне телесных процессов обычно существует контрсимптом, позволяющий избегать манифестации симптома и удерживать его в более или менее застывшем виде. Диалог симптоматических и контрсимптоматических ощущений может быть прямо соотнесен с той психологической ситуацией, с тем типом взаимодействия с окружающим миром, который является пусковым для данного симптома.

По всей видимости, выяснение полярной структуры симптоматики наиболее уместно на стадии, предвещающей терапевтические интервенции психосоматического плана. Сами «терапевтические воздействия» при психосоматических нарушениях наиболее эффективны тогда, когда план контакта пациента с окружающим миром и план его ретрофлексивного контакта со своим телом сходятся. Как этому способствовать?

Способ, с помощью которого можно прямо работать с симптомом, разработан Фрицем Перлзом. Ф.Перлз применял его при работе со сновидениями и называл методом идентификации с проективным образом (Peris, 1969).

Согласно его концепции, каждый элемент сновидения — это отчужденная и спроецированная в сновидение (в условный внешний мир) часть «я». Но патологична лишь частичная проекция, потому что она порождает расщепление, диссоциацию, отчуждение. Тотальная проекция не несет в себе диссоциации и даже является основой искусства. Соответственно для того, чтобы восстановить утраченную целостность, необходимо прежде всего претворить частичную проекцию в тотальную путем условной идентификации с образом сновидения. Этот принцип и был реализован Ф. Перлзом в известной технике пустого стула, хорошо знакомой психотерапевтам.

Взяв за основу идеи Ф.Перлза о способе работы со сновидениями и описанное выше представление о симптоме как превращенной форме контакта, можно построить схему стадий прямой работы с симптомом.

По аналогии с работой со сновидениями, первым шагом является превращение частичной проекции в тотальную путем идентификации с больным органом. При этом происходит переживание проецируемых качеств, желаний, чувств.

Вторая стадия — это реконструкция личного контекста взаимоотношений. Как это происходит? В какой-то момент терапевт интуитивно улавливает либо «сценарийный» характер фразы, либо эмоциональный всплеск и спрашивает пациента: «Кому обращены эти чувства?» Здесь может появиться какая-то фигура из личного опыта пациента. Появившуюся фигуру можно «усадить» на стул (если работать в технике двух стульев). Эту операцию можно истолковать как частичное обращение ретрофлексии.

Рано или поздно наступает третья стадия — стадия ассимиляции проекции. Ее сущность состоит в принятии ответственности за переживание того или иного желания или чувства, которое приписывалось органу и/или другому лицу. Это — переломная стадия. Именно на этой стадии восстанавливается исходное переживание, которое блокируется симптомом и одновременно искаженно, превращенно выражается с помощью этого симптома.

Четвертая стадия — стадия полного обращения ретрофлексии. Технически этот процесс, как правило, связан с тестированием устойчивости обретенной ответственности (например, в реальных взаимодействиях с участниками группы, если работа с пациентом идет в групповом режиме).

Таковы стадии прямой работы с симптомом — этапы пути от симптома к полноте контакта с миром.

Как описанные методы работы могут быть интегрированы в целостный процесс лечения? Оптимальным является сочетание тщательной индивидуальной работы и группового опыта. Я предпочитаю начинать работу в индивидуальном ключе, и на этом этапе весьма важным представляется прояснение полярной структуры симптоматики, расшатывание жесткости симптома путем обращения к динамической паре «симптом — контрсимптом» (здесь иногда желателен деликатный контроль со стороны врача).

Когда формируется психотерапевтическая группа, более важным становится другой метод. В группе пациентов с психосоматическими расстройствами групповая динамика может развиваться медленнее обычного. На начальных этапах такой группы (конечно

же, после относительного решения проблем первичного доверия) весьма уместным становится применение метода идентификации с больным органом как способа фокусированной индивидуальной работы в группе. Параллельно с этим, поощряя интерактивные процессы в группе, терапевт фасилитирует групповую динамику. Специфичным здесь является то, что групповая динамика опирается не только на коммуникативный уровень взаимодействия, но и на продельваемую телесную терапию. Постепенно участники группы начинают улавливать связи между собственными ощущениями и содержанием их взаимодействия с группой, и тогда становится легче применять третий метод, описанный в начале данного сообщения, — метод вывода симптома в контекст актуального контакта с участниками группы. Это уже в полной мере работа на границе контакта, и именно она, на мой взгляд, как правило, является решающей в терапии. В подобных случаях в какой-то степени можно говорить, что, работая с контактом, мы тем самым работаем с симптомом. Однако если симптом выходит на границу контакта в межличностном взаимодействии уже в начале терапии, это далеко не всегда означает, что мы быстро столкнулись с возможностью полного обращения ретрофлексии. Хочу еще раз повторить, что в генезе психосоматического симптома ретрофлексия прочно сцеплена с особым видом проекции — проекции на часть организма. (Если бы не опасения терминологической путаницы, можно было бы говорить даже об отдельном феномене — «соматической ретрофлексивной проекции».) В связи с этим важное значение приобретает предварительная работа, включающая в себя как выявление динамической полярности симптоматики, так и, в особенности, работа по ассимиляции проекций по типу предложенного метода идентификации с больным органом. Однако для меня принципиальным является не столько та или иная техническая форма работы, сколько опора на вычлененные стадии работы с симптомом, на схему периодизации терапевтической работы, которая основана на представлении о симптоме как ретрофлексированной и спроецированной на определенную часть организма форме контакта с окружающим миром.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания. М., МГУ, 1984.
2. Минделл А. Работа со сновидящим телом. — Московский психотерапевтический журнал, 1993, №№ 1-4.
3. Kepner, J.I. Body Process: A Gestalt Approach to Working with the Body in Psychotherapy. Cleveland: GIC Publication, 1987.
4. Perls, F.S., Hefferline, R.E., Goodman, P. Gestalt Therapy. N.Y.: Delta book, 1951.
5. Perls, F.S. Gestalt Therapy Verbatim. Moab, Uta: Real People Press, 1969.

**Ц**ель данной статьи — анализ возникновения и развития (этиологии и патогенеза) бронхиальной астмы, обоснование терапевтической тактики. Впрочем, большинство положений этой работы применимо и к другим заболеваниям. Бронхиальная астма скорее является общим примером рассмотрения подходов к пониманию и лечению психосоматической патологии (теоретизировать по поводу того, что такое психосоматика, и справедлив ли этот термин, не является целью данной статьи).

Анализ проводится с трёх позиций:

- 1. Психодинамическая.** С этой позиции, психосоматическое заболевание (коим является бронхиальная астма) рассматривается как следствие подавления эмоций (Райх, 1997; Лоуэн, 1998), как символическое выражение внутриличностного конфликта, вытеснение его энергии в симптом (Александр, 2002) или как эмоциональное напряжение со всеми вегетативными проявлениями без действий, сбрасывающих это напряжение (Александр, 2002). Предполагается, что корни заболевания находятся в детстве, в формировании характера, да и сам характер представляется совокупностью хронических мышечных напряжений, возникших вследствие эмоциональных репрессий (Райх, 1997).
- 2. Гештальт-терапевтическая.** С данной точки зрения видно, что симптом парадоксален, он одновременно представляет собой проявление жизненной силы и подавление её, а также является суррогатом удовлетворения потребности, частичным решением проблемы (он одновременно и проблема, и её решение). Симптом существует длительно за счёт того, что первично сильное напряжение превратилось в «хроническое напряжение низкой интенсивности» (Перлз, Гудман, 2001). Здесь мы наблюдаем пересечение с предыдущим постулатом о внутриличностном конфликте, т.е. в симптоме (например, в приступе удушья) выражены полярные тенденции — развитие процесса и его «замораживание». Полярности в телесном виде также могут проявляться парой симптомов, что даёт в результате более устой-

<sup>10</sup> Впервые напечатано в журнале «Гештальт гештальтов», 2006, № 2.

чивую патологическую конструкцию, называемую «симптом — контрсимптом» (Немиринский, 1997).

3. **Медицинская.** Согласно её положениям, бронхиальная астма одновременно представляет собой нарушение дыхания и аллергическую реакцию. Главный симптом (как упоминалось ранее) — приступ удушья с затруднённым выдохом. Он может провоцироваться разными стрессовыми факторами (физическое и нервно-психическое напряжение, холод). Но классическим примером будет аллергическая реакция (например, на тополиный пух, на шерсть животных) в виде этого самого затруднённого выдоха (удушья).

### Подавленный плач

Психоаналитик Ф.Александр (2002) выдвинул концепцию астматического приступа, в которой о симптоме говорится как о подавлении плача. Ребёнок, зовущий рыданиями мать, может задохнуться плачем, если мать долго не подходит. Он отказывается от плача — мать всё равно не подойдёт — и замыкается в одиночестве.

То, что в основе формирования приступа удушья лежит подавление рыданий, подтверждается наблюдением за больными во время приступа и укладывается в упоминавшуюся ранее парадоксальность:

- несмотря на тяжесть состояния, астматики склонны уединяться;
- приступ удушья может завершиться плачем (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крёгер, Ледерах-Хофман, 2000).

Теперь попробуем это аргументированно доказать и сделаем на базе этих наблюдений и доказательств далеко идущие выводы о патогенезе психосоматических заболеваний.

Сначала поговорим о подобии приступа удушья плачу, вернее, рыданию. Вспомним, что рыдание с всхлипыванием также происходит с удлинённым затруднённым вдохом и удлинённым затруднённым выдохом. Всё тело сотрясается, сбрасывая напряжение. Таким образом, внешне приступ походит на рыдание без выдоха (опять же напомним о случаях окончания удушья плачем). Но напряжение не сбрасывается, вместо дрожи может быть оцепенение.

Теперь рассмотрим, как же происходит превращение естественного эмоционального акта в патологию.

Во-первых, зададимся вопросом, для чего физиологически необходимо сужение бронхов? **Без бронхоспазма (сужения просвета бронхов) невозможно рыдать, иначе это будет просто глубоким дыханием.** При рыдании необходимо сопротивление выдоху. Попробуйте напрячь живот и, одновременно, форсировать выдох — получатся рыдающие звуки. Но это ещё не симптом. Как выглядит больной во время приступа? Сидит, оперевшись о стул или другую опору, чтобы активно задействовать плечевой пояс, включить в работу верхушки лёгких. Но это явно не самое глубокое дыхание. Глубокое дыхание достигается за счёт движения диафрагмы. Но она-то как раз и не действует! Это — во-вторых.

Итак, приступ бронхиальной астмы — это попытка зарыдать в виде бронхоспазма и прерывание рыдания в виде отказа от работы диафрагмы (спазма диафрагмы, что подтверждается рентгенологическими исследованиями — Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999). **Важный момент в понимании формирования симптома — то, что действие и противодействие происходят в разных точках организма, иначе симптома попросту бы не существовало** (как можно представить одновременно спазм и дилатацию, т.е. расширение, бронхов?). Здесь, при описании симптома как «действия — противодействия», уместно вспомнить о феномене пары «симптом — контрсимптом», описанном О.В.Немиринским (1997). Рассмотрим сходство и различие этих понятий.

«Контрсимптом — это телесный процесс, позволяющий избежать острой манифестации симптома и удерживать симптом в более или менее застывшем виде» (Немиринский, 1997, с.88). В этом смысле противодействие психофизиологическому акту (в нашем случае противодействие рыданию в виде спазма диафрагмы) также является способом удержания.

Другое сходство — приложение противодействующих процессов в разных точках организма и, порой, даже в разных системах. Примеры пар симптомов: дискинезия желчевыводящих путей — диарея, ком в горле — стеснение в груди и т.д. Примеры противодействий при симптомогенезе: сужение бронхов — спазм диафрагмы (бронхиальная астма), повышение артериального давления — напряжение скелетной мускулатуры (гипертоническая болезнь).

Но, в то же время, «симптом — контрсимптом» — это «своеобразная переключка ощущений, «спор» двух позиций», чередование

полярностей. «Она чуть подалась вперед и нагнула голову. Пропа-ла сдавленность в груди, и появилось напряжение в шее. Но изме-нилось и эмоциональное состояние. Теперь она испытывала нечто очень близкое к унижению. Конечно, когда я спросил у нее, как она может избежать переживания унижения, она вернулась к прежней позе, испытывая легкий привкус тоски... В описанном случае паци-ентка испытывала хроническую тоску по близости и избегала этой близости в паническом страхе унижения» (Немиринский, 1997, с.88). Здесь мы видим различие, т.к. «действие — противодействие», в отличие от «симптома — контрсимптома» — это способ форми-рования одной позиции, способ застывания ближе к одному из по-люсов (позиция: «я буду стойким и не стану рыдать», в то время как близость к другому полюсу может выражаться слезливостью). Подчеркну, что это — близость к полюсу, а не полярность, т. к. вы-ражены обе противоположные тенденции, но одна — больше.

**И всё же главное сходство — полярность — присутствует и в самом симптоме** («Противоречие, которое «застыло» в актуальной симптоматике», — Немиринский, 2001). Один из вариантов по-лярных позиций при бронхиальной астме это, повторюсь, желание заплакать, быть слабым и позиция стойкости. **Если же проводить традиционную лекарственную терапию («глушить» симптом), появится какое-либо другое патологическое проявление (контрсимптом), часто рассматриваемое врачами-терапевтами как побочный эффект действия лекарственных препаратов.**

**Процесс здоровья (здоровье в данном случае тождественно личностному росту) можно представить как маятникообразное движение от одной полярности к другой и, одновременно, дви-жение вперёд в перпендикулярной плоскости. При добавлении третьего измерения получаем известную схему движения по спи-рали (как тут не помянуть добрым словом ненавистную в студен-честве диалектику и её «единство и борьбу противоположностей»).** **Симптом — это застывший процесс, замирание возле одного из полюсов, чтобы снизить влияние второго. Если находиться меж-ду полюсами, существует сильное напряжение, побуждающее к действию.** **Здоровый человек в этих условиях (ситуации выбора) будет двигаться или сознательно продлит ситуацию неопределён-ности. Больной — замрёт. Когда мы выбираем позицию, мы тоже идём к какому-то полюсу, но это происходит уже на новом вит-**



**ке спирали развития.** Таким образом, обострение симптома (приступ) может давать излечение (вспомним о том, что приступ астмы может заканчиваться плачем). Но почему тогда не каждый случай астмы заканчивается плачем? Здесь мы видим следующее условие симптома — **низкую интенсивность напряжения.**

Итак, смысл симптома — замирание, отказ от движения вперёд, а не конкретная позиция. Поэтому отказ в процессе терапии от симптома ведёт к образованию контрсимптома. Прыжки из симптома в контрсимптом происходят в одной плоскости, поступательного движения нет. Значит (как отмечает О.В.Немиринский) необходим диалог между полярностями симптома и контрсимптома. В свете последних высказываний это будет усиление напряжения с целью получения решимости для продвижения вперёд. И это будет движение к конфликту других полярностей (ведь мы смещаемся по спирали в третьей плоскости).

А теперь — сущая крамола с точки зрения официальной медицины: исходя из предыдущих измышлений, я смею утверждать, что ярко выраженный астматический приступ (напряжение высокой интенсивности) не является болезненным проявлением, а представляет собой попытку решить конфликт полярностей. **Астматический приступ, как конфликт полярностей — это попытка выздоровления.** Проявлениями болезни при бронхиальной астме будут такие, например, симптомы как кашель, слабость, одышка и так далее.

### Подавленное раздражение

Далее, об аллергии. Чтобы возник бурный (гипериммунный) ответ на чужеродный вредный агент, необходимо длительно удерживаться в контакте с ним. То есть, речь идет о прерванном возмущении, раздражении. И снова мы видим полярные действия: сужение бронхов, чтобы увеличить скорость воздуха с целью резко выдохнуть, изгнать аллерген; и спазм диафрагмы. Возможно также говорить о раздражении (на кого-либо) в момент контактирования с будущим аллергеном (вариант отрицательного подкрепления).

Пример из практики. Девочка 5-ти лет принесла в дом котёнка и встретила с ожесточённой реакцией матери: «Чтобы я эту тварь больше в доме не видела!». Протестовать против матери опасно (для ребёнка, полностью зависящего от родителей — это опасность

для жизни). Поэтому возникшую аллергию на кошачью шерсть можно трактовать как следствие подавленного гнева, связанного по времени и ситуации с котёнком, и как вариант компромисса между желанием матери и своей потребностью (не девочка уступила, а её болезнь). Впрочем, котёнок тоже являлся раздражителем, ведь это он вызвал гнев матери. Выходит, что аллергия родилась между двумя полюсами раздражения.

Если принять тезис о подавленном раздражении как основе гипериммунного ответа, выстраивается довольно стройная концепция аллергически запускаемого удушья.

Ребёнок при возмущении, обиде может реагировать агрессией, но может сбрасывать напряжение и посредством плача. **Астматик находится в безвыходном положении: он не может ни разозлиться, ни разрыдаться!** Его душит обида, он задыхается от возмущения и он стойко переносит страдания.

Говоря о времени формирования подавления эмоциональных реакций, следует вспомнить исследования В.Райха («Функция оргазма», 1997), в которых он пришёл к выводу о первичном подавлении плача по отношению к подавлению агрессии (агрессия возникает позднее как реакция бунта в отношении родителей из-за угнетения ими его жизненных функций, в частности, плача). В развитии же приступа мы наблюдаем обратную картину: вначале подавленное раздражение, затем подавленный плач. Таким образом, **векторы развития заболевания и развития приступа противоположны по направлению.**

Последовательность подавления плача и раздражения видна также в разнице развития астмы в детском и взрослом возрасте. Ребёнок реагирует удушьем без чёткой связи с аллергеном, но потом, по мере накопления подавленного раздражения, его астма приобретает выраженную связь с раздражителем. Взрослый, напротив, начинает с аллергии, а заканчивает обращением к заблокированному плачу с тщетной надеждой снять напряжение. Конечно, это не обязательно, но общая тенденция такова.

Стадийность формирования заболевания определяет терапевтическую тактику: вначале работа с более поздним подавлением, т.е. с агрессией, затем — с плачем (сравните с гомеопатической концепцией выздоровления от более позднего заболевания к более раннему, «чисткой лука» в гештальт-терапии). Не забудем и о повышении энергетического статуса за счёт глубокого дыхания. В гештальт-те-

рапии мы будем говорить о поддержке полярностей «агрессии-бес-силія».

## Обида как парадоксальное переживание

С точки зрения парадоксальности симптома, должны быть невыраженные противоположные тенденции поведения (т.к. они выражаются одновременно). У астматика это: уход от людей, уединение и, в то же время, зависимость от них в виде медицинской помощи и ухода, заботы. Как они формируются?

Частое фиксированное переживание при астме — обида. Попробуем понять его генез, исходя из предположения, что первое возможное требование человека к миру — плач. Его игнорирование приводит к подавлению (из-за бессмысленности — мать всё равно не подойдёт) не только непосредственно крика и рыдания, но и требования вообще, агрессивного движения (движения к миру). Таким образом, вместо требования появляется его извращённая форма — обида. С одной стороны, это запрет на движение к людям, на требование. С другой — обида должна быть видна, нужен кто-то виноватый, то есть уход не полный.

Раздражение также требует активности в виде агрессии (уничтожения источника беспокойства, опасности) или ухода от раздражителя. Но для ребёнка это невозможно: источник существования (родителей или их заменителей) нельзя ни уничтожить, ни покидать. И снова в этом случае (в случае аллергии) мы получаем парадоксальное переживание «полуухода — полутребования», то есть обиду. Таким образом, в обиде сходятся пути и удушья, и аллергической реакции. Это их связующее звено.

Исходя из вышесказанного, получаем терапевтическую тактику в форме работы с парами агрессии — ухода, раздражения — смирения и т.п.

Другой важный аспект патогенеза — невозможность выразить требование без плача (требование заблокировано невыраженным плачем). И, в то же время, заплакать — означает выразить требование, что бессмысленно (мать всё равно не подойдёт). Теперь мы можем с точки зрения этого подхода перефразировать предыдущее высказывание о невозможности ни плакать, ни раздражаться. **Астматик не может ни пережить горе (в том числе и отсутствие заботливой матери), ни выразить требование (никто не услышит,**

**только станет горько и обидно).** Тогда лечение будет направлено на переживание горя из-за отсутствия должной заботы, с обучением самому заботиться о себе. А также на развитие способности требовать то, что окружение в состоянии ему предоставить.

## Итоги

Поскольку автор статьи работает преимущественно в рамках телесно-ориентированной психотерапии и гештальт-терапии, то и предлагаемые варианты работы основаны на этих подходах.

- Поэтапная работа:
  1. Отреагирование и принятие гнева, раздражения (агрессии);
  2. Отреагирование и принятие горя, отчаяния, безысходности (плача).
- Поддержка полярных тенденций: агрессии (раздражения, требования, движения к...) — ухода (бессилия, смирения, движения от...)

Цель работы: научиться заботиться о себе (не ждать появления идеальных родителей, их заботы) и требовать от окружения то, что оно реально может дать.

Что же тогда представляет собой традиционное медикаментозное лечение? Внешне в поведении — избегание плача и раздражения. Казалось бы, что такого? Особенно, если не вдаваться в такие «заморочки» психологов, как личностный рост, самовыражение и др.. Но на уровне организма, тела, которое не обманешь, к сожалению, картина основных исходов выглядит удручающе: инвалидизация. Остаётся надеяться, что процессы интеграции, столь любимые социологами и политологами, дойдут и до медицины. И тогда не придётся делить науку о человеческой жизни на естественно-научные и гуманитарные дисциплины.

## Литература:

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение — М, «ЭКСМО-пресс», 2002
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. — М., «Гэотар-Медицина», 1999.
3. Лоуэн А. Биоэнергетика. — Санкт-Петербург, «Ювента», 1998.
4. Любан-Плоцца Б., Пёльдингер В., Крёгер Ф., Ледерах-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. — Санкт-Петербург, Издание Санкт-Петербургского научно-исследовательского Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, 2000.

5. Перлз Ф., Гудман П. Теория гештальт-терапии. М., Ин-т общегуманитарных исследований, 2001.
6. Немиринский О.В. Гештальт-терапия психосоматических расстройств: от симптома к контакту. — Московский психотерапевтический журнал, 1997, №1, с. 84 — 91.
7. Немиринский О.В. Принципы применения гештальт-терапии в клинической практике. — в сб. Гештальт — 98. М., Московский Гештальт Институт, 1999, с. 20 — 32.
8. Немиринский О.В. Психотерапия как клиническая практика. — в сб. Гештальт-терапия и Консультирование, выпуск №1. М., Московский Институт Гештальт-терапии и Консультирования, 2001, с. 21 — 26.
9. Райх В. Функция оргазма. — Санкт-Петербург — Москва, «Университетская книга», 1997.

# Симптом, ведущий к просветлению. Механизмы образования психосоматических симптомов<sup>11</sup>

*Сергей Серов*

## Введение

**В** чем особенность «соматического» (психосоматического) пациента? Такой пациент отличается от «психических» клиентов тем, что приносит диагноз, симптом и просит именно с ними разобраться терапевта.

В этой работе я попытаюсь прояснить несколько вопросов, которые, на мой взгляд, неоднозначно трактуются современными терапевтами.

1. Какие проблемы все-таки считать психосоматикой?
2. Так ли неактуально для гештальт-терапии противопоставление организмического и социального? Может быть, нам достаточно знать о наличии конфликта потребностей?
3. Каким способом симптоматика становится хронической?
4. Что является «мишенью воздействия» при работе с психосоматикой?
5. Какие механизмы прерывания контакта участвуют в генезе психосоматических симптомов?

## Классификация психосоматических расстройств

Самая распространенная классификация психосоматических расстройств такова (Ф.Александр, 2004; МКБ-10, 1994):

- Конверсионные расстройства (истерия).
- Органные неврозы (соматоформные расстройства).
- Психосоматозы (собственно психосоматические заболевания).

Конверсионные расстройства также называются диссоциативными. Те, что проявляются телесными симптомами, описывают так: «...имеются потеря или затруднения движений или утрата ощущений (обычно кожной чувствительности). Поэтому больной представляется страдающим от физического заболевания, хотя таковое, объясняющее возникновение симптомов, не может быть обнаружено. ...Кроме того, оценка психического состояния больного и его социальной ситуации часто предполагает, что снижение продук-

<sup>11</sup> Статья впервые напечатана в «Журнале практического психолога», 2009, № 3. В данный сборник представлена автором в новой редакции.

тивности, вытекающее из утраты функций, помогает ему избежать неприятного конфликта или косвенным образом выразить зависимость или негодование. Хотя для других проблемы или конфликты могут быть очевидными, сам больной часто отрицает их наличие и свои неприятности приписывает симптомам или нарушенной продуктивности» (МКБ-10, 1994).

Соматоформные расстройства — функциональные расстройства, для которых не находят органических причин (страдает только функция) или причины не соответствуют поражению. Типичный пример — нейро-циркуляторная (вегето-сосудистая) дистония.

Психосоматозы — это хронические заболевания внутренних органов. В классификации болезней не относятся к психическим и поведенческим расстройствам.

В то же время, Франц Александер (Ф.Александер, 2004) говорил о двух механизмах образования психосоматической патологии — конверсии и напряжении из-за внутриличностного конфликта. Последний способ объединяет органные неврозы и психосоматозы. Отличие в том, что органный невроз — это еще функциональное нарушение, а психосоматоз — уже органическое. При конверсии идет вытеснение желания и превращение его в симптом. При втором варианте напряжение в организме из-за нерешенного конфликта между противоположными желаниями приводит сначала к нарушению функции напряженного органа или целой системы, а затем и к органическому нарушению.

Франц Александер говорит об отличиях конверсии от психосоматозов в контексте того, что конверсия затрагивает органы и системы, способные совершать произвольные действия (например, скелетная мускулатура), а органные неврозы (психосоматозы) связаны с органами и системами с автономной (вегетативной) иннервацией. Однако в данном исследовании в механизмах образования симптомов и по типу конверсии, и при функциональных или органических нарушениях органов, как мы позже увидим, будут обнаружены общие элементы.

Классификация Александера появилась в 1950-м году, тем не менее, многие терапевты ограничиваются отнесением к психосоматическим проблемам только органных неврозов. Будто именно функциональность нарушений является главным критерием, а не психологические проблемы в виде этиологического фактора. На-

чинающие же терапевты зачастую под психосоматикой вообще понимают ипохондрические жалобы или истерические соматические симптомы).

Возможный корень проблемы лежит в классификации болезней. Ведь даже такие уже признанные «классическими» психосоматическими болезнями как бронхиальная астма, язвенная болезнь, гипертоническая болезнь, тиреотоксикоз и т.д. не относятся к психиатрической сфере интересов. Тем не менее, на нас лежит ответственность, будем ли мы бояться работать с явными органическими поражениями или будем нарушать границы «резервации».

Поскольку именно органические заболевания являются наиболее пугающим пунктом классификации для начинающих терапевтов, именно им и будет посвящен следующий отрезок работы. Заодно будет рассмотрен вопрос об актуальности такого понятия как противостояние организмического и социального.

Почему образуются симптомы при психосоматозах и зачем они нужны

### **Что такое симптом и что такое болезнь**

Начнем с того, что мы вообще понимаем под симптомом. В Большой Советской Энциклопедии мы находим следующее определение симптома: «Симптом — (от греч. *symptoma* — случай, совпадение, признак), признак какого-либо явления, например болезни» (Большая Советская Энциклопедия, 1976).

Первое, что нам важно понять, что симптом — это не болезнь. Это только ее признак. Это не причина, а следствие. Обратимся за определением болезни все к той же БСЭ: «Болезнь — процесс, возникающий в результате воздействия на организм вредоносного (чрезвычайного) раздражителя внешней или внутренней среды, характеризующийся понижением приспособляемости живого организма к внешней среде при одновременной мобилизации его защитных сил. Болезнь проявляется нарушением равновесия организма с окружающей средой, выражающимся в возникновении побочных (неадекватных) реакций, а у человека — снижением на время болезни его трудоспособности» (Большая Советская Энциклопедия, 1970).

В то же время в медицине зачастую симптом делается главным действующим лицом — основой болезни. Лечение заключается в профилактике главного симптома или в купировании (прерыва-



нии) его. Так при бронхиальной астме медикаментозная терапия направлена на подавление аллергических реакций, избегание контакта с аллергеном (или устранение другого запускающего удушье фактора), а во время приступа — на устранение спазма бронхов. Потому что «Бронхиальная астма — хроническое рецидивирующее заболевание с преимущественным поражением дыхательных путей. **Характеризуется измененной реактивностью бронхов.** Обязательным признаком болезни является приступ удушья и (или) астматический статус» (Большая Медицинская Энциклопедия, 1975)<sup>12</sup>. По аналогии гипертоническая болезнь — это проблема кровеносных сосудов, а нейродермит — это проблема кожи и т.д. Но это одностороннее и как следствие неверное понимание болезни и ее главного симптома.

Для того чтобы выработать объемный взгляд на болезнь и симптом, надо вспомнить, что болезнь несет в себе не только дисфункцию, но и адаптацию (что, в общем-то, и говорится в определении болезни из БСЭ). И давайте представим, что вот эта-то адаптация и скрыта в главном симптоме болезни! То есть рискнем вообразить, что сужение бронхов при астме и повышение артериального давления при гипертонической болезни (или как теперь ее именуют — артериальной гипертензии, что, в общем-то, даже по определению не может быть болезнью, а только синдромом) не проблема, а важное действие организма, направленное на удовлетворение его нужд. Но тогда встает вопрос о том, почему же все-таки пациент страдает? Если главный симптом — это свидетельство работы механизма адаптации, то где корень проблемы?

Для того, чтобы упростить работу по описанию, я введу два весьма механических термина: «акселератор» и «тормоз». «Акселе-

---

<sup>12</sup> Сведения из БСЭ и БМЭ взяты исходя из авторитета изданий. Несмотря на то, что издавались они давно, в современных источниках суть определений не изменилась. Например, одно из последних определений от GINA (2006 год) звучит так: «хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля, особенно по ночам и ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности обструкции дыхательных путей в лёгких, которая часто бывает обратима либо спонтанно, либо под действием лечения» (цит. по Исаев Ю., Мойсюк Л. Бронхиальная астма. Конвенциональные и неконвенциональные методы лечения. — М: «КУДИЦ-ПРЕСС», 2008, с. 168).

ратором» я назову реакцию организма на внутренние или внешние раздражители, которая направлена на перевод организма в состояние, в котором он способен активно реагировать на раздражители и адаптироваться к изменениям внешней или внутренней среды. «Тормозом» я назову блокировку остальных реакций, необходимых для активной адаптации. На примере гипертонической болезни «акселератором» будет повышение артериального давления, а «тормозом» — напряжение скелетной мускулатуры, удерживающее организм от активного действия. Разберем пример подробнее.

Повышение артериального давления происходит в стрессовых ситуациях. Оно является необходимым условием для активной мышечной работы. Такой работой может быть драка или бегство. В суженных артериях кровь течет быстрее, чтобы удовлетворять возросшую потребность мышц в кислороде и питательных веществах. Далее либо следует активная мышечная деятельность, либо следует отказ от бегства или агрессии, если опасность миновала. В обоих случаях артериальное давление снижается (в первом случае после выполнения мышечной работы, во втором — через непродолжительное время, после утилизации выброшенного в кровь адреналина). В случае, относящемся к болезни, команда «опасность» **не отменяется**, но и скелетная мускулатура **обездвижена**. Таким образом, кровеносная система напряжена и напряжение это не спадает, потому что организм работает по алгоритму: либо за действием «А» выполняется действие «В», тогда действие «А» выполняется до тех пор, пока не закончится «В». Либо отменяется команда, запускающая действие «А» (по принципу обратной связи).

Получается, что главные симптомы болезней и являются действиями «А» или «акселераторами». Они же являются условиями для выполнения «В». Примеры таких последовательностей:

- Бронхоспазм — подготовка к плачу (рыданию), крику или кашлю.
- Повышение АД — подготовка к агрессии или бегству.
- Лихорадка — подготовка к активному действию иммунных сил.

Странно считать проблемой и точкой воздействия бронхоспазм при астме. Проблема — отсутствие работы диафрагмы. **То, что в медицине именуется соматическим симптомом или болезнью, на самом деле — первый шаг к изменению, подготовительный этап,**

условие для окончательного действия по адаптации организма, для изменяющего неудовлетворяющую реальность действия.

### **Симптом — это подготовка к действию**

Исходя из вышесказанного, я определяю **соматический симптом** как **признак переходного периода**. Часть организма уже перестроилась, а часть — еще нет. И в том смысле, что эта перестройка ведет к более адаптированному состоянию, можно сказать, что **симптом — это способ выздороветь, а не способ заболеть**. В примере с лихорадкой это особенно заметно. Симптом — это ступенька к переходу на более высокий уровень функционирования (здоровья). Причем в случаях с детьми это бывает даже не просто восстановление прежнего здоровья, а скачок в развитии. Такое уже не раз слышал от тех мам, которые рискуют не сбивать высокую температуру при гриппе и ОРЗ у маленьких детей. Если мы говорим про личностный рост как про способность к освоению нового опыта, то в данном контексте симптом — также ступенька в развитии.

### **Симптом — то, что происходит «между»**

Между низким и высоким уровнем иммунитета при гриппе есть лихорадка. Между тем, как быть спокойным и разрыдаться, есть момент удушья. То есть тогда, когда бронхи уже сузились, а диафрагма еще не сократилась. Между отдаленностью и близостью есть смущение. И это смущение многими переживается как симптом. Много клиентов предъявляют смущение как проблему и просят с ней работать (впрочем, это всего лишь красивое сравнение, поэтому вернемся к соматике). Голод сопровождается нытьем в эпигастрии, что характерно для язвы двенадцатиперстной кишки.

В этом ключе по-новому смотрится проблема гипертиреоза — гиперфункции щитовидной железы. Так называемая «Базедова болезнь» проявляется ускорением жизненно важных функций организма. С точки зрения психодинамического подхода (Ф.Александр, 2004) гипертиреоз — следствие ощущения небезопасности. А также он возникает тогда, когда необходимо раннее взросление. Посмотрим на гипертиреоз в контексте присутствующего у многих страдающих Базедовой болезнью страха смерти. Получается, что человек стремится жить интенсивнее, потому что смерть рядом? Или страх смерти возникает, потому что «нет жизни»? С точки зрения подхода, изложенного в данной работе, гипертиреоз — это реаль-

ная попытка что-то успеть сделать. И если это «что-то» в результате действий приобретает, гипертиреоз больше не нужен. «Гипер» здесь — отличие от состояния покоя. А для активной деятельности — это вовсе не «гипер», а норма! Получается, что при болезни действительно не происходит то, ради чего щитовидная железа продуцирует больше гормонов. Встают некие социальные запреты на активность. И тогда при отсутствии удовлетворенностью жизни и возникает страх смерти! Тот, кто живет полноценной жизнью, удовлетворен ею, помнит о смерти, но не боится ее.

### Симптом как патология. Организмическая и социальная составляющие патологии

Сам по себе симптом — не патология. Патологией он становится при фиксации. Если удушье и так краткосрочно бывает в начале рыдания, то бронхиальной астмой оно становится по причине отсутствия работы диафрагмы. Длительность симптома определяется именно действием «тормоза». «Тормозом» выступает мышечное напряжение. Но причина «тормоза» — социальные страхи. Чтобы не заплакать, надо думать о том, как это скажется на отношениях (отношении к пациенту). Чтобы не выразить гнев через агрессию, надо думать о том, как это будет выглядеть в глазах окружающих и т.д.

«Акселератор» — это организмическая составляющая болезни, «тормоз» — социальная. Организмическая составляющая запускается организмом произвольно, социальная относится к действию произвольной мускулатуры, т.е. управляется корой головного мозга. Таким образом, мы видим общее в конверсии и психосоматозах (и органических неврозах), а именно задействие произвольной мускулатуры.

Но даже и действие «тормоза» не будет фиксировать симптом. Оно только создаст напряжение, которое можно разрешить. Потому что организм склонен искать наименее затратные способы организации (И.Польстер, М.Польстер, 1997). «Наиболее важный конфликт, который может вести, с одной стороны, к интегрированной личности, а с другой — к личности невротической, — это конфликт между социальными и биологическими потребностями человека. “Хорошее” и “плохое” (обычно называемое “правильным” и “неправильным”) с точки зрения социума может быть прямо противоположным “хорошему” и “плохому” (“здоровому” и “нездоровому”)

для организма. В пику законам биологической саморегуляции человечество изобрело моральную регуляцию — правила этики, систему стандартизированного поведения» (Перлз, 2000, с. 80). Каким образом организм выбирает, куда идти — в невроз или здоровье — описано в более поздней работе Перлза и Гудмана: «Мы утверждаем, что невроз не состоит в некоем активном конфликте (внутреннем или внешнем) одного желания против другого, или социальных стандартов против животных потребностей, или персональных нужд (например, амбиций) против социальных стандартов и животных потребностей. Все эти конфликты совместимы с интеграцией самости, и на самом деле являются средствами ее интегрирования. Но невроз есть преждевременное погашение конфликтов; это зажимание, или перемирие, или оцепенение ради избежания дальнейшего конфликта; и он вторично проявляет себя как потребность в победе в ничтожных битвах, как если бы эти победы могли отменить глубокое унижение. Это есть, коротко говоря, победа над собой» (Перлз, Гудман, 2001, с. 216). Соответственно, работа терапевта заключается в том, чтобы снова обострить конфликт и в состоянии тупика дожидаться реорганизации отношений сторон внутриличностного конфликта. Для этого должны быть созданы безопасные условия и накал столкновения не должен зашкаливать, иначе все вернется к прежней форме организации и защиты станут еще крепче.

Противоречия между работами Перлза разных лет не существуют. В «Эго, голод и агрессия» описана причина симптомообразования, а в «Теории гештальт-терапии» — способ симптомообразования. И даже не способ симптомообразования. Способом все-таки является мышечное напряжение, которое тормозит действие «В» (не забываем, что у адаптационного действия минимум два, обеспечивающих его процесса и симптом возможен именно потому, что один процесс идет, а другой тормозится). Погашение конфликтов и его форма — хроническое напряжение низкой интенсивности — это **способ зафиксировать симптом**.

## Ошибки лекарственной терапии

Терапия должна быть направлена на социальную часть болезни, а не на симптом (организмическую составляющую). Тем более, что психотерапия лечит именно особыми отношениями, меняя социальные шаблоны на гибкую приспособляемость. Она социальна по

определению. Кроме того, симптомы, которые приносит терапевту клиент, не существуют вне социального контекста! Я сомневаюсь, что кто-то, выживающий в одиночку в тайге способен на приступ бронхиальной астмы, гипертонический криз или на паническую атаку. Для психосоматического симптома нужен социальный тормоз, а у одиночки его нет. Одиночка здесь — тот, кто физически один, а не чувствует себя одиноким. И когда выживание становится главной задачей, психосоматика также отступает. Социальный контекст тогда становится незначимым.

С учетом того, что организм действует по алгоритму, и за «А» должно следовать «В», симптом можно также назвать незавершенным гештальтом. И как незавершенный гештальт он стремится к завершению. То есть, организм будет воспроизводить действия «А». И с учетом того, что медицинские препараты имеют целью воздействия процесс «А» (устраняют его достижения), то неизбежное повторение попытки организма завершить начатое приводит к хронизации процесса.

## И ошибки психотерапии

Но не только лекарственной терапией можно воздействовать «не по адресу». Допустим, у клиента «ком» в горле. При этом голос его сдавлен. Явно удерживается какой-то звук — крик, плач и т.д. Что часто делает психотерапевт? Направляет усилия на устранение этого «кома»! Предполагая, что это барьер, препятствующий выражению чувства. Но теперь, понимая логику образования симптома, мы ясно видим, что сужение голосовой щели может быть как раз тем, что нужно человеку для звукоизвлечения! И стимулировать нужно дыхание, а не расслаблять голосовую щель. Тогда мы сможем услышать рычание, отворачивание или еще что-нибудь. **Сила познается через сопротивление этой силе.** Сужение голосовой щели создает сопротивление, которое дает возможность быть сильной диафрагме.

Логично предположить, что также устранить симптом можно профилактикой реакции «А». Гипертоник заводит кошку, которая его успокаивает (или он себя успокаивает, учась заботиться о кошке, а не раздражаясь). Бронхиальную астму лечат НППеры техникой другой реакции на аллерген. Мое предположение, что аллергия — как раз незавершенная реакция на раздражитель. Организм отвергает вещество, которое ему вредит, запускает чихание, насморк,

кашель и т.д. Естественным продолжением будет агрессия в сторону «вредителя» или бегство. Но ни того, ни другого не происходит, только иммунная реакция. Когда на заре своей практики я лечил методом НЛП атопическую бронхиальную астму, в результате лечения женщина стала лучше переносить конкретный аллерген, но ее депрессия никуда не ушла. Могу предположить, что у нее появился новый аллерген или болезнь перешла на более тяжелый уровень (опухоли или другая патология). В то же время есть другой пример, когда восстановление способности реагировать раздражением вылечило аллергию. Раздражение было в контексте отношений с родителями и мужем. НЛП же ничем не отличается от антигистаминного «лечения» кроме действующего агента.

### Разрешенная полярность и симптом

С кошкой на первый взгляд сложнее. Вернее с гипертонией. Но всё становится яснее, если допустить, что **злость бывает не только организмической**. Часто злость — вместо другого переживания. Например, вместо бессилия, отчаяния. И тогда поистине утверждение о ценности смирения имеет смысл. Или злость существует вместо нежности. Получается, что кошка является куда более терапевтическим элементом, чем НЛП. Для работы нам нужно **всегда искать избегаемое переживание**. Агрессивная реакция вполне способна скрыть слезы, особенно если «мужчины не плачут» (впрочем, подобная установка может быть и у женщин, которых «нельзя жалеть» и т.д.). Тогда им остается только быть в ярости, чтобы сбросить напряжение. Агрессия в этом случае может быть неуправляемой. Потому что — это пресловутый «котел без клапана», который взрывается от невыраженных накопившихся чувств. Только если обычно именно с накопленной агрессией этот взрыв агрессии и связывают, то в практике наблюдаю, что **взрыв идет по пути «разрешенной эмоции»**. У женщины может быть наоборот — слезы вместо злости. Поэтому не спешите искать злость за гневливостью или рыдания за слезами. **Если эмоция выражается с легкостью, скорее всего это «не то место, где надо копать»**.

Поэтому необходимо четко проводить различия между потребностями и позволяемой эмоцией. Запрет на бессилие — нередкое явление при гипертонии. С точки зрения больного — это социально неодобряемое явление. Причем здесь нет особых различий между

женщинами и мужчинами. Организм нуждается в расслаблении, но социально-ориентированная установка толкает к напряжению в сосудистой системе. Думаю, что это происходит за счет тотального мышечного напряжения, в связи с чем сосуды, проходящие через мышечную массу, сдавливаются. Это заставляет сердце работать активнее. Классическая ситуация гипертонии. Работа с такими пациентами часто помогает высвободить процесс рыдания, приводящий к расслаблению.

Заболевания могут иметь противоположные по вектору направленности организмические составляющие (аллопластические или аутопластические реакции<sup>13</sup>). Гипертония существует как запрет на агрессию и как запрет на бессилие (организмические компоненты — адреналиновая готовность к действию или усталость, требующая выхода из игры). Произвольный мышечный компонент, необходимый для реализации требующегося организму эффекта — нападение или отступление. В обоих случаях гипертонии эти произвольные мышцы напрягутся и не дадут завершить процесс. Можно иметь одинаковый организмический (вегетативный) компонент и разный произвольный. Астма представлена блокировкой крика (требования) и плача (смирения). И там, и там есть сужение бронхов, но разные движения диафрагмы. Одна и та же иммунная реакция при аллергии требует отвержения или избегания<sup>14</sup>. Но как бы ни комбинировались компоненты, все равно необходимо понять, какое произвольное действие заблокировано, и как эта блокировка связана с отношениями.

Симптом определяется как суррогатное решение проблемы (Немиринский, 2006), но можно сказать, что симптом — это не столько суррогат решения проблемы, сколько незавершенный процесс решения. Это — крик о помощи. Мы рассматриваем симптом как неактуальный в настоящий момент способ адаптации. Но давайте посмотрим на него и как на единственно возможный способ именно **в данный момент, в данном окружении**. Симптом заставляет

---

13 Если индивид изменяет среду соответственно своим нуждам и желаниям, эти процессы называются аллопластическими, если же вследствие восприятия внешнего мира происходят модификации внутреннего или психического мира, говорят об аутопластических процессах (Мур Б., Файн Б. «Психоаналитические термины и понятия»).

14 В аллергии кроме блокировки агрессии есть также ее смещение с обидчика на обстоятельства конфликта. Таким образом, через избегание условий конфликта осуществляется профилактика самого конфликта.



изменить жизнь. Есть такая замечательная фраза: «Страдающий плотью перестает грешить».

И только его (симптома) игнорирование или «лечение» приводит к новым проблемам. Благодаря симптому пациент начинает работать над собой, получает поддержку терапевта, чтобы противостоять сложившимся отношениям, завершать отношения с фигурами из прошлого, причастным к началу болезни... или, проецируя свои проблемы на диагноз, отрицает необходимость изменить себя и «подсаживается» на лекарства.

### Итоги

В этой части мы рассмотрели первые четыре вопроса и видим, что по-прежнему противостояние биологического и социального — важный контекст работы, а преждевременное примирение конфликта — не причина симптома, а способ сделать симптоматику хронической.

Важность определения именно социально-ориентированной полярности, которая является причиной сопротивления, подтверждается приемом работы Арнольда Минделла, когда обнаруженному в симптоме застывшему биологически важному процессу придумывается именно социальный оппонент.

Переходим к последнему пункту обсуждения.

### Механизмы прерывания контакта, участвующие в образовании психосоматических симптомов, способы вывода симптома на границу контакта

Олег Владимирович Немиринский выдвинул концепцию образования психосоматического симптома как ретрофлексии с проекцией на тело: «Симптом есть превращенная форма контакта, который был ретрофлексирован и отчужден путем проекции **потребности** на определенный орган тела» (О.В.Немиринский, 1997). Однозначно утверждение о проекции потребности на тело применимо к конверсионным симптомам. При диссоциации действительно орган делает то, что не решается сделать личность. Яркий пример — истерическая глухота, когда не выражается прямое: «Я не хочу тебя слышать!». Но относительно психосоматозов возникают трудности с применением упомянутой концепции в чистом виде.

При аутоиммунных заболеваниях очевидна ретрофлексия. Напряжение требует дефлективного сброса как в случаях с легализованными переживаниями, упомянутыми ранее. Но что насчет проекции? В этой категории симптомов нет проекции конфликта внутрь — в область внутренних органов. Есть попытка служить двум господам. Что осуществляется посредством двух одновременно существующих процессов возбуждения и торможения, протекающих в разных частях организма, которые вместе составляют функциональное единство, созданное для удовлетворения потребности. Это не уход вовнутрь, это не конверсия.

Так может быть здесь вообще нет проекции? Есть. Также и при язве желудка могут сказать: «Если бы не мой больной желудок...». Кроме того, есть отчуждение тела вообще, чтобы создать экран для проекции. Болезнь сама по себе тоже нечто отдельно существующее. А диагноз слишком удобная вещь, чтобы ей не воспользоваться в целях облегчения усилий при социальных контактах. И тогда мы слышим, что «маму нельзя нервировать», потому что у нее «давление». Для чего это нужно знать? Ведь в любом случае работу можно начинать с создания образа, у которого есть потребности и способы добиться их удовлетворения, и присвоения этой проекции. Но если в первоисточнике говорится о проекции на орган, то и работа ведется через отождествление пациентом себя с этим больным органом. А это не всегда возможно как, допустим, в случае с артериальной гипертензией (гипертонической болезнью). Тогда сам диагноз (что способна делать болезнь) может послужить образом, который действует за пациента и удовлетворяет его потребности, его нужно создать как полную проекцию и затем присвоить.

Не всегда с помощью создания образа как тотальной проекции (Немиринский, 1997) удастся превратить симптом в психологический конфликт, с которым потом идет понятная для психотерапевта работа («вывести симптом на границу контакта»). Работать можно не только с фигурой, содержащейся в проекции, но и с фоном, на котором существует заболевание.

Следующие приемы окажут помощь во многих случаях работы с психосоматикой.

- Прояснить фон, на котором появилось заболевание. Узнать, что происходило в жизни в момент его возникновения, даже если пациент не связывает эти события друг с другом. Прием позво-

ляет определить конфликтные отношения, в которых было необходимо симптоматическое решение.

- Узнать модальности симптома (от чего происходит улучшение, от чего — ухудшение).
- Информация о том, как меняются отношения с окружающими в связи с наличием симптома.
- Можно спросить, каким становится пациент, благодаря симптому (из-за симптома): слабым, раздражительным, требовательным и т.д. Как он к себе такому относится?

Впрочем, работа с психосоматическими симптомами — это большая отдельная тема. Если вы еще не читали статью Олега Владимировича Немиринского «Гештальт-терапия психосоматических расстройств: от симптома к контакту», обязательно начните с нее.

### Литература:

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. — М., Институт общегуманитарных исследований, 2004.
2. Барнесс Э. Мур, Бернارد Д. Файн. Психоаналитические термины и понятия. Словарь. — М., Независимая фирма «Класс», 2000.
3. Большая медицинская энциклопедия. Гл. ред. Б.В. Петровский, 3-е изд., т. 2. — М., «Сов. Энциклопедия», 1975.
4. Большая Советская Энциклопедия, т. 23, — М., «С. энциклопедия», 1976
5. Большая Советская Энциклопедия, т. 3, — М., «Сов. энциклопедия», 1970
6. Исаев Ю., Мойсюк Л. Бронхиальная астма. Конвенциональные и неконвенциональные методы лечения. — М., «КУДИЦ-ПРЕСС», 2008.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. — СПб., «АДИС», 1994.
8. Немиринский О.В. Гештальт-терапия психосоматических расстройств: от симптома к контакту. — Московский психотерапевтический журнал, 1997, №1, с. 84 — 91.
9. Немиринский О.В. Принципы применения гештальт-терапии в клинической практике — Гештальт гештальтов, 2006, N 2, с.62 — 77.
10. Перлз Ф.С. Эго, голод и агрессия. — М., «Смысл», 2000.
11. Перлз Ф., Хефферлайн Р, Гудман П. Теория гештальт-терапии. — М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2001.
12. Польстер И., Польстер М. Интегрированная гештальт-терапия: контуры теории и практики. — М., Независимая фирма «Класс», 1997.

## Возможности использования голоса в гештальт-терапии психосоматических расстройств<sup>15</sup>

*Олег Немиринский, Оксана Шевченко*

В конце 20 — начале 21 века заметно вырос интерес психотерапевтов различных школ к использованию голоса в своей работе (Austin, 1993; Gregory, 2009; Newham, 1998; Overland, 2005 и др.).

В психоаналитической терапии известны работы Diane Austin, которая опирается на концепцию К.Г.Юнга и на теорию объектных отношений Д.Винникота (D.Winnicott). В рамках этого направления голос рассматривается как содержащий важную информацию из прошлого и, в особенности, из раннего опыта отношений матери и ребенка.

Использование голоса в терапевтических целях характерно для терапевтов, фокусирующихся на телесном осознании (Linklater, 1976; Newham, 1998). Paul Newham, будучи вокалистом по первому образованию и психологом по второму, разработал специальный метод вокальной терапии и назвал его “Therapeutic Voicework”. Он выделил десять акустических параметров человеческого голоса, отражающих различные состояния, смыслы и качества личности. Задачи вокальной терапии связаны с расширением экспрессивного диапазона, который дает клиенту возможность обрести новый эмоциональный опыт.

В гештальт-подходе известны работы Susan Gregory (2004; 2009). Она сочетает работу с голосом и пением с различными упражнениями (часть из них связана с движением) и традиционной терапевтической работой. Начиная с вокальных упражнений по звукоизвлечению, сочетающихся с особенным вниманием к дыханию и заземленности, она переходит к ритмическим упражнениям, эстетическому восприятию мелодии и, наконец, к пропеванию слов. Использование песен является центральным моментом ее системы терапии, так как в песне, по мнению Сьюзан Грегори, отражается не только звучащее единство телесного и психического, но и множество смысловых оттенков, которые позволяют пережить то, к чему

---

<sup>15</sup> Впервые напечатано на итальянском языке в журнале “Quaderni di Gestalt”, vol/ XXVI, 2013, N 1.

в терапии приходится подступаться довольно долго. Текст песни рассматривается и как личностный нарратив. С.Грегори пишет: «У каждого человека есть песня, которая очень важна для него из-за того контекста, в котором он пел или слышал ее. В песнях концентрируется личная история» (Gregory,2009). Это делает вокальную терапию весьма эффективной в работе с травмами, а также при решении других задач в индивидуальной и групповой терапии.

Задачи нашей статьи связаны с описанием возможностей использования голоса в работе с психосоматическими расстройствами, поэтому мы, в отличие от С.Грегори, будем касаться в первую очередь звукоизвлечения, а не исполнения песен. Но вначале необходимо остановиться на том, как мы понимаем отношение между симптомом и контактом в гештальт-терапии.

### СИМПТОМ И КОНТАКТ

Наиболее общее теоретическое основание понимания всякого симптома в гештальт-терапии — это концепция *двойной природы симптома* (Perls,Hefferline,Goodman,1951). Симптом — это противоречие, парадокс, ибо он является выражением витальности и, одновременно, «защитой» против витальности, отражением какой-либо «проблемы» и, одновременно, способом решить эту проблему. Симптом является творческим приспособлением и, одновременно, нарушением творческого приспособления. Исходя из этой двойственности, гештальт-терапевт воспринимает симптом не только как причину страдания клиента, но и как потенциальный источник незадействованных жизненных сил этого клиента.

Дело в том, что в симптоме «замирает» то возбуждение, которое сопутствовало остановленной жизненной активности. Оно потенциально содержится в этом симптоме в связанной форме (в простых случаях буквально в форме хронического напряжения, но это касается любой симптоматики); можно сказать, что симптом — это застывшая форма творческого приспособления. И когда симптом начинает «оживать», когда эта окаменелость исчезает, высвобождается значительное количество возбуждения, потенциальная (связанная) энергия симптома превращается в актуальную энергию клиента. Поэтому гештальт-терапевт, способный в силу своего мировоззрения к парадоксальности, понимает, что симптомы, которыми страдает данный конкретный человек, — это не просто

«нечто вредное», это еще и клад, сокровищница незадействованных способностей этого человека.

Мы утверждаем, что *психосоматический симптом есть ретрофлексированная форма контакта с окружающим миром* (Немиринский, 1997; Nemirinskiy, 2012). Иначе говоря, в симптоме в превращенной форме отражается нечто, что существовало в развернутой форме контакта. Кроме того, при рассмотрении симптома мы сталкиваемся не только с ретрофлексией, но и с отчуждением определенной части тела (органа, системы) от целостного взаимодействия организма с окружающим миром. Необходимо оговориться, что мы не утверждаем, будто другие формы прерывания контакта не могут участвовать в развитии симптома, но то, что делает этот симптом психосоматическим, — это своеобразное единство ретрофлексии и проекции.

Итак, симптом — это такая форма контакта, которая, проделав своеобразную эволюцию, утратила признаки контакта. Поэтому терапевтической задачей гештальт-терапевта является не только работа с актуальными для клиента формами и способами контакта, но и раскрытие той формы контакта, которая свернута в симптоме, прослеживание генезиса формирования симптоматики и разворачивание ее заново в психотерапевтическом пространстве.

Как это возможно?

Здесь существуют две возможные тактические линии терапевтической работы.

### **1. Работа с симптомом на границе контакта**

Для того чтобы симптом был вовлечен в пространство психотерапевтической работы, он должен оказаться на границе контакта, и тогда он станет подвижным. Иначе говоря, если терапевтическая ситуация воспроизводит острую жизненную ситуацию, — симптом «оживает», начинает двигаться. Здесь, пожалуй, самый важный практический вопрос — понимание того, *в контексте каких отношений* происходит это «оживление» симптома.

Для прояснения «отношенческого контекста» симптома можно использовать ряд методических средств, например, описанную нами в другой работе «технику напряжометра» (Nemirinskiy, 2012)

В некоторых случаях симптоматические ощущения сами, без специальной техники выходят на авансцену терапевтического взаимодействия. Например, кожный зуд, о котором рассказывает кли-

ент, может спонтанно актуализироваться во время сессии, и тогда мы немедленно задаемся вопросом о том, что происходит в данный момент в отношениях клиента с терапевтом или с группой.

Итак, в случае первой из возможных тактических линий мы с самого начала стремимся работать на границе контакта. Это в некотором смысле «привилегированный» путь работы гештальт-терапевта. Однако, по нашему опыту, неожиданная актуализация симптома на начальных стадиях терапии не всегда оказывает благоприятное влияние на последующий ход работы. Это столь же перспективно, сколь и рискованно; клиент может испугаться актуализации симптома, и если он еще не научился в достаточной степени опираться не только на себя, но и на терапевта, это может побудить его к прекращению терапии. Вторая проблема — это проблема устойчивости результатов. Однократная красивая работа с симптомом на границе контакта — это важное событие, но, как правило, лечение требует более тщательной проработки.

## **2. Поэтапное возвращение к контакту**

В этом случае мы поначалу работаем с ретрофлексированной формой контакта, с телесным напряжением, что провоцирует разворачивание ретрофлексированной энергии и постепенный переход к взаимодействию зоны напряжения («зоны отчуждения») с окружающим миром. Тогда *терапия психосоматического симптома идет в обратном порядке по отношению к генезису сворачивания контакта*, к формированию симптоматики. Мы начинаем работать с симптоматикой как телесным субстратом, в области симптоматики обостряется утраченная чувствительность, хроническое напряжение низкой интенсивности начинает расшатываться, интенсивность напряжения повышается. В этот момент мы внимательны к отношению клиента к его телесным процессам и особенностям отношений с терапевтом. После повышения чувствительности в зоне напряжения низкой интенсивности могут обостряться болевые ощущения. За этими болевыми ощущениями, как правило, стоит остановленное и превращенное переживание. Ориентируясь на особенности эмоциональных и телесных реакций клиента, мы можем начать строить некоторые гипотезы об остановленном переживании, и проверять их, исследуя пространство отношений клиента как там и тогда, где этот симптом впервые появился, так и

здесь и теперь, где он обостряется, выходит на границу контакта. Теперь терапевт имеет дело с развернувшимся переживанием, застывшим в телесных напряжениях, и исследует обращенность этого переживания, а также особенности нарушения контакта, которые способствовали формированию симптоматики как творческого приспособления там-и-тогда. Когда в терапевтическом пространстве восстановится та форма контакта, которая способствовала формированию симптома, она становится доступной для переосмысления, переструктурирования и приобретения новых форм. Терапевт способствует формированию новых, более здоровых форм контакта. Один из способов такой работы с симптомом в порядке обратного течения его формирования мы описываем ниже, в методе работы с голосом в гештальт-терапии.

Итак, в общих чертах, независимо от той или иной тактической линии, задача гештальт-терапевта состоит в том, чтобы вернуть клиента к исходной форме контакта. В реализации этой задачи очень важен следующий методический принцип: *мы всегда внимательны к телесному процессу и всегда внимательны к отношению к контексту*. Иногда приходится слышать о телесно-ориентированной гештальт-терапии. Этот термин кажется странным. На наш взгляд, гештальт-терапия всегда телесно-ориентирована, но она всегда контакт-ориентирована. Важно не противопоставлять симптом и контакт, телесный процесс и аспект отношений, а наоборот, всегда быть внимательными к их взаимосвязи. В применении к психосоматическим расстройствам это означает, что, когда мы исследуем телесный процесс, мы постоянно внимательны к отношениям (как минимум, к взаимодействию клиента с терапевтом), а когда мы исследуем отношения, мы используем симптоматические ощущения как индикатор происходящих изменений (и если «стрелка не отклоняется», то, скорее всего, мы исследуем не те отношения, которые релевантны данной симптоматике).

## Работа с голосом в гештальт-терапии

Затруднение звучания голоса в целом связано с двумя вещами: сложностями в отношениях и телесными процессами. Для того чтобы голос звучал полно, тело должно жить целиком. Если какая-то область тела заморожена, то голос приобретает определенные характеристики, уплощается, становится не звучным, не полным.



Благодаря этому работа с голосом имеет диагностический характер. Голос выявляет ту область тела, где существует область хронического напряжения низкой интенсивности. Когда мы помогаем голосу звучать, обнаруживая эти неконтактные, «замороженные» части тела, мы оказываем терапевтическое воздействие на область хронического напряжения, за которой прячется симптоматика. Так мы способствуем восстановлению ощущений и прокладываем некую чувственную дорожку, мостик к застывшему в симптоматике переживанию, и далее мы исследуем его в пространстве отношений.

В работе с голосом, как и в работе с симптомом, терапевт всегда держит во внимании два плана отношений — «здесь и теперь» и «там и тогда». Эти контексты проявляются как в отношении клиента к своему телу и голосу в данный момент, так и в отношении к другому человеку (терапевту или значимому другому, об отношениях с которым идет речь в терапии).

Голос — это мощнейший ресурс человека, так как он является самым первым и важным средством самовыражения и общения. Он поддерживается психической регуляцией человека и его телесным функционированием (дыханием, мышечной структурой, строением скелета). В момент звучания в голосе отражается состояние всех этих систем. Голос уникален тем, что он всегда находится между человеком и окружающим миром, на границе взаимодействия. Голос отражает человека в системе его отношений, будь то отношения из прошлого, которые участвовали в формировании телесного блока (способствовали прерыванию естественного течения дыхания), либо отношения в настоящем, которые сдерживают или вдохновляют нас на свободное проявление чувств. Имея дело с голосом, мы соприкасаемся и с саморегуляцией телесных процессов, и с уникальным сочетанием различных граней отношения человека к миру в данный момент. Можно фокусироваться непосредственно то на одном, то на другом полюсе работы голоса, однако ни телесные, ни эмоциональные процессы, участвующие в звучании голоса, мы не можем упустить из виду, так как именно целостность этих факторов создает и отражается в том звуке, который проявляется в мире.

Существует множество подходов к работе с голосом: постановка голоса в эстрадном, академическом, оперном исполнении, в школе сценического искусства и актерского мастерства. Работа с голосом существует и как отдельная ветвь в восточных практиках, и исполь-

зуется для достижения свободы, гармонии души и тела и познания возможностей человека. В традиционных фольклорных пениях разных этнических групп голосовое взаимодействие человека с миром имеет свою философию и специфику. В психотерапевтической практике работа с голосом также широко используется. Она играет важную роль в телесно-ориентированном подходе при работе с телесными напряжениями, и активно применяется в гештальт-терапии (Gregory, 2004; 2009; Шевченко, 2009).

Мы рассматриваем работу с голосом как отдельный инструмент работы с установлением связи между ощущениями, телесным состоянием, напряжениями клиента и его эмоциями, чувствами и отношениями с миром в данный момент. Своеобразие нашего метода заключается в интеграции принципов гештальт-терапии, подхода к работе с психосоматическими расстройствами, разработанного О.В.Немиринским (Немиринский, 1997, 2006; Nemirinskiy, 2012) и русских фольклорных традиций звукоизвлечения и песнопения.

Для нашего метода чрезвычайно важен общепризнанный механизм саморегуляции тела, дыхания и эмоций, который мы вкратце хотим описать в связи с работой с голосом. Свободное телесное состояние обеспечивает свободу дыхания и связано с беспрепятственным переживанием различных эмоциональных состояний человека. Если какие-либо эмоциональные состояния блокируются и не осознаются, ущемляются соответствующие им телесные процессы, вместе с полнотой дыхания. Поскольку дыхание связано с голосом, там, где ущемляется прохождение дыхания, ущемляется и прохождение звука. Это обеспечивает нечувствительность человека к определенным импульсам и эмоциям, которые он вытесняет. Так нарушается естественная саморегуляция организма, и ущемляются определенные физиологические процессы, образуя телесные блоки. Мышечное напряжение нарушает кровоток и прохождение естественного биохимического, энергетического обмена между клетками организма в конкретной зоне тела. Таким способом психика человека пытается защититься от определенных переживаний, обеспечивающихся этим органом/частью тела. Соответственно, напряженные участки, ущемляющие кислородный обмен, не могут участвовать в звукоизвлечении, так как блокируют телесный резонанс в данной области. Так, слушая голос человека с «зажимами», мы можем сказать, что в какой-то части тела не слышно звука, напри-

мер, у него «не звучит живот» или «ноги». Следовательно, в голосе отражается весь спектр напряжений тела, и мы можем считать его показателем психической саморегуляции человека.

## Основные положения метода работы с голосом

Используя работу с голосом как отдельный метод гештальт-терапии, инструмент терапевтической практики, а не только как сопровождение наблюдений терапевта за феноменологическими проявлениями клиента, мы хотим подчеркнуть его экспериментально-исследовательский характер и обозначить его специфические технические приемы. Во многом эти приемы разрабатывались нами во время совместного ведения тренинговых и терапевтических групп и занятий творческой лаборатории по работе с голосом, которой мы руководили.

Важно отметить, что при работе с голосом мы последовательно сталкиваемся с теми этапами формирования симптоматики, которые были описаны выше, только в обратном порядке — от телесного напряжения к отношениям, в которых она формируется.

Вкратце это проявляется следующим образом.

Если энергия в некоторой телесной области заблокирована, тело не пропускает энергетических импульсов в буквальном смысле слова (мышцы напряжены, дыхание сдержано, кровообращение нарушено, чувствительность снижена.) Тогда человек не управляет сознательно и произвольно своим звуком и его качеством, так как не может произвольно включить в звучание данную часть тела, сдерживающую, в свою очередь, определенные эмоциональные реакции. На наш взгляд, необходимо сначала восстановить эту утраченную целостность организма, что позволит в дальнейшем клиенту опираться на некоторый полученный чувственный опыт самовыражения (ощущения в теле, звук и эмоциональное состояние в их взаимосвязи), лучше осознавать эмоциональные состояния и побуждения, стоящие за определенным звучанием и более свободно и произвольно выражать голосом свое отношение к другому человеку и миру. Мы предлагаем работать с этой областью напряжения опосредованно через голос, а не просто через физические упражнения и вербальный разбор этих ощущений, так как голос соприкасается одновременно с переживанием, эмоцией и непосредственно телесным напряжением с заблокированной там энергией.

В некоторой степени процесс восстановления этой взаимосвязи носит тренингово-терапевтический характер. Однако задачей тренингового этапа в терапевтической работе является не постановка красивого, полного звучания и пения, а восстановление доступа клиента к своей заблокированной энергии тела через голос. В большей степени голос здесь является инструментом, а изменения голоса после работы в сторону большей полноты и, возможно, красоты — лишь следствие обретенной целостности функционирования тела клиента. В процессе такого обучения определенной позе, дыханию, заземленности, опоре при звучании задачей терапевта является выработка возможности и способности клиента включать все тело (различные части тела) с его резонаторами и энергией в звук голоса. Это сложная задача, при реализации которой мы с клиентом наталкиваемся на множество сопротивлений, на определенные «выключенные» зоны тела, за которыми спрятаны некоторые переживания, невыраженные эмоции и остановленные побуждения, незавершенные ситуации. Напряжение такой телесной области становится озвученным, слышимым для нас обоих в своих противоречивых характеристиках. Это становится фигурой терапевтической работы, мы вместе с клиентом продвигаемся в сознании смысла и содержания, стоящего за таким звучанием. После проработки таких участков голос может стать более полным и красивым с точки зрения его энергетики и живости, однако академически он может не соответствовать эталону красоты, так как это не является нашей целью.

Ниже представлен этот метод терапевтической работы более полно и детально.

### **Первый этап. Ориентировка, диагностика**

Перед работой с голосом терапевт расспрашивает, как человек относится к своему голосу: какой он у него, — высокий или низкий; каким бы ему хотелось еще, чтобы был его голос; в каких ситуациях голос меняется, с какими эмоциями связаны изменения.

В начале работы клиента просят просто позвучать протяжным звуком, не обучая сразу определенной технике дыхания, позе. Предлагается почувствовать свое тело, дыхание и озвучить свое состояние. Это позволяет терапевту наблюдать актуальное состояние клиента, уровень и проводимость его энергии, характер телесного строения, напряжения, зоны тела, не участвующие в голосе. Этот

этап носит диагностический характер, здесь становится ясно, где в теле существует область хронического напряжения низкой интенсивности, кроме того, он способствует активизации процессов чувствительности и напряжения в этой области.

### **Второй этап. Обучение природному звуку. Работа с телом**

После того, как терапевт увидел, как звучит клиент, как выглядит при этом его тело, как он дышит, — он начинает постепенно корректировать постановку тела и дыхания: просит клиента принять более органичную позу, заземленную, с опорой на ступни и позвоночник. В зависимости от привычного положения тела клиента, терапевт либо просит подогнуть копчик немного под себя, либо, наоборот, отставить таким образом, чтобы весь позвоночник ровно на него опирался, и он располагался примерно над пятками. Такая поза обеспечивает оптимальную проводимость энергии и свободу дыхания. Терапевт показывает клиенту, как дыхание может осуществляться через живот, и как меняется при этом звук всего тела.

Эти технические приемы, с одной стороны, методологически относятся к обучению человека природному звучанию, с другой стороны, соответствуют представлениям о заземленности позы, естественном и расслабленном положении тела, принятым в гештальт-терапии и в телесно-ориентированной терапии. Выше мы описали положение тела, которое мы используем. Отдельно опишем более подробно важные характеристики природного звучания, взятого из традиций русского фольклора, которому мы обучаем в данном методе на этом этапе.

Природный голос продуцируется не только и не столько голосовыми связками и артикуляционным аппаратом, сколько всем телом человека. Для этого предлагается расслабить горло, насколько это возможно, и прозвучать протяжным звуком какой-либо гласной. Дыхание, обеспечивающее этот звук, осуществляется не грудной клеткой, поднимающейся вверх с усилием на вдохе, а расслабляющимся при вдохе животом, при этом несколько выдающимся вперед. Звук регулируется мышцами диафрагмы, активно участвующими в формировании гласных и согласных звуков. Задача, стоящая перед человеком, — не думать, насколько красивым и выразительным получится звук вначале, а просто попытаться включить в звучание все тело. Необходимо принять определенную позу стоя, ко-

торая обеспечивает максимальное заземление, ощутить свои ноги и дыхание, а также опустить вес тела на землю, вытянувшись при этом затылком и позвоночником вверх. В природном звучании участвуют все резонаторы тела, поэтому в звуке отражаются напряжения и зажимы мышц, нарушающие резонанс, не пропускающие в определенных областях дыхание, энергию и звук.

Обучение позе и звучанию на данном этапе позволяет терапевту определить характер затруднений клиента: у него может быть несформирован навык звукоизвлечения с участием всего тела, либо участие в звучании каких-либо зон тела может являться его индивидуальной сложностью. Если при постановке тела и дыхания определенным образом у человека сразу звучит весь диапазон голоса, и все части тела органично участвуют в звучании, — следовательно, проблемных напряжений тела в хронической форме нет, и можно переходить к этапу контактирования и обращения звучания к разным людям. В таком случае далее можно наблюдать изменения голоса и телесных проявлений клиента в различных контекстах отношений, собирая важный для терапии материал о границах его свободы в отношениях и возможностях для ее расширения. Этот этап подробнее описан ниже.

Если же, несмотря на обучение природному звучанию, некоторые части тела не пропускают энергию, дыхание и звук, остаются напряженными или не включенными в голос, терапевт начинает работу непосредственно с этими областями.

### **Третий этап. Работа с телесными напряжениями, зажимами, сопротивлением**

На этом этапе терапевт фокусируется непосредственно на проблемной области тела клиента. Проблемная зона тела либо чрезмерно напряжена, не дает клиенту звучать, вызывает болезненные ощущения, либо это, напротив, область с пониженным мышечным тонусом (например, чрезмерная податливость тела, ног, спины, прогибающихся даже под слабым надавливанием, прикосновением терапевта). Некая область также может быть «не включена» в тело клиента, — как будто не принадлежит ему, отсутствует, не используется по назначению. Вот некоторые технические приемы работы с телом, которые мы используем для восстановления целостности ощущений тела, дыхания и звучания:

1. Прикосновение к «глухим» частям тела клиента, которые не звучат. При этом терапевт просит клиента петь, ощущая эту часть тела или его прикосновение. Таким способом мы до некоторой степени провоцируем пробуждение этой области, ее энергии.
2. «Пружинка». Если ноги клиента, к примеру, либо прямые и негибкие, как столбы, «деревянные», либо «ватные» и провисают, когда клиента просят чуть согнуть ноги в коленях, терапевт начинает слегка надавливать на его плечи, при этом просит его сопротивляться давлению в такой мере, чтобы сформировалось взаимодействие, а не борьба или полное подчинение воздействию. Кроме того, терапевт показывает, как должны пружинить колени при звучании и каким образом «пружинка» отражается в самом звуке (звук становится мягкий, но объемный и «живой»).
3. Активация упругости тела и позы клиента. Терапевт может надавливать на ноги клиента сзади (на голени или бедра), как бы намереваясь сбить его с ног. Иногда имеет смысл надавливать на спину. Задача клиента — остаться на ногах, опираясь в руки терапевта, и звучать, сохраняя устойчивость при этом сопротивлении. Терапевт просит даже сопротивляться звуком. Так происходит активизация упругости позы, тела клиента, его энергии, которая отражается в голосе клиента, за счет чего происходит включение этой части тела в контакт.
4. Постановка тела клиента и его позвоночника так, чтобы обеспечить максимальную заземленность, расслабленность мышц, сохраняя при этом вытянутость и устойчивость позы клиента. Постановка зависит от индивидуального рисунка тела человека: у некоторых клиентов слишком жестко выгнута вперед грудная клетка, или, наоборот, согнута вниз, у других слишком сильно прогнута поясница. Такое «виденье» тела каждого клиента складывается в практической работе с телом и голосом.
5. Работа с дыханием. Терапевт помогает клиенту дышать всем телом, чтобы вдох осуществлялся животом и расслабленно, а выдох осуществлялся полностью, доходя до пяток и макушки.

Помимо описанных приемов, иногда предполагается отдельная работа с усилением напряжения и поддержанием сопротивления. Клиенту предлагается звучать той областью или частью тела, в которой больше всего напряжения, озвучивая ее и усиливая напряже-

ние произвольно. Если клиент сгибается в грудной клетке и плечах, терапевт может его согнуть еще больше и просить звучать. Если напряжены руки, — просят звучать руками, усиливая это напряжение и совершая характерные действия (сжатие кулаков, отодвигание, притягивание и т.д.). Так, мы голосом поддерживаем сопротивление, и энергия этого напряжения постепенно интегрируется в тело человека. Звук меняет свои характеристики, становится более полным, включающим в себя все тело.

Например, на одной из мастерских по голосу участникам предлагалось в парах выявить самую напряженную или не включенную в звук зону тела, после чего, усиливая напряжение, выражать его в звуке друг другу. Предлагалось выполнять некоторые усиливающие напряжение движения этой частью тела. Одна участница выбрала ноги. Голос до того у нее был высокий, не объемный и приветливый. Однако горло и диафрагма были перенапряжены, а ноги не были задействованы в звуке, и не опирались на пол полностью. Терапевт попросил ее попробовать некоторые движения ногами, потопать или сделать что-то еще, озвучивая это. В результате, она стала замахиваться ногой на своего напарника и при этом сильно, низко, почти воинственно выкрикивать. После этого ее звук стал распространяться на все тело, горло и диафрагма расслабились, звук стал опираться на ноги, более низкий, объемный и сильный. Впоследствии она обсуждала с напарником чувства, которые испытывает в жизни в данное время: как она раздражена на близких людей, перенапрягающих ее требованиями, и не может дать отпор. Надо сказать, что в такой работе с поддержкой и усилением напряжения в звуке нужно быть очень осторожными и внимательными, чтобы не сорвать связки или спину.

При работе с выявленной областью напряжения терапевт обращает внимание не только на тело, но также держит во внимании контекст возможных эмоций и переживаний и специфики отношений, в которых она может участвовать. В целом работа здесь осуществляется по трем направлениям: 1) непосредственно со звуком и дыханием; 2) с физическими взаимодействиями в этой зоне тела (прикосновения, изменения положения тела, др.); 3) беседуя о том, как функционирует данная область тела в жизни, что за ней стоит в отношениях, когда она напрягается в данной сессии (феноменологическая работа с напряжением, соответствующая гештальт-терапии).



### **Четвертый этап. Работа с чувствами и энергией**

Во время работы с напряженной областью тела на предыдущем этапе появляются предположения о том, с какими чувствами связан высвобождающийся звук клиента, и его напряжение. Иногда это буквально слышно и видно, так как само переживание актуализируется и начинает проживаться клиентом полно и ясно. В таком случае терапевту важно быть рядом, поддерживать это переживание. Можно откликаться словами на то, что происходит, как выглядит клиент, а можно поддерживать переживание песней или звуком. Терапевт либо звучит в унисон с клиентом, либо отвечает ему каким-то другим звуком и голосом, отражающим его эмоциональный отклик. Также бывает, что терапевту или клиенту приходит в голову какая-то песня, слова, которые можно предложить клиенту петь.

Например, в одной работе с женщиной, ее голосом в группе, мы подошли к тому, что она грустит о той нежности и любви к подросшему уже сыну, которую она мало выражала. Это буквально не давало ей дышать свободно и прерывало ее звук. Она начинала плакать и отказывалась звучать дальше. При этом упоминала, что, к сожалению, не пела ему колыбельных в детстве. Я предложила ей придумать несколько строчек колыбельной ее сыну сейчас и спеть их. Это было сложно, так как требовало чуткой, но настойчивой поддержки (сложно петь и придумывать колыбельную, если ты не пел никогда, кажется, что голоса нет и т.д.). Терапевту необходимо поддерживать и голосом, и мелодией, и словами продвижение клиента в сторону выражения переживания, подчеркивая значимость не выразительности песни и ее красоты, а наполненности ее именно ее материнским голосом, ее словами и чувствами. Когда она вместе со мной спела эти строки, плача, она испытала облегчение, отражающееся и в ее дыхании, и в ее теле, и голос, которым она пела, был непривычно для нее мягким, нежным, с высокими нотками, очень красивый и наполненный, тронул всю группу и терапевта.

На данном этапе также важно обратить звук и переживание клиента к тому, кому оно адресовано, если это уместно, т.е. работать уже с обращением чувств и переживания. Можно прояснять, что именно чувствует клиент, с чем /кем это связано в его жизни, о чем он вспоминает сейчас. И предлагать адресовать это звучание. Также проясняют, на что похож этот звук, на какие эмоции, какой он по своим характеристикам, каким выглядит человек, звучащий

так. Для прояснения иногда используют обратную связь, отклики участников группы. Это помогает клиенту осознать, что именно и кому он хочет адресовать.

Итак, терапевт работает в двух направлениях:

1. Поддерживает переживания через максимальное выражение переживания в голосе и теле (иногда терапевту нужно способствовать некоторому усилению дыхания, звучания для этого).
2. Обращает высвобождающиеся чувства вовне, способствует направлению их в адрес кого-либо из жизни, из группы, либо самому терапевту.

Если остается не проясненным, с какими чувствами и эмоциями связано напряжение данной области тела и голоса клиента, терапевт переходит к следующему этапу.

### **Пятый этап. Исследование голоса в различных контекстах отношений**

На этом этапе моделируются такие ситуации, в которых клиент может адресовать свое звучание разным людям. Либо он представляет их себе, либо звучит участникам группы (если это групповая работа), с которыми находится в различных отношениях. Терапевт обращает внимание на то, как изменяется положение тела и звучание клиента в разных ситуациях, с разными людьми, и проясняет это вместе с клиентом. (Если же работа происходит индивидуально, терапевт, когда появляются такие звуки и энергия в голосе, определяет, на какие темы реагирует клиент этим напряжением.) На данном этапе работы клиент может получить информацию о том, как связано его звучание и телесное ощущение с различными отношениями, с людьми, миром. Иногда в группе такую работу можно применять как упражнение для разогрева.

Например, участникам группы предлагается хаотически двигаться, встречаясь друг с другом, звучать, и наблюдать за тем, как меняется их голос и ощущения в теле при встрече с разными людьми. То же может происходить более организованно: одному клиенту предлагается выбрать участника группы, которому он хотел бы попеть (это может быть человек, с которым есть какое-то напряжение в отношениях, недосказанность, и т.д.). С согласия этого участника, они начинают некоторый «диалог» голосом и звуками. Возможно пропевание имени друг другу, либо каких-то фраз, которые напра-

шиваются и выражают то, о чем хочет спеть один участник другому. Во время этого упражнения клиент может сформулировать, какой именно звук, состояние, энергию он сдерживает, не выражает, но хочет выразить.

В завершении этого этапа вместе с клиентом формулируется некоторая психологическая задача развития, исходя из полученного материала. Например, каких ему недостает форм отношений, самовыражения, энергии, звука. Далее можно осознанно переходить к опробованию нового опыта отношений и новых навыков звучания в смоделированных жизненных ситуациях.

### **Шестой этап. Новые способы звучания**

Терапевт просит клиента озвучить разным людям свое новое состояние, эмоции.

Например, во время одной работы в группе клиентка открыла для себя более напористый голос, устойчивое психологическое состояние, с возможностью противостояния. До этого она демонстрировала жертвенно подчиненный характер отношений и звучания. Сначала она выбирала петь безопасным людям, тоже тихим, спокойным. В конце работы с голосом она смогла обратить свое звучание участнику группы, с которым чувствовала напряжение в отношениях, при этом ее голос звучал свободно и уверенно.

На этом этапе клиент может попробовать предъявить новые, открывшиеся ему характеристики своего звука и отношения к другим людям, новые качества личности в отношениях, и получить отклики. Так происходит *выражение новых граней отношения* человека к миру/ другим людям в голосе, расширение творческих способов контактирования клиента, завершение какой-то незавершенной ситуации из прошлого, выражение в голосе не пережитого прежде чувства.

### **Форма работы**

Модель работы с голосом варьируется в зависимости от формы психотерапии — индивидуальная терапия, психотерапевтическая группа, тренинговая группа. В любой модели работы сохраняются основные техники и приемы работы с голосом, телом и эмоциями. В зависимости от целей и задач психотерапевтического процесса последовательность этапов может варьироваться. Второй шаг может быть нацелен либо на обучение природному звучанию, либо на под-

держание сопротивления и работу с телом, либо на исследование звучания в разных контекстах отношений с участниками группы.

Данный метод работы предполагает проведение иногда нескольких сессий с голосовыми техниками, перемежающихся психотерапевтическими взаимодействиями в классической, не голосовой форме. Возможны включения некоторых голосовых техник или этапов этого метода в обычный психотерапевтический процесс. Возможно проведение трехдневного психотерапевтического или обучающего семинара с использованием голоса.

Техническим приемам работы с голосом необходимо учиться на собственном опыте, так как любые описания этого процесса, безусловно, невозможно сравнить с наблюдением и слуховым восприятием описываемых феноменов, а также с непосредственным их ощущением. Кроме того, использование этого метода без практических навыков работы с голосом может привести к нежелательным последствиям — перенапряжению тела, обострению болезненных состояний и др.

## Голос в работе с психосоматическими расстройствами

Работа с голосом применима также при терапии психосоматических расстройств. Наши соображения основаны на наблюдениях за телесными процессами клиентов во время работы с голосом, а также на некоторых теоретических размышлениях, которые я приведу ниже.

Работая с психосоматическим расстройством, мы имеем дело с таким явлением как *хроническое напряжение низкой интенсивности*. Как можно использовать голос при работе с областью напряжения низкой интенсивности? При работе с голосом человек заземляется, его дыхание и энергия активизируются во всем теле. Начинает звучать все тело человека, даже те части тела, которые «не отзывались» ранее. Через некоторое время это вызывает обострение чувствительности в той области тела, где существует хроническое напряжение, после чего дают о себе знать болевые ощущения.

Во время работы с голосом в группе проводится следующее упражнение. Все участники встают в круг и начинают протяжно звучать. При этом предлагается попробовать звучать всем телом, расслабляя его и опираясь на ноги. Интересно, что после нескольких минут звучания, у многих обнаруживается усталость и болевые

ощущения в разных частях тела. Мы предполагаем, что область напряжения в этом случае меняет свою интенсивность: напряжение либо усиливается, увеличивая сопротивление болевым ощущениям, либо снимается, выражаясь в голосе. В любом случае эта неподвижная зона начинает «расшатываться» и ощущаться человеком, а значит, он уже не может не замечать того дискомфорта, который существует в области симптоматики. В определенном смысле эта работа фасилитирует осознание дисгармонии в организме человека и может обострять симптоматические ощущения.

Симптом, который существует в области хронического напряжения низкой интенсивности, получает возможность устойчиво существовать на безопасном расстоянии от границы контакта человека с миром, так как чувствительность в этой области заблокирована. Часть тела, которая хронически напряжена, «не отзывается», не пропускает собственные импульсы и побуждения. Человек не реагирует спонтанно этой областью на события окружающего мира. В подобных случаях голос можно использовать для выведения симптома на границу контакта. Когда мы начинаем работать с голосом человека, заблокированная область проявляется тем звуком, который исходит из его уст. Проходит ли через нее звук или нет, она приближается к границе контакта. Почему? Во-первых, потому что сам голос находится между человеком и окружающим миром и отражает характер их взаимодействия. Во-вторых, потому, что для самого человека становится, с одной стороны, физически ощутима область напряжения, а с другой стороны, она сразу отражается в звучании, определяя во многом его характер. Человек одновременно и чувствует изнутри и слышит извне свой голос, определяя для себя его характеристики. Так, голос может казаться ему скованным, грубым, слишком тихим, тонким и т.д. Это первый этап выведения «замороженной» области в пространство взаимодействия, хотя сначала это и выглядит как отношения человека с собой, со своим телом и звуком. Отчасти он вступает в отношения с голосом так же, как в отношения с симптомом или напряжением тела.

На следующем этапе, когда проблемная область в теле уже проявилась для человека и стала ощутимее, можно попросить его петь этой частью тела другим людям и следить за тем, как меняется его голос и ощущения в теле. Это тоже своеобразная идентификация человека с больным органом или частью тела, которая способствует

разворачиванию ретрофлексии и ассимиляции спроецированных на отчужденную область тела проекций. Я вспоминаю одну сессию, в которой участница группы пела протяжный звук другой участнице. Чего-то не хватало в ее голосе, он казался свободным, но не «наполненным». Она стояла спокойно и ровно, но ее руки были холодными и скованными, она даже слегка потирала их, сжимая ладони. Она обратила на это внимание, — ей как будто некуда было деть руки, они «мешали». Она убирала их за спину, «пряча» от других. Когда она начинала петь более эмоционально и наполнено, ее руки как будто «волновались», но очень сдержанно. Она совершала руками прерывистые движения вперед и назад. Я разомкнула ее руки и предложила петь руками, совершая ими разные движения, например, протянуть их к своей «собеседнице». Когда она протянула руки, звук ее голоса стал мягче, объемнее, в нем появились нотки нежности, на лице смущенная улыбка, а руки были протянуты в призыве к себе другого человека. Одновременно звучание ее голоса и произвольные движения рук помогли ей ощущать тот импульс, который возникал у нее в данных отношениях.

В симптоме «застывает» напряжение противоположных сил, которые блокируют друг друга». Терапевтичным является продвижение клиента попеременно в сторону то одной, то другой потребности и поочередное проявление двух тенденций (Немиринский,2006; Nemirinskiy,2012). В расшатывании противоречия, скрытого за симптомом, также можно использовать голос. Поскольку голос тесно связан с телесными ощущениями, а в них в первую очередь эти тенденции проявляются и обозначаются, через него легче двигаться в сторону дифференциации смутных эмоциональных состояний. В звуке раньше, чем в словесной форме можно выразить одну и другую потребность. Это может проявиться, например, в нежном или напористом голосе. Тем самым мы способствуем расширению диапазона вариативности реакций человека. В частности, можно исследовать то, как в альтернативных с точки зрения существующего внутреннего конфликта позах, блокирующих свободу тела, звучит голос. Если мы установили эти альтернативные позиции на телесном уровне, то нам легче соотнести их с соответствующими позициями во взаимодействии клиента с окружающим миром, с другими людьми.

На одной группе, где мы работали как ко-терапевты, была сессия с клиенткой, у которой были трудности с дыханием: она форсиро-

вано вдыхала, короткими вдохами, сжимала диафрагму и заикалась при говорении, особенно когда волновалась. Во время сессии, говоря о своем состоянии, она то сгибалась, то разгибалась, но не могла задержаться в одной позе на продолжительное время. Ее дыхание было прерывистым, поверхностным и перемежалось глубокими вздохами. Подойдя к острому переживанию, она застывала, переставала дышать. Ей было предложено дышать и звучать протяжной нотой в согнутом состоянии, а потом разгибаться. Когда она разгибалась, дыхание становилось поверхностным, звук прерывался. Исследуя звуки в разных положениях тела, мы пришли к двум позам и соответствующим звукам: глубокий плач в согнутом состоянии и громкий сильный крик в положении стоя. Ее плач выражал обиду, а крик — силу и гнев в адрес одного и того же любимого человека. Задача состояла в том, чтобы плач и крик не блокировали друг друга. Плач необходимо было озвучить максимально наполненно, выразить всем телом и голосом. По инструкции терапевта, он был нарочито гротескным. Когда клиентка выпрямлялась, у нее появлялась опора и сила, это важно было выразить в звуке, не перебивая бессилием, сжатием горла и грудной клетки. Этот пример иллюстрирует то, что в симптоме застывают противоречивые тенденции, отражающиеся в телесном напряжении. При обратном разворачивании ретрофлексии высвобождается много энергии. Работа с голосом помогает определить характер этих тенденций и выразить заблокированную энергию.

Ниже я<sup>16</sup> хотела бы привести два примера длительной работы с клиентами, где я применяла метод работы с голосом, на мой взгляд, продвинувший терапию с ними. С одной клиенткой мы двигались от симптома через метод работы с голосом к специфике отношений. С другим клиентом мы просто начали работать с голосом и телом по его индивидуальному запросу — сфокусироваться больше на чувствах и ощущениях тела, осознании своей энергии и состояний. Острых проблем у него не было, однако телесно он чувствовал себя не очень комфортно, зажато и напряженно.

*Лена*<sup>17</sup>, 31 год. Обратилась за помощью к терапевту с жалобой на следующий симптом: периодически у нее возникало удушье, ей становилось трудно дышать, будто не хватало воздуха в

---

16 Примеры взяты из практики Оксаны Шевченко.

17 Имена клиентов изменены.

легких, диафрагма была сдавленной, напряженной, невозможно было распрямиться, глубоко вдохнуть и спокойно выдохнуть. При этом у нее холодели и слегка потели руки, учащалось сердцебиение. Врачи говорили, что с соматическим здоровьем все в порядке, и, поставив диагноз «вегето-сосудистая дистония», порекомендовали ей работу с психологом. Этот симптом чаще всего появлялся тогда, когда Лена шла домой или находилась дома. Итак, в первом случае, работа началась, когда симптом был подвижен, находился практически на границе контакта.

Я кратко опишу основные этапы терапии, которая длилась полгода, и особенности применения работы с голосом в данном случае.

Сначала я выясняла контекст ее жизни и отношений, в которых появился симптом. Симптом появляется дома при конфликтных или напряженных ситуациях с мужем. Дома Лена чувствовала себя подавленной. Муж пренебрегал ее мнением по разным вопросам, часто выражал недовольство ее действиями, сильно ревновал, закатывал скандалы, сопровождающиеся временной эмоциональной изоляцией, периодами игнорирования и молчания. Клиентка на это реагировала обидой, тоской и грустью, порой ощущала подавленность и безнадежность.

Я предполагала, что при работе с симптомом, скорее всего, высвободится много энергии и много ее чувств, возможно, агрессии, негодования. В симптоме кроется огромное количество подавленной энергии, и если просто расшатать телесные и психологические защиты и позволить этой энергии вырваться наружу, разворачивая сразу ретрофлексию, то неизвестно, как это повлияет на ее жизнь, на ее организм и насколько она сможет справиться с последствиями этого эмоционального высвобождения. Поэтому на следующем этапе работы я озаботилась формированием опоры и заземленности клиентки, проработкой фона отношений, чувств и ее представлений о возможности такого самовыражения. Ее тело должно было быть подготовлено к тому, чтобы вместить в себя эту энергию переживания, которая застыла в симптоме и превращена в спазм диафрагмы. Поэтому мы потратили несколько сессий на работу с телом и голосом.

Я дала ей задание каждый день делать упражнение на заземление и звучание. Это помогло снизить остроту симптоматики на некоторое время. В начале работы ее тело было будто обездвиженным,



она обо всем рассуждала рационально, не переживая чувства хоть как-нибудь глубоко, не давая им вырваться наружу. Голос Лены был очень поверхностным, в нем резонировали только лицевые, головные и немного грудные резонаторы, он был сдавлен на уровне гортани, как бы отрезан от всего остального тела. Я пробовала просто восстановить ее телесную заземленность, устойчивость, циркуляцию дыхания. Просила ее встать, ощутить тело и позвучать всем телом. Это оживило ее тело, она стала легче дышать, но голос не менял свой диапазон.

Когда я стала работать с голосом, чтобы сделать его более полным и телесно опорным, мы натолкнулись на болезненные переживания, связанные с потерей права голоса в своей родительской семье. Интроект — «молчи, пока тебя не спросят». Мы стали соотносить это с отношениями с мужем. Тогда стало яснее, что симптом связан со свободой самовыражения и отстаивания своего мнения и границ. После этого отрезка работы ее симптоматика дома обострилась. Лена рассказывала, как она буквально задыхается, когда хочет сказать что-то мужу в напряженной ситуации, но сдерживается и, чтобы отдышаться, ей приходится опираться руками на стол. На сессии работали с более ярким выражением ее чувств и недовольств, акцентируясь именно на симптоматических телесных ощущениях, дыхании. Однако для этого ей понадобилось сначала сделать это, опираясь телесно на меня (так дыхание высвобождалось полнее) — мы звучали друг другу, стоя напротив и опираясь ладонями друг на друга. После этого я попросила Лену озвучить свой голос мужу и маме.

Лена начала делать весомые шаги в жизни, стала отстаивать себя, говорить мужу о недовольстве, начала делать то, что сама считает нужным, даже если ему это было не по душе. Все это вначале сочеталось с приступами. Когда они начинались, это побуждало ее совершать новые поступки. После этого симптом успокаивался и дыхание восстанавливалось. Такие же паттерны поведения — отстаивание своего мнения и большая свобода в высказывании — стали появляться в ее отношениях с родителями. Постепенно Лена смогла открыто говорить о своем недовольстве мужу, противостоять давлению, не цепляться за него в ответ на его манипулятивное оттачивание и молчаливую изоляцию. И симптоматика стала уходить.

Однако потом симптом появился вновь, и ощущался больше как тяжесть в груди, мешающая дышать. При этом Лена испытывала

тоску из-за отдаления. Во время работы с голосом и симптоматическими ощущениями мы натолкнулись на глубокое переживание обиды и брошенности родителями, Лена беззащитно плакала, при этом во всхлипывании грудная клетка участвовала иначе, чем при выражении агрессии. Ее подавленное желание быть замеченной, найденной, любимой стало прорываться наружу. Грудная клетка и руки стали теплеть.

Мы начали исследовать, с чем еще связано ее состояние. Я попросила Лену представить в этой комнате ее мужа, а себя представить своими легкими. Мы провели технику идентификации с больным органом (Немиринский,1997; Nemirinskiy,2012). Она представила себя легкими. Я попросила ее звучать как легкие и двигаться по комнате. Она стала необычно плавно и легко двигаться и заигрывать с воображаемым мужем на пустом стуле. Так мы пришли к ее потребности в близости. Я попросила выразить в голосе эту энергию, легкость, игривость и привлекательность. Она звучала красиво, и звук был полным и легким. Диафрагма двигалась свободно.

Итак, в симптоме содержится одновременно как желание отстоять себя, свободно выражать себя, свои потребности, свое мнение, быть уважаемой, весомой в семье (как с мужем, так и с родителями), так и потребность в любви и близких отношениях. Применяя метод работы с голосом, нам удалось выйти на переживание и осознание энергии, которая содержится в симптоме, разбудить ее и выразить полно, таким образом, чтобы она была поддержана телом, заземленностью и полным дыханием. Энергия и чувства были выражены в контакте, в контексте отношений. Скрытые в симптоме паттерны поведения были развернуты и обращены к адресату. Это выражение своей силы, своего голоса как возможности выразить свое мнение, гнева на критику, тоски по любви, нежности, легкости и игривости. Озвучивание энергии в симптоме привело к ощущению и переживанию своих ресурсов, сил и права на свои потребности. В конце терапии симптом ушел, Лена стала чувствовать себя свободнее в приближении и отдалении, стала более самостоятельной и независимой, при этом тело клиентки заметно изменилось. Оно стало подвижным, гибким, заземленным, появилась опора в ногах и бедрах, ее голос в речи стал ниже. Родственники стали относиться к ней с большим уважением. Однако конфликт с мужем через некоторое время обострился, она перестала терпеть свое не-

довольство и неудовлетворенность, что вызвало кризис в отношениях. В результате чего муж Лены согласился пойти на семейную терапию, что раньше было для него невозможным.

В конце хотелось бы подчеркнуть, что применение этого метода осуществлялось в двух направлениях. Мы применяли работу с голосом, когда чувства и потребности, скрытые в симптоме, были еще не выявлены. Мы видели лишь симптоматические проявления клиентки и работали с голосом, восстанавливая некоторое энергетическое кровообращение в теле. Эта линия работы вызывала со дна телесных ощущений много психологического материала для проработки. Он касался взаимоотношений клиентки с родителями, с сестрой, подругой, мужем. Прорабатывали болезненные ситуации прошлого и запрещающие интроекты. Вторая линия работы, также связанная с симптоматическими проявлениями, была уже направлена на выражение этой энергии, чувства *адресату*. При этом Лена уже могла вмещать эту энергию в тело, поддерживать своей опорой, заземленностью. Эта работа помогала ассимилировать опыт переживания.

*Другой клиент*, назовем его *Юра*, пришел на терапию без острого запроса, скорее для расширения понимания себя, своих отношений, своей жизни, своих чувств и телесных ощущений. Зная, что я работаю с голосом, он попросил меня несколько сессий посвятить именно работе с телом и голосом, так как чувствовал себя немного зажато, жаловался на поверхностное дыхание и хотел расширить свою чувствительность.

Мы работали на протяжении 6-7 месяцев с перерывами. После четвертой сессии мы договорились несколько сессий посвятить именно работе с голосом. Юру беспокоила суетливость, невозможность отдохнуть, получить удовольствие от жизни. Мы стали работать с положением его тела и звуком. Его ноги были постоянно напряжены, колени — выгнутые вперед и не гибкие, напряжена также верхняя часть грудной клетки и плечевой пояс. Все тело производило впечатление зажатого. На мой взгляд, это отражало его невозможность расслабиться, сделать паузу. Тогда я пробовала работать прямо и немного расслабить мышцы и восстановить опору, но я столкнулась с большим контролем своего тела и недоверием, телесно проявляющимся как невозможность опустить вес тела на ступни или опереться на меня. В процессе обсуждения этого опыта мы обнаружили, что Юра склонен контролировать все взаимодей-

ствия, тревожится и снижает энергию за счет рационализации, поверхностного дыхания и напряжения тела.

На следующем этапе работы я просила Юру звучать протяжно и при этом попробовать сделать некоторое действие руками, идущее от напряжения в плечах. Движение получилось отталкивающим. При этом голос Юры становился глубже и интенсивнее, лицо выглядело немного угрожающим. Мы обсуждали, с какими отношениями может быть связано такое действие. Юра вспомнил, что часто хотел отодвинуть папу с его постоянной критикой и шуточками в его адрес. Мы вышли на переживания, связанные с отношениями с папой, с желанием поддержки, одобрения и признания от отца. Эта работа сопровождалась поиском и выражением чувств к папе в голосе из разных положений тела. Далее мы прорабатывали материал отношений с отцом в обычных сессиях, без работы с голосом. Через некоторое время клиент пришел к более спокойным, уважительным отношениям с отцом, смог выразить ему свое признание и быть менее зависим от его мнения.

Далее мы вернулись к работе с телом и голосом. В одной из сессий, где мы работали с телом, звуком и исследовали напряжение в ногах и руках, клиент начал плакать. Он вспомнил ситуации из детства, где мать наказывала его холодным отвержением. Он испытывал панику и унижение, но цеплялся за нее и просил прощения, хоть и не чувствовал себя особо виноватым. В сессии его руки тянулись к ней, а ногами он должен был выстоять и не поддаться слезам, так как не хотел быть слабым, униженным и беспомощным. Далее несколько сессий мы говорили о его чувствах и отношениях с матерью и соотносили эти паттерны поведения с его актуальной жизнью, недоверием и эмоциональной защищенностью с людьми. Когда мы говорили о матери, я заметила характерные телесные проявления клиента. Это ощущения сдавленности в горле и напряжения в мышцах лица. Я попросила усилить эти напряжения в гримасы и озвучить их. Гримасы были похожи на отвращение или омерзение, в звуке появилось отвращение. Так мы столкнулись с тяжелым избегаемым переживанием по отношению к матери, когда она манипулировала беспомощностью и эмоциональной зависимостью ребенка, отвергая, наказывая и стараясь пристыдить его за слабость. Нам удалось выразить его отвращение в голосе и теле,

что способствовало явному расслаблению телесного напряжения в этой области, да и во всем теле.

Сессии с телом давали много материала для терапевтической работы. В конце терапии Юра значительно улучшил отношения со своими близкими, стал свободнее как в отстаивании своих достижений и ценностей, так и в спокойной заботе о своих родителях. У клиента стало меньше обиды и озлобленности на родителей, при этом увеличилась устойчивость, опора в теле. Ноги стали более упругими, а грудная клетка более подвижной, дыхание глубже, он научился замедляться и слушать себя, смог более открыто и свободно выражать свои чувства.

В данной статье нам важно было обозначить теоретические основания и терапевтические возможности работы с голосом. Пока у нас есть лишь незначительные эмпирические данные по применению голоса в работе с гинекологическими заболеваниями, бронхиальной астмой, аллергическими реакциями и другими психосоматическими заболеваниями. В будущем мы надеемся расширить и систематизировать этот опыт.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Austin, D. (1993) When the Psyche Sings. In K.Bruscia (ed.) "The Dynamics of Music Psychotherapy". Gilsum: Barselona Publishers.
2. Gregory, S. (2004) The song Is You. British Gestalt Journal, 13 (1), 24-29.
3. Gregory,S. (2009) You Must Sing to Be Found. In "Healing with Art and Soul", Cambridge Scholars Press.
4. Linklater, K. (1976) Freeing the Natural Voice. NY: Drama Book.
5. Nemirinskiy, O. (1997, in Russian). — Немиринский О.В. Гештальт-терапия психосоматических расстройств. // Московский психотерапевтический журнал, 1997, № 1, с.84-91.
6. Nemirinskiy O. (2006). — Немиринский О.В. Лекции по клиническим аспектам психотерапии. // Гештальт гештальтов, 2006, № 2, с.62-77.
7. Nemirinskiy, O. (2012) Psychosomatic Disorders. — In: G.Francesetti, M.Gecele, J.Roubal (Eds.) Psychopathology Co-Created (in press).
8. Newham, P. (1998) Therapeutic Voice Work: The Principles and Practice for the Use of Singing as a Therapy. UK: Jessica Kingsley Publishers.
9. Overland, G. (2005) Voice and Trauma. In ReVision, vol. 27, No. 3, 26-31.
10. Perls F., Hefferline R., Goodman P. (1951). Gestalt Therapy. — N.Y.: Dell Publ
11. Shevchenko, O. (2009, in Russian) — Шевченко О.Г. Работа с голосом в гештальт-терапии. // Журнал Практического Психолога, №3, с.143-152.

# ЧАСТЬ 3. ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ

## Концепция невроза в гештальт-терапии (лекция)<sup>18</sup>

*Олег Немировский*

Я хотел бы рассказать вам о гештальт-концепции развития невроза. Есть как минимум три обстоятельства, побуждающие меня это сделать.

Первое — значимость темы, причем не только для тех, кто собирается работать в медицине. Невротическая организация опыта — это не про особых людей, лежащих в больницах; эти тенденции хотя бы во фрагментарном виде есть в каждом человеке. Отсюда важность понимания логики развития невроза для всех психотерапевтов.

Второе обстоятельство связано с тем, что эта концепция была изложена в знаменитой книге 1951 года «Гештальт-терапия. Возбуждение и рост в человеческой личности» (Perls, Hefferline, Goodman, 1951), теоретическая часть которой отредактирована Полом Гудманом на основе записей Фрица Перлза. По предыдущим и последующим публикациям Ф. Перлза мы знаем, что не только его лекции, являющиеся прекрасным образцом ораторского искусства, но и письменная речь вполне читаемы и согласуются с представлениями о культуре речи. Что же касается гудмановского текста, то, честно говоря, на мой взгляд, людям так не пишут. Я искренне завидую тем, кто с легкостью читает эту книгу (не прошло и пятидесяти лет, как она переведена на русский язык (Перлз, Гудман, 2001)), я даже знаю несколько таких людей, но я сам постараюсь в меру своего понимания изложить ее вам в более популярной форме.

Третье обстоятельство связано с тем, что для большинства отечественных психотерапевтов, в том числе и для многих из тех, кто

---

<sup>18</sup> Впервые напечатано в сборнике материалов МИГТИК «Гештальт-терапия и консультирование», вып.4, 2004.

принадлежит к сообществу гештальт-терапевтов, слова «клинические аспекты гештальт-терапии» означают прежде всего медицинскую диагностику и определение «типов личности». При этом они естественным образом наследуют психоаналитическую логику, потому что логика гештальт-концепции транстипологична, то есть она отражает общие закономерности невротического уровня нарушения творческого приспособления, и насквозь диалектична, то есть построена на противоречиях и парадоксах, что не всегда легко воспринимается людьми вообще, да и психотерапевтами в частности. Итак, по порядку.

Представления об истоках невроза в обыденном сознании и психоаналитической теории, как ни странно, в основном схожи. Они связаны либо с конфликтом между индивидуальными потребностями и давлением (воздействием) среды («теория травмы», присущая раннему психоанализу), либо с внутренним конфликтом мотивов, конфликтом побуждений («теория инстинктов», разделяемая большинством психоаналитиков).

Эту точку зрения Ф. Перлз не разделял. Внутренний конфликт, по его мнению, являет собой возможность личностного роста, а не основу невроза.

Основой развития невроза является не внутренний конфликт, и вообще не конфликт сам по себе, а преждевременное примирение конфликта.

Допустим, я хочу получить одобрение и, одновременно быть самостоятельным. Это может привести и к внешнему конфликту, когда социальное окружение будет поддерживать одну из двух тенденций, а я буду идентифицироваться с другой, и к конфликту внутреннему. Причем я хочу предостеречь «правильных» терапевтов от упования на терапевтический интроект, согласно которому потребность в сепарации всегда предпочтительнее, чем потребность в единении и стремление опираться на другого. В некоторых случаях именно второе является для клиента избегаемым и дефицитным опытом, необходимым для здорового баланса зависимости и независимости.

Итак, есть внутренний конфликт, внутренняя борьба. Здоровый ответ на эту ситуацию заключается в том, что наиболее актуальная в данный момент потребность выступает на первый план, и это переводится в плоскость внешнего действия, точнее, поступка. Именно поступок в конечном счете приводит либо к внутреннему

подтверждению правильности выбора, либо к переоценке и, затем, совершению другого поступка.

Другой возможный ответ на эту ситуацию состоит в том, что вместо разворачивания внешнего противостояния я остаюсь в пространстве внутренней борьбы. Желая предварительно просчитать и гарантировать себе успех, я не могу совершить выбор и зависаю между двумя направлениями. Долго так существовать трудно, и тогда я произвольно выбираю одно. Одна моя тенденция подчиняет себе другую, а точнее, я побеждаю себя. Скажем, я выбираю послушание и комфорт, отказываясь от автономии. Теперь я — хороший. Что это означает? — Что я удобен в обращении. Для того, чтобы оставаться хорошим, я должен подавлять свои потребности в автономии, в отталкивании, свою агрессивность. Одна часть меня стремится перебороть, победить, подчинить себе другую часть меня же самого.

Ура! Я избавлен от мучительного напряжения и сомнений в правильности или неправильности моего текущего выбора. У меня есть априорное решение, и я предвкушаю комфорт.

Здесь, однако, меня ожидает парадокс. Дело в том, что во внутренней борьбе не может быть естественного удовлетворения! Во внешней может, причем при любом окончательном исходе! Либо я добиваюсь своего и испытываю удовлетворение от осуществления желания, либо я, выложившись в совершенных попытках, прихожу к пониманию невозможности реализации своих намерений в этой ситуации, примиряюсь с ограниченностью своих возможностей и успокаиваюсь. (Если, конечно, я не попытался успокоить себя преждевременно, не приложив усилий к разрешению ситуации!) Во внутренней борьбе этого облегчения не наступает, потому что энергия всегда **связана**. Она всегда ретрофлексивно направлена на самого себя, и поэтому не может целиком разрядиться.

Так получаю я желанный комфорт или нет?!

Давайте еще раз. Невротическое решение — это попытка уйти от напряжения к комфорту безопасности. Но безопасность оказывается мнимой!

Позвольте мне отвлечься, чтобы сказать, что есть, по-видимому, два типа безопасности. Одна — первичная безопасность. До того, как вы вступили во взаимодействие, вам необходимо убедиться, что другой человек пригоден для взаимодействия. Допустим, если вы заметили, что он держит в руках острый нож и страшно сверкает



глазами, то ваши потребности будут связаны как раз с тем, чтобы избежать взаимодействия с ним. Либо вам кажется, что другой человек тоже с интересом смотрит в вашу сторону. Перекинувшись с ним парой слов, вы убедились, что общение возможно. Дальше, если вы хотите подойти поближе, вам придется оставить свою сосредоточенность на первичной безопасности и начать «гамбит» отношений. В реальных отношениях всегда есть риск. Например, риск того что вы будете отвергнуты. В реальных отношениях не то, чтобы безопасность была совсем не важна, но это уже другая, назовем ее «функциональная», безопасность. Она состоит в способности отстаивать свои границы, то есть в том, что, если меня отвергнут, то я это переживу. В крайнем случае тоже отвергну другого. Мы обменяемся толчками и, мне кажется, не умрем от этого. А может быть даже, убедившись в возможности нормального отвержения, позволим друг другу подходить ближе. Но если я хочу гарантировать отсутствие отвержения и вцепляюсь в первичную безопасность, то я неминуемо буду больше общаться с собой, чем с другим человеком. Кроме того, как прекрасно описал это Александр Лоуэн (1998), человек, стремящийся быть всегда защищенным от внешней угрозы, создает такую хроническую телесную готовность, которая поддерживает постоянную тревогу. Тот, кто все время готов защищаться, все время готов воевать. Нарращивание «телесной брони» приводит к повышенной уязвимости.

Итак, невроз — это выбор мнимой безопасности.

Кроме того, невроз — это самозавоевание, это победа над собой.

(Я искренне сочувствую научному редактору перевода книги Ф.Перлза и П.Гудмана. Редактировать этот текст — подвижнический труд. Но все же не обошлось без огрехов. Английское self-conquest — это никак не само-угнетение, а именно самозавоевание. Иначе, в варианте «само-угнетение» теряется понимание того, в чем же состоит очарование невротического выбора. Невротическое расщепление по Перлзу — это сочетание «победителя» и «побежденного», это возможность всегда быть победителем, так как побежденный всегда под рукой, и это — он сам.)

Все то, о чем я говорил до сих пор — это предпосылки невроза. Тот момент, который маркирует формирование устойчивого невротического стиля — это появление **потребности иметь победу**.

Однажды я очень ясно понял, что такое потребность иметь победу как центральный момент в формировании невротического стиля реагирования. Мне помог в этом один из моих клиентов.

Этот бородатый брюнет, интеллеktуал лет около тридцати, обратился ко мне с тем, что женщины не воспринимают его как мужчину. Сексуальное напряжение он снимал с женщинами, которых он не очень любил и ценил; собственно с сексом все было в порядке. Но те женщины, которые нравились ему, по его словам, напрочь отказывались видеть в нем мужчину. Хорошего человека, приятеля — да, но не мужчину. При этом он часто говорил о своей сослуживице, Тоне, которую он всячески пытался заинтересовать, но каждый раз безуспешно. В конце концов мне стало интересно, что же между ними происходит (то есть как это примерно выглядит), и я скорее с этой целью, нежели с идеей работать над внутренней интеграцией, предложил ему «поговорить с Тоней» в технике пустого стула. В один из моментов, когда он со своего стула говорил «Тоне» какую-то сложно-закрученную фразу, я остановил его, спросил, что он чувствует, и после его ответа предложил сказать это ей. Он сказал это «Тоне», пересел на ее место и после небольшой паузы сказал мне с «ее» стула: «А знаете, я, кажется, испытываю зачатки интереса к нему». «Прекрасно, — сказал я, — скажите это ему». Он «сказала это ему», затем пересел на свое место. Признаться, я уловил, что начал немного «болеть» за него, ожидая, чем закончится эта, пусть и условная, встреча мужчины и женщины, когда он вдруг сказал: «А вот здесь я бы ушел домой праздновать свою победу». Как?! Я был поражен. Мне казалось, что им уже должен потихоньку овладевать азарт соблазняющего танца. И в тот момент, когда открылись новые возможности, он вдруг предпочел... что? Какую «победу»? Что «праздновать», если этот волнующий «бой» еще не окончен?

Самооценку! Я — хороший, я — успешный, я — мужчина, достойный внимания женщин! Этот временный выигрыш хорошей оценки оказывается на самом деле важнее реальных отношений. Потребность **иметь** победу перевешивает потребности, связанные с реальным другим человеком.

Лет пятнадцать назад, в пору «перестройки», слово «самооценка» было весьма популярным среди клиентов. Многие прямо с этим и приходили к психологу — «у меня низкая самооценка», «мне надо поднять самооценку». То есть способности, конечно же, высокие,

а вот самооценка низкая... Надо поднять. А как? По совету одного юмориста повторять про себя: «Я — солнце, я — солнце...»?

Итак, то, что характеризует невротическое развитие — это дилемма между самооценкой и реальными отношениями. Смысловой вектор жизни в значительной степени перемещен в плоскость самооценки. «Жизнь за самооценку» — так должна называться опера во славу невроза.

Фриц Перлз как-то заметил, что есть существенная разница между самоактуализацией и актуализацией «образа себя» (Перлз, 1998). Слон, говорил он, актуализирует себя как слон и не имеет идеи актуализировать себя как ласточку. Человек же может упоенно актуализировать «образ себя», прерывая процесс самоактуализации.

Повторю, невротические отношения с другими людьми — это в значительной степени отношения с собой. И хотя внешне это может выглядеть как привлечение внимания других людей, страх отвержения со стороны других людей, переживание несчастья оттого, что кто-то другой меня не., но все это на самом деле «богатый внутренний мир», который на взгляд гештальт-терапевта сильно отличается от подлинного общения людей друг с другом.

\* \* \*

Особо хочу остановиться на соотношении концепции Ф.Перлза и получившей в нашей стране распространение с легкой руки Д.Н.Хломова (1996, 1997) психоаналитической концепции типов личности. Первоначально Д.Н.Хломов говорил о «векторах реагирования», и это выглядело попыткой интегрировать представления о шизоидном, нарцисстическом и пограничном типах личности с гештальт-подходом. Однако уже давно большинство его учеников говорят не о «векторах», а о «типах», и популяризуют идею чрезвычайной близости психоанализа и гештальт-терапии.

Идея личностной типологии субъективно привлекательна (здесь, несомненно, присутствует эффект от «легкого» и «лучшего» понимания клиента) и отчасти прагматически полезна. Действительно, если мы, например, уясним, что незавершенные задачи развития для шизоидного типа — установление привязанности, для нарцисстического — способность к сопереживанию, а для пограничного — опыт сепарации (С.Шон, см.: Хломов, 1996), то нам легче будет определять стратегию работы. Но достаточно ли такого понимания? Не важнее ли понимать парадоксальность поведения клиента,

диагностировать не столько чистый тип, сколько узлы актуальных противоречий? Кроме того, Д.Н.Хломов совершает и еще одно действие, на мой взгляд, уже очевидно неправомерное. А именно переименовывает пограничный тип в невротический. Вследствие такого «переименования» утрачивается представление о противоречивости невротического развития. К сожалению, приходится сталкиваться с отождествлением в умах многих коллег невротического и зависимого поведения, а уж противопоставление невроза и нарциссизма выглядит совсем общим местом.

Давайте попробуем разобраться в этом на примере нескольких с виду банальных, но неверных утверждений. Первое такое утверждение: невротическая организация опыта сопровождается низкой самооценкой. О, как это понимание близко невротическому сознанию! И как этого не поняли ни Карен Хорни, ни Фриц Перлз! Вслед за Хорни, которая, как известно, была первым аналитиком Перлза и, безусловно, оказала на него влияние, Перлз вводит в теорию невроза внутренне, казалось бы, противоречивый термин. У Хорни это «невротическая гордость», а у Перлза — «невротическое тщеславие». Дело в том, что в контексте невротического сознания, даже если я и не решаюсь ни с кем практически конкурировать, я все равно знаю, что я лучше всех.

Моя мама рассказывала мне как однажды к ней, преуспевающей адвокату, подошел ее коллега и запальчиво сказал: «Ты думаешь, я хуже адвокат, чем ты? Я просто не могу это выразить!»

Кстати, а не является ли распространенное убеждение в том, что «невротики не конкурируют» еще одним банальным, но неверным утверждением? Может быть, они в своем сознании заранее выиграли? Или уж точно не проиграли?

На одном из семинаров участница группы сказала: «Уж если бы я готовила доклад в такой сильной группе как эта, я бы должна была быть уверена, что это будет блестящий доклад. А так как я не была в этом уверена, то я его и не делала». При этом можно остаться для себя успешной, найдя недочеты в не-блестящих докладах тех, кто решил их делать.

Невротическое тщеславие — это когда самооценка с виду низкая, а на самом деле высокая. Я не просто оберегаю себя от осознания жизненного «провала», я действительно считаю, что я лучше всех. Возможно, то чего я жду — это безопасность всепоглощающей

родительской любви. Ведь для родителя маленький ребенок, что бы он ни делал, все равно самый лучший. И если я найду того, кто меня «примет» целиком, тогда мне и подтвердят, что я лучше всех. И я попаду в Рай Любви.

Но и здесь, правда, есть одна противоречивая особенность. Ожидая Рая Любви, я подозреваю, что его может и не случиться.

Есть такой анекдот о том, чем отличаются друг от друга здоровый человек, невротик и психотик. Здоровый человек знает, что дважды два четыре. Психотик считает, что дважды два пять. А может быть, шесть. А если он очень постарается, то будет семь. А невротик в общем-то знает, что дважды два четыре ... но он очень этим недоволен!

Теперь самый острый вопрос — вопрос о перевернутом неврозе, известном под именем нарциссизма. Что такое контрзависимость, являющаяся центральным феноменом нарциссизма? Это поведение, мотивированное избеганием зависимости. Опять же, это оттянутость от границы контакта с дисбалансом в сторону «внутреннего мира». Пожалуйста, мы можем трудности сепарации называть «пограничной тенденцией», а трудности сближения — «нарциссической», но эти две противоположности сходятся в том, что они обе основаны на дефиците реальных отношений. Более того, они не существуют друг без друга, и терапевту хорошо бы распознавать «нарциссическую» тень «пограничного» поведения и наоборот. Между прочим, в мифе о Нарциссе был еще один главный герой — нимфа Эхо. И если никого не любящий Нарцисс не мог увидеть в другом столь же очаровательную субъектность, какую он видел в себе, то Эхо, одержимая любовью к Нарциссу, превратила в объект себя (она могла, как мы знаем, только повторять чужие слова). Но человек, разрушающий субъектность другого, начинает и к себе относиться как к объекту. И, не вдаваясь в подробности, замечу, что мы видим это в клинике так называемого нарциссизма. С другой стороны, человек, превращающий себя в объект и видящий в другом необъятного субъекта, на самом деле не видит этого реального другого человека. И тот, и другой живут в большей степени в своем «внутреннем мире», чем в мире реальных отношений. Они поддерживают «образ «я», оберегая его от попадания на границу контакта, и это оберегание является важнейшим делом их душевной жизни.

Что же касается третьего типа — шизоидного, то свойственная ему реакция прерывания отношений и ухода в себя, если она совершается с сохранением границы (то есть не на психотическом уровне), также, по-видимому, может быть рассмотрена как форма «оттянутости» от границы контакта.

Итак, невротическое развитие, какие бы формы оно ни принимало, это нарушение пластичности границы или, другими словами, нарушение диалогичности.

Опора на понятие диалогичности — одно из краеугольных отличий экзистенциального подхода, каким является гештальт-терапия, от психоанализа.

Я полагаю, что представление о здоровье как о балансе пограничных, нарцисстических и шизоидных «составляющих личности человека» является, по крайней мере, недостаточным. Здесь игнорируется весьма важный вопрос — вопрос о способности вступать в диалогические отношения с реальным другим человеком.

«Так ребенок отвечает: «Я дам тебе яблоко», или «Я не дам тебе яблока». И лицо его точный слепок с голоса, который произносит эти слова». (О. Мандельштам.)

Позвольте мне проиллюстрировать сущность экзистенциалистского взгляда на невротичность с помощью одного анекдота. Этот анекдот мне как-то рассказал один психиатр, я его успел пересказать многим коллегам, и в нашем Институте он уже стал частью корпоративной мифологии.

Один человек стоит в задумчивости перед кадкой с цветком и вслух бормочет: «Могу ли я? — Нет... Хочу ли я? — Не-а... Говно ли я? — Магнолия!!..»

Людям, однако, далеко не всегда понятно, что магнолия — это магнолия. Однажды во время терапевтической группы я рассказал этот анекдот одному из участников. Все посмеялись, но ему было не смешно, и он продолжал что-то с обидой говорить. «Ты хоть понял, что Олег тебе хотел сказать?» — с улыбкой спросил его другой участник группы. — «Понял». — «Что?» — «Что я говно».

Итак, можно мучаться этими вопросами, переместив жизненные смыслы в пространство самооценки. А можно сказать «Ты мне интересен. Я хочу дать тебе яблоко». Или «... взять у тебя яблоко». Или «Я не дам тебе яблока», «Я не хочу этого. Я хочу другого». И

послушать и в том, и в другом случае, как в реальном физическом пространстве прозвонит ответ другого человека.

## Литература

1. Perls F, Hefferline F, Goodman P. Gestalt Therapy. N.Y.: Delta Book, 1951.
2. Лоуэн А. Биоэнергетика. СПб, «Ювента», 1998.
3. Перлз Ф., Гудман П. Теория гештальт-терапии. М., Институт общегуманитарных исследований, 2001.
4. Перлз Ф. Гештальт-семинары. М., Институт общегуманитарных исследований, 1998.
5. Хломов Д.Н. — В сб. Гештальт — 96.
6. Хломов Д.Н. — В сб. Гештальт — 97.

Речь пойдет о пациентах клиник неврозов, которые не только имеют невротические тенденции в личности, что в той или иной степени характерно для каждого из нас. Мы коснемся более тяжелой патологии, когда невротические тенденции приводят к болезненному состоянию и дезадаптации (человек не может справиться с обычными жизненными обязанностями и нуждается в госпитализации). Такие пациенты страдают невротическими и соматоформными расстройствами (рубрика F-4, МКБ-10). Их состояние характеризуется большим количеством недифференцированных жалоб, часто выражаемых словами «мне плохо» и (или) функциональными нарушениями в соматической сфере. Одним из основных симптомов, встречающихся при любой невротической патологии, является тревога. Если тревога доминирует в клинической картине, то выставляются следующие диагнозы: генерализованное тревожное расстройство, панические атаки, агорофобии, социальная фобия, изолированные фобии. Эти состояния на сегодняшний день являются самыми распространенными. Цитируя М. Спаньоло-Лобб (Francesetti, 2007), можно сказать, что панические атаки — вызов современной психотерапии.

Психотерапевты, работающие в клинике, постоянно сталкиваются с определенными трудностями в лечении таких пациентов. Эти пациенты, даже если их состояние улучшается на каком-то этапе терапии, склонны к рецидивам, особенно, при попадании в стрессовую ситуацию. Иногда кажется, что психотерапия хороша в лечении «здоровых» людей, т.е. людей, имеющих психологические проблемы (ограничения), и не особенно эффективна в клинике.

В чем состоят трудности в лечении таких пациентов? В чем особенности пациентов с клиническими нарушениями, приводящими к дезадаптации в среде? Каковы могут быть терапевтические подходы в случае клинической патологии?

Вспомним, что невроз в гештальт-терапии понимается как преждевременное примирение конфликта, или как заблокированное переживание, не превратившееся в действие (Немиринский, 2004). По Ж.Блезу одним из признаков невроза является невозможность над-

<sup>19</sup> Впервые напечатано в «Журнале практического психолога», 2008, № 3.



лежащим образом ориентироваться в среде. Невозможность осознания ни сигналов среды, ни собственных потребностей, приводит к блокированию возбуждения, которое в норме является ответом на взаимодействие со средой. Возбуждение трансформируется в недифференцированную тревожность. В гештальт-терапии, как и в других личностно-ориентированных подходах, ключевым моментом терапии является осознание, включая, как спонтанное осознание, так и осмысляющее осознание. Только таким образом мы можем способствовать переживанию заблокированного опыта и расширению возможностей, что является сутью личностного подхода. Расширение осознания — то, что необходимо в достижении нашей цели, и то, что предлагает ряд терапевтических подходов, начиная от психоанализа. Эта возможность интроспекции, когда пациент помимо конкретных событий внешней жизни («я сказал, она ответила»), начинает говорить о внутреннем пространстве, а затем и об интерперсональном пространстве в терминах переживания. И это то, с чего начинается терапия, когда мы помогаем клиенту преобразовывать биологическую картину болезни в психологическую (Ласая, 2005).

Проводя терапевтические группы в отделении неврозов (каждый пациент в среднем посещает 4-5 сессий) мы ставим своей целью именно расширение осознания: посмотреть на болезнь с другой стороны, не медицинской, а психологической. Невроз это не ангина, невроз всегда связан с личностью и с жизнью пациента. И хотя акцент делается на осознании, перед нами уже на этом этапе встает следующая основополагающая тема терапии — тема ответственности. Что значит признать, что невроз — это не ангина? Это значит, что, по крайней мере, придется задуматься над своей жизнью, а затем и присвоить себе то, что отчуждается: тело, поступки. Но это и есть самое сложное. Ведь «задача» невротика сохранять позицию жертвы, слабого, великодушного, чувствительного, доброго человека, с которым другие люди или судьба необоснованно плохо обращаются. Принять ответственность, значило бы излечиться.

Возможно, один из ответов о трудностях в терапии — невозможность (нежелание?) принять ответственность.

По Ж.Сартру (Ялом, 1999) быть ответственным значит быть «неоспоримым автором события или вещи». И.Ялом уточняет: осознавать ответственность — значит осознавать творение самим собой своего «я», своей судьбы, своих жизненных неприятностей, своих

чувств и также своих страданий, если они имеют место (Ялом, 1999). Никакая реальная терапия невозможна для пациента, не принимающего такой ответственности и упорно обвиняющего других людей или силы — в своей дисфории. В понимании экзистенциалистов ответственность неразрывно связана со свободой. По мнению Ж.Сартра, человеческое существо обречено на свободу. Свобода простирается дальше ответственности: мы полностью ответственны за свою жизнь, и не только за свои действия, но и за свою неспособность действовать. Если воспринимать существование таким образом, то свобода сталкивает нас с неопределенностью, а значит — с пустотой. И.Ялом в описаниях субъективного опыта часто использует термин «пустота», или «беспочвенность», или «отсутствие почвы». Возникает понятие тревоги отсутствия почвы.

Взгляды Ф.Перлза на ответственность отличаются категоричностью. Целью гештальт-терапии, как её формулировал Ф.Перлз, является перейти от манипуляций со средой к саморегуляции, т.е. от опоры на среду к опоре на себя. Свои мастерские он начинал следующим образом: «если вы хотите свихнуться, покончить с собой, улучшить своё состояние, «зарядиться» как следует или получить опыт, который изменит вашу жизнь, — это ваше дело. Я делаю свое, а вы свое. Всякий, кто не желает взять на себя ответственность за это, пожалуйста, не ходите на этот семинар. Вы пришли сюда по собственной свободной воле. Я не знаю, насколько вы взрослые, но главное во взрослом человеке — это способность взять ответственность за себя — свои мысли, чувства и т.д.

Эта жесткая позиция, когда обращение к сознательным функциям не всегда приводит к результату, особенно в случае клинической патологии. Говоря об ответственности, мы провозглашаем ценность опоры на себя. Однако, опереться на себя можно, только умея опираться на других. Согласно Д. Франчесетти (Francesetti, 2007), автономия вырастает из принадлежности.

Итак, понимание ответственности приводит нас к пониманию тревоги как отсутствия почвы, и мы обнаруживаем тесную связь невротической тревоги и принятия ответственности. Особенно ярко это можно наблюдать у пациентов с паническими атаками. Они жалуются на страх упасть, потерять почву под ногами. На первый взгляд, кажется, что они опираются. В тяжелых клинических случаях пациенты не могут одни выходить из дому, им обязательно нужен

сопровождающий, часто им оказывается кто-то из близких людей. Но они не могут опереться. Вместо способности опираться — контроль и страх его потерять. Это пассивный контроль, контроль беспомощности, призыв о заботе и желание остаться ребенком.

Можно говорить о существовании порочного круга: паника — страх упасть — отсутствие опоры — зависимость — потребность контролировать — невозможность контролировать — паника. Таким образом, еще одной чертой пациентов с тревогой является зависимость. Это пациенты зависимые или контрзависимые. Контрзависимых отличает внешняя самостоятельность, это люди, добившиеся многого в жизни, для которых ценностью является сила, но, так же, как и зависимые (у тех это ещё более очевидно), они не умеют опираться.

Однако, во всех «боюсь» существует другая сторона — «хочу». Страх потерять контроль — это и желание его потерять, отдать-ся, довериться, опереться, наконец, расслабиться. Здесь мы можем проследить связь панических атак с нарушениями сексуальности: чтобы полноценно сексуально функционировать, необходимо отказать от контроля.

Почему у пациентов с паникой страдает опора?

Размышление над этим вопросом неизбежно отсылает нас к определенным этапам развития ребенка, когда в контакте с семьёй формируется первичная безопасность и способность опираться. Очевидно, что для наших пациентов среда не была благоприятной в этот период. Следовательно, мы имеем дело с ранними нарушениями развития, которые повлекли за собой возникновение патологии. Не будучи устойчивым, человек не может развиваться. Реализация невозможна без принадлежности. Формирование фигуры невозможно без фона, контакт невозможен без опоры. По замечанию Лоры Перлз, именно благодаря функциям опоры становится возможным формирование фигуры контакта. (Франчесетти, 2007).

Каковы могут быть вмешательства терапевта?

Привычно работать с присвоением ответственности как с проекцией. Присвоить, то, что проецируется в окружающий мир. Превратить фразу «окружение или мир делает это со мной» в «я делаю это с собой и с миром», т.е. принять ответственность. Однако Ж.Блез вслед за И.Фроммом считает, что за «содержанием очевидной проекции» может стоять «подлинная неосознанная проекция».

«Это случается со мной» невозможно превратить в «я делаю это», симптом укрепляет эту невозможность.

Вспоминаю пациента, который каждую встречу начинал с подробного описания физического состояния. Особое внимание он уделял соматическому ухудшению, и каждый раз мои попытки обратить его внимание на его роль в этом процессе пассивно отвергались. Так, на первый взгляд, он пытался связать события своей жизни со своим состоянием, и мы работали с его жизненными событиями, но в каждое следующее посещение пациент забывал про это. На очередную сессию он принес сон. Он приходит на прием к врачу. Это женщина в белом халате. Он готовится принимать какую-то процедуру и садится в кресло. Женщина—врач льёт ему на голову струю холодной воды. Ему больно, и он думает: «зачем она это делает, это же так больно». Он не сразу согласился принять этот сон как недовольство мной, и некоторое время его состояние продолжало ухудшаться. В какой-то момент он решился и произнес: «С того момента как я пришел к вам, моё состояние только ухудшилось; вы не говорите мне ничего позитивного, мы обсуждаем только негативное». Понимая важность такой реакции для него, я подумала, что в чем-то он прав. После этих слов, у него внезапно закружилась голова, он сказал, что не чувствует ног. Я предложила ему встать, он не мог сделать ни шага. Затем он стал опираться на мою руку; так мы двигались. Мне казалось, что я поддерживаю ребенка в его первых шагах. Через какое то время он почувствовал себя более уверенно, попросил разрешения обнять меня и сказал, как ему не хватает матери (мать умерла, когда ему было 9 лет). На следующем сеансе он смог сказать: «Вся моя болезнь поддерживает состояние ребенка, она необходима, чтобы ничего не менять».

Этот случай помог мне понять: присвоение ответственности — процесс болезненный, и, вероятно, если следовать феноменологии этого клиента, то можно было бы сказать: «Я могу говорить от имени Я, если есть почва под ногами».

Так как мы сказали, что способность опираться формируется в отношениях, то опора — это функция отношений. Поэтому, основной терапевтической задачей можно считать создание среды, в которой способность опираться получила бы развитие. Важно не только создавать опору, но развивать эту способность.

Какова роль терапевта в создании такой среды?

Во-первых, терапевту самому желательно быть устойчивым и уметь опираться на среду, как в жизни, так и в терапии. Во-вторых, если способность опираться предполагает отношения двух отдельных личностей, то для терапевта важно то, как он сам опирается на своего клиента. Ответ может быть сугубо индивидуальным. Думаю, для терапевта важен сам факт существования клиента, не только потому, что этим обеспечивается наша материальная безопасность, реализуются и другие потребности, иначе мы бы не работали терапевтами.

Одна моя пациентка говорила о своей уверенности в моём спокойном отношении к любому её состоянию, в отличие от её родственников, которые до сих пор своим поведением — чрезмерной тревогой и опекой запрещают ей испытывать негативные чувства: болеть, печалиться, злиться. Другая пациентка, в самом начале терапии, придя на вторую сессию, сказала, что наиболее важной для неё на первой встрече была моя фраза: «и это нормально». Создание среды, в которой возможны разные переживания, и эти переживания не разрушают никого из партнеров, а наоборот, способствуют контакту, и есть *создание почвы, значительно уменьшающее тревогу*.

Итак, принятие ответственности возможно не через присвоение проекции, а через обретение способности опираться, которая формируется в терапевтических отношениях. При этом осознание своей ответственности приводит не к усилению тревоги, а к ощущению своей принадлежности, превращая недифференцированную тревогу в возбуждение, необходимое в контакте со средой. Таким образом, мы можем способствовать процессу обратного развития невроза.

### Литература:

1. Блез Ж. Перестать знать. Философия гештальт-терапии — Воронеж: Самиздат, 2007
2. Ласая Е. Гештальт-подход в преобразовании биологической картины невроза в психологическую. Гештальт-терапия: обзор - Москва, 2005, с.50
3. Немиринский О. Концепция невроза в гештальт-терапии. Гештальт-терапия и консультирование №4 —Москва, 2004
4. Франчесетти Д. панические атаки: феноменология и специфическая поддержка. — Гештальт гешталтов. Евро-Азиатский вестник гештальт-терапии, 2007, №2, с. 106 — 113.
5. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия — М.: Независимая фирма «Класс», 1999.- 576 с.
6. Francesetti G. (Ed.) Panic Attacks and Postmodernity. Milano, Italy. —2007

## Панические атаки. Крушения и надежды<sup>20</sup>

*Сергей Серов*

Панические атаки — распространенное явление в современном мире. В мире нестабильном, с финансовыми кризисами, исчезающими нравственными ориентирами. Итальянский психотерапевт Джанни Франчесетти (Франчесетти, 2007) писал о проблемах современного человека, который выходит из семейного мира («ойкоса» по-гречески) во внешний мир («полис»), который предъявляет высокие требования к личности. И на этом фоне появляются панические атаки. В нашей российской действительности на сегодняшний день семья отличается от стабильного и безопасного «ойкоса». Если в досоветский период семья была крепкой, патриархальной и давала ощущение защиты, надежной поддержки, а в советское время такой опорой было государство, подменявшее или контролировавшее многие функции семьи, то сейчас мы живем в переходный период, когда идет поиск новых «незыблемых ценностей». Поэтому на фоне всеобщего крушения не могли не возрасти панические расстройства.

Паника — это состояние незащищенности, отсутствия опоры. Именно во время различных крушений и возникают панические состояния. Кораблекрушение, землетрясение, пожар, наводнение... Резко меняются внешние условия, и прежние привычные защиты не спасают, опоры не держат. Развод, смерть важного человека тоже есть потеря внешних поддержек и опор. Впрочем, это может произойти и при изменении внутренних процессов — в организме (например, страх смерти при приступе стенокардии) или личности (взросление, появление новых потребностей, переосмысление прежних ценностей, отказ от них).

В данной работе, конечно же, не будет идти речь о природных катаклизмах. И реакцию острого горя при потерях близких мы тоже не включим в фокус внимания. Именно, как точно и образно подметил Дж.Франчесетти (Франчесетти, 2007), о панике как о болезни роста мы и поговорим. О состояниях, когда возникли новые потребности, а в прежних условиях их удовлетворить невозможно, опасно, запрещено (например, чтобы жениться, нужно выйти из семьи для встречи с «чужой» женщиной), или вследствие изменений условий

<sup>20</sup> Впервые напечатано в «Журнале практического психолога», 2011, № 5.

перестали удовлетворяться старые потребности (например, вдова страдает из-за сексуальной депривации).

В таком случае возникает конфликт между желаниями, с одной стороны, принадлежать прежнему сообществу (например, родительской семье), сохранять статус-кво, а с другой — желаниями, удовлетворение которых требует оставить это сообщество или нарушить прежний уклад.

Болезнь — это компромисс между противоречивыми потребностями. Рассмотрим в рамках этой статьи следующие вопросы: механизм паники, парадокс паники и психотерапевтическую помощь при панических атаках.

### Механизм паники

С точки зрения физиологии тревога — это сдерживаемое возбуждение. Об этом писал отец-основатель гештальт-терапии Фриц Перлз в своей ранней работе «Эго, голод и агрессия» (Перлз, 2000). Что тогда представляет собой паника? Паника — это тревога, которая перешла границы, внутри которых поведение поддается контролю. Таким образом, паника — это сильное возбуждение и сильное сдерживание. В каждом симптоме есть процесс возбуждения, направленный на изменение, и процесс торможения, направленный на сохранение статуса-кво (Серов, 2009). Один процесс требует обретения автономии, а другой — сохранения принадлежности. В основе процессов лежат потребности. И они, как уже было отмечено, могут конфликтовать. Но конфликт потребностей существует именно из-за противоречивости процессов, которые необходимо запустить для их удовлетворения. Например, ребенок хочет гулять с друзьями и это требует запуска процесса автономии, сепарации от родителей (хотя и с целью обретения новой принадлежности к компании сверстников). Но при этом ему нужно уйти, пусть и на время, от непосредственной принадлежности родителям. Если родители угрожают отвержением или наказанием и не пускают ребенка гулять вследствие своих претензий на время ребенка (возможно, вполне обоснованных), конфликт потребностей неизбежен.

Паника — это возбуждение от новых перспектив, требующих ухода от прежних принадлежностей, и одновременно цепляние за старый опыт, старые опоры, прежние отношения. Будто вы хотите тронуться с места на машине с механической коробкой передач, вы-

жали педаль сцепления, включили скорость, давите на газ, машина дрожит от оборотов двигателя., а педаль сцепления так и не отпускаете. Будто правая нога уже в будущем, а левая еще в прошлом. А здесь и сейчас — паника.

Так отчего же левая нога никак не отпускает педаль сцепления? Мы уже говорили, что паника возникает тогда, когда нет опор или они разрушаются. То есть, в будущем опор не видится, или они кажутся слабыми (или таковыми и являються). В каких случаях это бывает? Приведу несколько примеров.

В одних случаях нет уверенности в том, что выбор будет социально одобрен. Речь идет об одобрении со стороны значимых фигур. В таком случае человек боится ошибиться, сделать неправильный выбор. Возникает ожидание наказания свыше за ошибку, видится перспектива осуждения. В этой же перспективе не видны важнейшие поддерживающие фигуры, или они становятся осуждающими и карающими. Приступ часто сопровождается переживанием стыда: «Боюсь пойти куда-нибудь, потерять сознание и упасть — подумают еще, что я пьяная». Осуждение может рисоваться в сознании как «Божья кара», что является переносом на образ Бога опасений в отношении значимых фигур.

В других случаях возникают ощущения, связанные с собственной ненадежностью. Первый вариант собственной ненадежности — потеря ролевой идентичности, слабость функции Personality. Отсутствует идентификация с ролями и достижениями. Напротив, есть отделение себя, своей уникальности, «внутренней сущности» от своей деятельности и ее плодов, что приводит к обесцениванию себя и потере смысла существования. Например, клиентка может постоянно говорить о зависимости от мужа-бизнесмена, а на двадцатой сессии выяснится, что у нее самой есть «маленький свечной заводик». Второй вариант собственной ненадежности — ощущение своего тела как ненадежного механизма, ожидание от него предательства. Этому предшествуют и способствуют: реальное столкновение в молодом и зрелом возрасте со смертью родственников или ровесников; реальное ослабление организма вследствие переутомления, травм, заболеваний.

Третья причина недостаточности опор — сужение круга лиц, оказывающих поддержку. Отсутствие подруг у женщин и друзей у мужчин — нередкое явление при панических атаках. Все поддержи-



вающие функции, ожидания помощи возлагаются на одного-двух человек (супругов, родителей). Поэтому существует страх потери этой единственной опоры при удовлетворении своих потребностей, игнорируемых или неодобряемых этими фигурами. Опять же цитируя Джанни Франчесетти (Франчесетти, 2007), скажу, что «паническая атака — это острая атака одиночества». Все сказанное про возбуждение, готовность действовать и отсутствие действия, справедливо для тревоги, тревожных расстройств вообще.

Каким же образом тревога переходит в панику? Перескажу с дополнительными соображениями мысли Франчесетти. Фигура устойчива, напитана энергией за счет фона. Если же фон не дает ресурсов фигуре, то в момент усиления возбуждения (и отсутствия опор) фигура потребности разрушается, и энергия, мобилизованная на удовлетворение потребности, снова уходит в фон. Фон становится на место фигуры. Обычные телесные (фоновые) ощущения входят в зону сознания. Поскольку они усилены энергией разрушенной фигуры, то переживаются более интенсивно и становятся пугающими. Говоря языком гештальт-терапии, паника возникает, когда ослабляется фон.

«Важная часть нашего фона формируется способом прерывания контакта. Когда обычный и основной способ прерывания контакта невозможен, тогда появляется паника» (Франчесетти, 2007). Попробую сделать понятным механизм того, как фон формируется способами прерывания контакта. Фактически, когда мы работаем с полярностями, они по очереди становятся друг для друга фоном. И если фигура не завершается, и процесс удовлетворения потребности приостанавливается каким-либо механизмом прерывания контакта, то делается это для того, чтобы выбрать вторую полярность, то есть напитать фон для данной фигуры. Являясь друг для друга фоном, полярности питают друг друга. Поэтому мы в работе поочередно и усиливаем их. Если говорить о паре принадлежность-автономия, то в случае паники, когда есть потребность активно действовать, механизмы прерывания контакта поддерживают принадлежность (мы поступаем как должны, поддерживаем слияние с близкими людьми, удерживаемся от поступков, за которые нас осудят и т.д.)<sup>21</sup>. И когда Джанни Франчесетти говорит, что паника

---

<sup>21</sup> Это вовсе не означает, что механизмы прерывания контакта во всех случаях поддерживают принадлежность и препятствуют автономии. При контрзависимом

возникает, когда привычный способ прерывания контакта перестает работать, мы понимаем, что этот «обычный, стереотипный, невротический способ организации опыта» перестает поддерживать принадлежность. Когда нет возможности слияния с ранее поддерживающим окружением, когда интроекты, бывшие ориентиром в принятии решений, отвергнуты, когда признал наличие «бревна в своем глазу», когда сказал близким то, что давно о них думал, тогда появляется призрак одиночества. А одиночество при принятии решения — удел крутых парней из вестернов, а не обычных людей. Старые опоры (принадлежности) уже разрушены, а новые (в том числе и новый тип отношений с теми же людьми, которые ранее были опорой) еще не созданы.

Паника — это тревога при отсутствии опор.

### Парадокс паники

Паника — это страх смерти, а значит — желание жить. Паническая атака — это приступ жажды жизни. Но это не единственный ее парадокс. Другой парадокс связан с тем, что паникер не видит опоры.

Паническая атака — это невозможность отдаться, сдаться, довериться. Все время работает контроль. У контролеров напряжена шея. Когда нет опор, все выходит из-под контроля. Контроль — это попытка структурировать, создать опорную конструкцию с жесткой структурой. Надо помимо выстраивания опор учиться рисковать. Риск — это доверие, признание опор на тело, на окружающих. Это доверие Богу и признание поддерживающей роли внешней среды. Это доверие своим близким и даже чужим людям (когда паника застает на улице, пациенты бывают вынуждены обратиться за помощью к незнакомым людям, преодолевая стыд). Риск — это не прыжок в пропасть. Это доверительное падение на руки тех, кто держит. Это открытие поддержки в милости Бога, в мудрости тела (маминой и папиной генетики), в участии окружающих.

Контроль над эмоциями, импульсами практически всегда сопровождается напряжением заднешейных мышц (вернее, он таким образом осуществляется — напрячь шею, чтобы не потерять голову). Когда шея напряжена, сосуды, которые несут кровь в затылочные

---

поведении все как раз наоборот. Эготизм, к примеру, является известным способом избежать слияния при полном контакте.

отделы мозга, пережимаются и возникает состояние близкое к потере сознания. В этот момент возникает паника от потери контроля над телом и сознанием. Паника — это состояние, возникающее в момент потери контроля, но, в то же время, парадоксальным образом — это способ этот контроль потерять и приобрести новые опоры. Потому что при нарастании паники приходится довериться телу, Богу или позвать на помощь окружающих, что очень тяжело и стыдно сделать без паники, без отчаяния. Страх потери контроля заставляет усиливать контроль, напрягаться еще больше, но напряжение в шее еще больше пережимает сосуды и, с одной стороны, усиливает панику, а с другой — приводит к отключению сознания и контроля. Паника сама себя усиливает и приводит к состоянию бесконтрольности. Некоторые случаи панических атак впервые случаются после употребления алкоголя или наркотиков — потери привычного контроля. Когда сознание отключается, ослабляется контроль, шея расслабляется, и кровь снова поступает в мозг. Некоторые «паникеры» замечают, что в момент паники помогает «не дышать», т.е. уменьшить количество кислорода в крови. Хотя, с одной стороны, задержка дыхания — способ подавления эмоций, с другой — способ потери сознания и контроля. Выходит, что поддержка любого процесса (изменения или сопротивления) льет воду на мельницу психотерапии. Таким образом, чтобы организму выжить, можно идти двумя путями: расслабиться или довести напряжение до крайности и опять-таки расслабиться. Маятник можно качнуть в любую сторону, чтобы в результате очутиться в нужной точке. Но если начинать с расслабления, не имея доверия телу (например, в ходе работы по развитию «чувственного сознавания»), то расслабление будет расцениваться как угрожающая потеря контроля и приведет к большей панике, напряжению. Что еще раз подтверждает мысль о необходимости в первую очередь поддерживать сопротивление.

Этот феномен лежит в основе таких техник как биоэнергетические упражнения Лоуэна (напряженные позы) или мануальной терапии в форме постизометрической релаксации (усиление напряжения «зажатых» мышц с последующим рефлекторным расслаблением). Эффект гомеопатии также отсюда. Помню действие гомеопатического препарата в момент собственной паники: сначала паника усилилась, напряжение в шее выросло до крайности, а потом возникло ощущение из разряда «будь, что будет» и наступила релак-

сация. Все это было в течение примерно трех минут. Отчаяние — это тоже способ выхода из паники. Это признание бессилия. Но, в то же время, именно бессилие открывает дорогу доверию. В программе помощи страдающим зависимостями «12 Шагов» первый шаг направлен на признание бессилия, а второй — на открытие помощи Высшей Силы. Но положиться на волю Высшей Силы можно только отказавшись от своих бесплодных попыток изменить ситуацию.

Получается, что в самих болезнях скрыты как страдания, так и выходы из них. Как сопротивление развитию, так и само развитие. Дайте болезни развитие, и она сама себя излечит. Проблема хронических болезней не в самих симптомах, а в их замораживании, хронизации.

В заключение этой части также скажу о положительном смысле паники. Ведь иначе бы она не существовала, учитывая то, как мудро устроен наш организм и личность. Паника — это объективная неготовность действовать. Ее смысл в том, чтобы подготовиться, прежде чем что-то менять, активно действовать. Это сигнал о том, что еще нет достаточного основания для новой жизни.

## Помощь при панических атаках

Поскольку паника — это тревога при отсутствии опор, работа с паническими атаками состоит из двух этапов. Первый — работа с опорами, второй — работа с тревогой как с противоречием действия и бездействия, автономии и принадлежности.

Как уже было отмечено, паническая атака — это страх смерти, а, следовательно, это приступ жажды жизни. Новой жизни, но с сохранением важных опор. Ребенок тогда может стать автономным, когда имеет возможность «вернуться под юбку» (Мак-Вильямс, 2007). Но, с другой стороны, взрослый, если хочет идти по жизни вперед, должен отказаться от «маминой юбки». И тогда уже речь идет не о жизни, а о смерти — какая-то из возможностей должна умереть. Либо возможность осуществить желания, для которых нужна автономность, либо старая принадлежность. Зависание между двумя смертями — это и есть паника. И там, и там — смерть, и нет выхода без потерь.

Чтобы решиться шагнуть в новый опыт, нужно иметь достаточное количество и качество опор в нем. Поэтому терапия при панических атаках — это, в первую очередь, процесс создания новых опор. А также — поиск возможности удовлетворения потребностей

в существующей принадлежности. И для этого тоже нужно больше автономии — для смелости заявить о том, что с этого момента мои желания — это важно, и они больше не будут игнорироваться. В любом случае идет работа по обретению опор. Даже тогда, когда клиент отказывается от удовлетворения потребности ради сохранения принадлежности, необходимо на что-то опираться, чтобы пережить фрустрацию и депривацию (на важные потребности, удовлетворяемые в этой принадлежности, на ролевую идентификацию...).

Функция *Ego* сильна, когда сильны *Id* и *Personality*. Итак, какие опоры мы помогаем формировать клиенту/пациенту?

Первые шесть опор описаны у Джанни Франчесетти (Франчесетти, 2007), последние четыре — дополнение из моего терапевтического опыта и другой теории.

1. Опора на тело. Это и поддержка дыхания и заземления, особенно в момент приступа (как часто слышим от терапевта: «Дыши, почувствуй ноги!»), и установление зрительного и тактильного контакта, и работа по распознаванию и вербализации ощущений. А то, что имеет название, определение, уже не так страшно (мы его немного контролируем). Кроме того, что указано у Джанни Франчесетти: поскольку хроническое подавление переживаний приводит к накоплению напряжения (вспомним Райха и «мышечную броню»), любое чувство представляет угрозу для этой сдерживающей конструкции. Поэтому любое чувство начинает переживаться как тревога — угроза потери контроля над эмоциями. Это происходит в том числе и потому, что хроническое напряжение не позволяет узнавать чувства. Как химически зависимый любое желание воспринимает как «тягу», так и человек, накопивший напряжение из-за подавления эмоций, все чувства начинает воспринимать как тревогу, страх. Распознавание и выражение эмоций, работа с интроектами, предписывающими подавление эмоций — необходимая часть терапии. Также от себя добавлю, что любое врачебное назначение в истории болезни начинается с режима и питания, и паническая атака вовсе не исключение — важно достаточно отдыхать и полноценно питаться. Истощенный организм — ненадежная опора.
2. Конечность переживания. Любому страдающему паническими атаками известно, что приступ не длится вечно. Все приступы заканчивались. Максимум приступа — несколько часов.

3. Связь панического приступа с континуумом опыта переживания. Другими словами, здесь мы проясняем смысл паники, как она встроена в цикл взаимоотношений. То, что имеет смысл, не так пугает, как бессмыслица. К тому же, прояснив вопрос «для чего?» вместо бесперспективного «почему?», можно вести дальнейшую работу, опираясь на этот самый смысл, отражающий потребность. Еще точнее, через смысл приступа мы выходим на пару конфликтующих потребностей, становится ясно какая потребность частично удовлетворяется, а какая игнорируется (например, «хочу пойти работать и иметь свои деньги, а из-за паники не могу», что отражает отсутствие автономности при сохранении принадлежности, но без удовлетворенности от нее).
4. Развитие интенциональности. Или опора на будущее. Создание фона в виде перспектив и мечтаний. При этом важно поддерживать и прежние действия и выборы — предыдущая жизнь имела смысл.
5. Опора на роли и достижения — на то, «кто я есть уже сейчас».
6. Опора на терапевтическую принадлежность. Развитие способности формировать принадлежность через отношения терапевта и клиента. Одна из лучших фраз, которую приводит Франчесетти: «автономия рождается из принадлежности».  
Теперь еще несколько рекомендаций из личного терапевтического и клиентского опыта.
7. Опора на интернализированных родителей. Важно ощущать себя частью своего рода, свою принадлежность к фамилии. Кроме того, нахождение в себе качеств, унаследованных от родителей, означает, что никакая автономия не разрушит эту принадлежность. Для того, чтобы оставаться частью рода, не обязательно «возвращаться под юбку». И отец, и мать — навсегда со мной в моих генах и воспитанных качествах.
8. Опора на друзей и подруг. У тех, кто обращается к нам за помощью с паническими атаками, есть тенденция опираться на лиц противоположного пола или на самых близких родственников. Поэтому важно поощрять контакты с людьми вне семьи, восстанавливать социальные контакты, приобретать новых друзей. Путь к этому лежит через исследование того, что пугает в таких отношениях. Зачастую вы услышите истории о предательстве со стороны друзей или подруг, опасности доверия и т.д.

9. Поддержка отчаяния, бессилия. Парадоксальным образом капитуляция приводит к освобождению сил, ранее напрасно тратившихся на поддержание контроля. А отчаяние позволяет рискнуть.
10. Опора на одиночество. Хотя паническая атака и является «острой атакой одиночества», тем не менее, на само одиночество тоже можно опираться. Может выясниться, что, несмотря на страх одиночества, побыть одному не так-то и плохо.

Без номера: говорят, что психотерапия возникла как следствие ослабления религии. Если паника — это приступ одиночества, то верующий человек никогда не может быть одинок, потому что он всегда имеет возможность общения с Богом. И его доверие себя в любом состоянии Высшей Силе, доверие в том, что любое состояние важно и нужно, раз это случилось (свыше «все волосы на голове сочтены»), оказывает, если можно так сказать, терапевтическое действие. Тем не менее, чаще пациенты говорят о себе как о верующих людях. Почему же в этот момент вера перестает работать? Конечно, в момент страха смерти сложнее остаться в полном доверии. Но не только поэтому. Страшно умереть еще и потому, что жизнь не полна событиями, не все, что хочется, воплощено в жизнь. То есть, мы подошли к следующей теме — активности, связанной в тревоге.

Конечно, «автономия вырастает из принадлежности», и «не надо тянуть траву, чтобы она быстрее росла». Тем не менее, работа с любым симптомом — это «раскачивание маятника» (термин Олега Немиринского) в обе стороны. Поэтому, помогая клиенту создавать опоры, мы не должны забывать в работе и о проверке этих опор, предлагая рисковать — делать шаги в сторону перемен, рисковать доверять своему телу, окружению, Высшей Силе и т.д. Потому что «важнейший принцип работы психотерапевта: психотерапевт поддерживает обе противоречивые тенденции» (Немиринский, 2006). Хотя автономия и вырастает из принадлежности, тревога, возбуждение без действия — это конфликт автономии и принадлежности. По сути, предыдущая работа с опорами — это усиление полюса «действия»<sup>22</sup>. И когда он силен, можно разворачивать классическую

---

<sup>22</sup> Усиление происходит за счет создания нового поддерживающего фона для фигуры (потребности, требующей автономии). Этот фон становится основным, когда старые опоры уже невозможно вернуть ни в каком качестве, либо становится резервным. Тогда в случае неудачи все равно есть, с кем остаться (например, рисковать устанавливать новые отношения с родителями легче, когда есть поддер-

работу с противоречиями. При этом надо как всегда помнить, что в любом конфликте потребностей полноценно не удовлетворяется ни одна. И автономия, и принадлежность, и самостоятельная активность, и способность опираться на окружающих паникеру в полной мере не присущи. Поэтому нет только одного направления обретения «нового» опыта — в старом тоже не до конца выработан ресурс.

Работа с клиентами, страдающими паническими атаками, одновременно и увлекательна, но и может быть утомительна, если терапевту забыть про свои опоры и бессилие. «А ведь вопрос о власти и бессилии — это не только один из основных вопросов профессионального самосознания терапевта, но и нечто имеющее особую важность именно по отношению к клинической реальности» (там же, с.63). Не стоит рассчитывать на быстрое исцеление. Но пройти хотя бы раз вместе с клиентом путь роста стоит многого. В любом случае, который приносит клиент, и при панических атаках особенно, важно помнить, что рост, риск — это выбор и дело клиента. А терапевт — как герой фильма «Куда приводят мечты» — должен быть готов принять безумие клиента и даже его решение остаться с тем, что нам кажется адом. И тогда, кто знает, не это ли парадоксальным образом разбудит его и приведет к пути в новую жизнь?...

### Литература:

1. *Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. — М.: Независимая фирма «Класс», 2007.
2. *Немиринский О.В.* Лекции по клиническим аспектам психотерапии // Гештальт гештальтов. 2006, №2, с. 62-77.
3. *Перлз Ф.С.* Эго, голод и агрессия. — М.: Издательство «Смысл», 2000.
4. *Серов С.В.* Симптом, ведущий к просветлению. Механизмы образования психосоматических симптомов. Тактика и приемы работы // Журнал практического психолога. 2009, №3, с. 26-48.
5. *Франчесетти Дж.* Панические атаки: феноменология и специфическая поддержка // Гештальт гештальтов. 2007, №2, с. 106-113.

---

живающий супруг; подростки бунтуют против родителей, потому что они находят поддержку в компаниях сверстников).



# Психотерапия пограничной личности: поиск опор для гештальт-терапевта<sup>23</sup>

Ольга Поддъякова

*«В любом кабинете всегда можно увидеть двух довольно напуганных людей: пациента и психоаналитика. Если этого нет, то тогда вообще непонятно, зачем они пытаются выяснить общеизвестные истины».*

W. Bion

*«Идеи, даже истинные, могут стать ложью, когда мы чувствуем себя удовлетворенными. Для меня важно, чтобы идеи находились в движении».*

J.-M. Robine

## Введение

Традиционно гештальт-терапия не занимается диагностикой личностной структуры, однако мы должны признать, что существует ряд клиентов, особо «трудных» для терапии. Психотерапевт, заботящийся о результатах своего труда и о профилактике собственного эмоционального выгорания, неизбежно задается вопросом о существовании тех опор, которые позволили бы ему наиболее оптимальным для себя и для клиента образом поддерживать продвижение клиента в психотерапии. И таким образом избежать возможных «подводных камней», на которые наталкивается терапия тех клиентов, которые в психоаналитической традиции называются личностями типа *borderline*, или пограничными.

## Глава 1. Представление о пограничной личности

### 1.1. Терминологическая «путаница»

Термин «пограничная личность» охватывает два различных, но частично перекрывающихся понятия. Пограничное личностное расстройство является понятием, относящимся к отдельному психиатрическому синдрому, описанному в МКБ — 10 [8]. С другой стороны, пограничная личностная организация (по определению О. Кернберга, 1967) является более широкой категорией, которая относится к структуре характера.

В МКБ — 10 пограничный тип (код диагностической группы F60.31) относится к эмоционально неустойчивым расстройствам личности F60.3:

<sup>23</sup> Впервые напечатано в «Журнале практического психолога», 2011, № 5.

«F60.31x Эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип: имеются некоторые характеристики эмоциональной неустойчивости, а кроме того, образ Я, намерения и внутренние предпочтения (включая сексуальные) часто непонятны или нарушены. Характерно хроническое чувство опустошенности. Склонность быть включенным в напряженные (неустойчивые) отношения может привести к возобновляющимся эмоциональным кризисам и сопровождаться серией суицидальных угроз или актов самоповреждения (хотя все это может также иметь место без явных провоцирующих факторов)».

Очевидно, что такие описания личностных проявлений не являются настолько полными, чтобы обрисовать необходимые критерии для диагностики подобного клиента в кабинете психотерапевта.

В гештальт-подходе литературные данные о работе с пограничной личностью представлены очень скудно. В этом аспекте одной из самых популярных является статья Д. Хломова, Е. Калитеевской «Клинический подход в гештальт-терапии» [15]. Но на этот источник очень трудно опираться в работе, так как клинический подход, изложенный в данной статье и заключающийся в выделении трех векторов в личностном разнообразии (шизоидного, нарциссического и зависимого = пограничного), представляется схематизированным и малообоснованным [9]. Не очень ясно, где в этой клинической картине присутствуют, например, истерический или депрессивный векторы. Также, труднообъяснимым для читателя является предпринятое авторами объединение зависимой и пограничной личности.

Более вдумчивый клинический взгляд свойственен аналитической психотерапевтической школе. Д. Рождественский [11] пишет о том, что современная психоаналитическая традиция рассматривает не конкретный «синдром нестабильности» или «синдром импульсивности», так как и нестабильность, и импульсивность, и все прочие характеристики могут быть выражены от легкой степени до степени, разрушающей социальные связи и жизнь человека. В современном психоанализе рассматривается глубина (или уровень) личностной патологии в отрыве от языка описательной психиатрии, но на основе традиционного психоаналитического взгляда: пограничная личность — это личность, чья организация занимает промежуточное (пограничное) положение между невротической

и психотической организацией, и *качественно* отличается от них обеих. [Masterson, 1980 цит. по Рождественскому, Н. Мак-Вильямс].

В данной работе под термином «пограничная личность» (или личность *borderline*) мы будем понимать не описательную характеристику личности с пограничным расстройством и не узнаваемый синдром с определенным набором симптомов, а личность с особенностями характера, отличными от невротической и психотической организации. Причем данные особенности могут быть описаны на основе выделенных критериев.

## 1.2. Критерии дифференциальной диагностики

Внутри такой категории как пограничная личность существуют разнообразные клинические проявления, связанные с тем, что, например, депрессивная личность с пограничными чертами сильно отличается от нарциссического или шизоидного пограничного клиента. Помимо этого существует широкий диапазон тяжести пограничных состояний, простирающийся от невроза, с одной стороны, до психоза, с другой. [Grinker, 1968, цит. по Н. Мак-Вильямс]. На более сохранном отрезке этого континуума клиенты невротического уровня могут в условиях стресса реагировать пограничной реакцией, а клиенты пограничного уровня в благоприятных условиях могут демонстрировать невротические черты.

О. Кернберг пишет [6, стр. 16]: «Тип личностной организации — невротический, пограничный или психотический — является важнейшей характеристикой пациента, когда мы рассматриваем: 1. степень интеграции его идентичности, 2. типы его привычных защит, 3. его способность к тестированию реальности».

В отечественной и зарубежной психиатрической и психотерапевтической практике не существует единой точки зрения на диагностику и критерии дифференциации психотической и пограничной личностей. Оставаясь в рамках данной темы, лишь кратко укажем, что признаками психотической структуры являются серьезные нарушения идентичности, нарушения тестирования реальности, проявляющиеся в виде галлюцинаций, бреда, неадекватные формы аффектов, нарушения мышления и отсутствие критического отношения к ним. Для подробного ознакомления с описанием психотической личности отсылаем читателя к специализированной литературе. Здесь же очень кратко отметим важные в ракурсе нашего

научного интереса аспекты отличия психотической и пограничной личности. В отличие о психотического опыта пограничный клиент, даже отрицая свою патологию, демонстрирует понимание всего того, что является реальным и общепринятым, он способен отличать интрапсихические процессы от стимулов, внешних для восприятия. В контакте с клиентом терапевт не ощущает, что клиент существует в другом мире, отличающемся от мира терапевта (как происходит в случае контакта с психотическим пациентом).

Говоря о слабости интеграции Я пограничной личности, О.Кернберг подчеркивает достаточную — в отличие от психотика — степень сформированности границ между Я и внешним миром, и связанную с ней развитую способность к тестированию реальности. Однако, Д.Рождественский раскрывает другую точку зрения на вопрос сформированности границ пограничной личности, которую мы рассмотрим ниже.

Обратимся к наиболее, на наш взгляд, важным для практикующего терапевта, работающего с «условной нормой», отличиям невротической личности от пограничной. Как уже было сказано, одним из важнейших критериев дифференциации невротической и пограничной личности является **степень интеграции идентичности** (Кернберг О., Хиншелвуд Р., Мак-Вильямс Н., Рождественский Д. и другие). Э. Эриксон [16, стр. 228] указывал: «Чувство эго-идентичности представляет собой возросшую уверенность индивида в том, что его способность сохранять внутреннюю тождественность и целостность согласуется с оценкой его тождественности и целостности, данной другими». Мак-Вильямс Н. указывает, что лица с невротической структурой характера обладают интегрированным чувством идентичности. Их поведение имеет некоторую непротиворечивость, их внутреннему опыту свойственна непрерывность собственного Я во времени. Когда их просят описать себя или близких, они не испытывают затруднений и отвечают не односложно. Их описания себя и других многогранны и непротиворечивы. Они отражают понимание сложности, но согласованности свойств, присущих человеку.

Описания себя или другого человеком с пограничной структурой характера, как правило, кратки, эти описания не оживляют для слушателя описываемого человека. Как указывает Мак-Вильямс Н.

пограничный клиент стремится отвести внимание терапевта от вызывающей тревогу сложной природы его личности.

**Пример №1.** Ответ клиента на просьбу описать характер своего 12-ти летнего сына, с которым папа проводит много времени: (после некоторых раздумий) «Он ... м-м-м ... эмоциональный». И далее клиент стремится перевести разговор на другую тему.

О.Кернберг пишет о том, что диагностическим признаком диффузной идентичности пограничной личности является то, что такой клиент не способен донести свои значимые взаимодействия до терапевта, и поэтому последний затруднен в понимании и эмоциональном сопереживании клиенту. Переход от одного эмоционального состояния клиента к другому сопровождается противоречиями в поведении и самовосприятии клиента, что вызывают у терапевта не эмпатичный отклик, а недоумение. Пограничная личность видит в определенное время как в себе, так и в другом, лишь один аспект. Те аспекты, которые ему противоречат, не усложняют самовосприятие и восприятие другого, как у невротической личности, а отрицаются, отвергаются, не находят эмоционального отклика, который бы создал конфликт восприятий и помог приглушить соответствующий аффект.

Следующим критерием для дифференциации невротической и пограничной личности является качество **рабочего альянса** между терапевтом и клиентом и непосредственно с ним связанное наличие «наблюдающего Я» у клиента. Терапевтическое расщепление Эго на «наблюдающее Эго» и «переживающее Эго» рассматривалось как необходимое условие эффективной аналитической терапии [Sterba, 1934, цит. по Н. Мак-Вильямс стр. 46]. Наличие проблемы, дистоничной (чуждой) наблюдающему Эго, делало процесс излечения гораздо более быстрым, чем если бы проблема была аналогичной, но клиент считал, что это не является проблемой, то есть по отношению к ней клиент находился бы в Эго-синтонном состоянии. Н. Мак-Вильямс указывает, что даже если трудности невротической личности в некоторой степени Эго-синтонны, то терапевт не чувствует никакого эмоционального давления, заставляющего его смотреть на мир через искажающие линзы. Пограничная личность же склонна ожидать признания терапевтом правильности своего способа восприятия.

Восприятие терапевтом качества рабочего альянса непосредственно связано с наличием или отсутствием «наблюдающего Я» клиента. Согласно метафоре Н. Мак-Вильямс, в работе с невротиком терапевт может воспринимать их альянс как союз двух механиков, старшего и ученика, которые сообща чинят машину. Такое восприятие сотрудничества может появиться у терапевта, начиная с первых десяти минут первой встречи с клиентом. Что касается рабочего альянса терапевта с пограничным клиентом, то задача его построения может являться задачей всего курса психотерапии.

Возвращаясь к вопросу сформированности границ личности *borderline*, рассмотрим взгляд некоторых авторов, описывающих проблематику пограничной личности. Фрош (Frosch), Мастерсон (Masterson), Столорой (Stolorow) указывают в качестве главной проблемы данной категории клиентов дефектность границ Я или **диффузию границ** [11, стр. 34]. Личность с размытыми границами собственного Я мечется между потребностью в слиянии с объектом и потребностью в отчуждении от объекта. Когда человек чувствует близость с другим, он паникует из страха поглощения и тотального контроля; чувствуя себя отделенными, он ощущает травмирующую брошенность. Другой человек необходим для психического выживания субъекта, но он одновременно опасен, так как слияние с ним грозит поглощением, полной утраты идентичности субъекта.

Результатом диффузии границ является, например, феномен проективной идентификации, стирающий различия между Я и другим человеком в области проецируемого содержания. Многие авторы отмечают, что **проективная идентификация** используется не только теми людьми, кого можно отнести к пограничным, однако пограничной личности она свойственна больше, чем невротической и психотической.

В психоаналитическом сообществе взгляды на этот феномен до сих пор остаются противоречивыми. Наиболее распространенной точкой зрения на проективную идентификацию считается следующее: используя ее, человек не ограничивается тем, что предполагает наличие в другом человеке тех элементов психической жизни, которые на самом деле находятся в нем самом (как при проекции) — он так же старается получить подтверждение того, что его фантазии соответствуют действительности. Данная цель достигается за счет бессознательного поведения, провоцирующего реакцию, соответ-

ствующую ожиданиям человека. Например, человек может раздраженно нападать на собеседника, без видимых очевидных оснований обвиняя его в критике, преследовании или отвержении, с неосознанной целью вызвать ожидаемую им критику, преследование или отвержение. Так как подобное поведение осуществляется бессознательно, человек осознает только полученную им обратную реакцию и, таким образом, получает подтверждение своих фантазий.

В более мягком варианте проективной идентификации клиент может демонстрировать доброжелательность и лояльность, чередующиеся со вспышками неясного несогласия, которое чрезвычайно трудно прояснить. Терапевт испытывает смутные ощущения, что он втянут в неясный конфликт с клиентом. Неожиданно для себя терапевт начинает испытывать желание защищаться от клиента или нападать на него.

**Пример № 2.** Клиент описывает взаимодействие со своим 12-летним сыном, когда сын не выполняет всех требований отца.

**Т:** Вы сердитесь на сына, когда он не делает то, что Вы хотите от него?

**К:** (возмущенно) Помилуйте, сударыня, что Вы такое говорите!? Я его очень люблю. (далее клиент переводит разговор на другую тему).

Терапевт чувствует, что его в чем-то обвиняют и начинает злиться.

Клиент воспринимает свою проекцию осуждения за гнев на сына как реальность, и тут же предпринимает встречную атаку в ответ на нападение, которое, как он уверен, уже планирует терапевт. В результате терапевт чувствует, что действительно готов ответить «ударом на удар» и язвительно заметить, например: «Я пока ничего не утверждаю, я лишь *спрашиваю* о Ваших чувствах». Сомнительно, чтобы такая реакция терапевта была бы полезной для клиента. Она лишь подтвердила бы фантазии клиента о злости и осуждении, которые чувствует терапевт. Требуется огромная выдержка для того, чтобы не попасть в ловушку проективной идентификации, особенно если клиент склонен к ее массивному использованию. В таких условиях терапевту сложно сохранять доброжелательность и продолжать оставаться способным к самораскрытию как к интервенции, направленной на скрытый интроект о запрете гнева на ребенка, и одновременно вносящей амбивалентность в отношениях с ребенком:

**Т:** Вы сердитесь на сына, когда он не делает то, что Вы хотите от него?

**К:** (возмущенно) Помилуйте, сударыня, что Вы такое говорите!? Я его очень люблю. (далее клиент переводит разговор на другую тему).

**Т:** Я иногда сержусь на своего сына, и одновременно люблю его.

Помимо такой патологической проекции, какой является проективная идентификация, в психоаналитической литературе описываются еще несколько примитивных защит (защит первого порядка), которые характерны для пограничной личности. Это: примитивная идеализация и обесценивание, отрицание, расщепление, диссоциация и другие. Проекция, которая также при определенных условиях может относиться к низшим защитам, пограничной личностью используется для мощного и устойчивого, по сравнению с невротическим, проецирования сексуальных или агрессивных импульсов, зависти, осуждения, потребности контроля и пр.

Для ознакомления с описанием проявлений этих защит отсылаем читателя к специализированной литературе. Укажем только, что такая защита, как **расщепление**, тесно связана с проблемой низкой интеграции идентичности и с трудностью переживания амбивалентности, когда человек поочередно выражает дополняющие друг друга стороны конфликта, отрицая или обесценивая противоречивость своего поведения и своих переживаний. Эти проявления наиболее ярко выражены при делении объектов на однозначно плохие или однозначно хорошие, а также при резких колебаниях между противоречивыми самовосприятиями. Так, клиент, описывающий своего друга как интересного и достойного человека, через несколько недель может описывать его, как ужасного и скучного. При этом клиент затрудняется проследить логику или последовательность событий, которые повлекли за собой такой диаметральный поворот в его отношении.

Часто это расщепление касается собственного Я, при котором одна часть личности чувствует себя великой и совершенной, а другая — бессмысленной и пустой. Это явление может отличаться от хорошо известной поляризации «грандиозность — ничтожество», присущей более сохранным людям с нарциссическим складом характера, когда речь идет скорее о сочетании привычного и избегаемого переживания, чем об их быстром чередовании. У пограничной личности эти представления могут сменять друг друга с высокой



скоростью вместе с такой же кардинальной сменой представлений о значимых других. Оставим за рамками нашего исследования вопрос о соотношении нарциссической и пограничной личности, указав лишь, что О. Кернберг писал [6, стр. 245], что на более тяжелом краю спектра нарциссической патологии за защитной структурой грандиозного Я скрываются конфликты, типичные для пограничной личностной организации.

То, с какой скоростью может происходить смена расщепленных состояний у пограничной личности, иллюстрирует следующий пример.

**Пример №3.** В какой-то момент сессии, во время которой клиентка рисовала свои эмоциональные состояния, она ощутила превосходство надо мной в том, что я не понимаю красоты белого листа так, как ощущает эту красоту она (клиентка оказалась в состоянии собственной грандиозности). Я ответила, что мне больше нравятся цветные пятна на листе бумаги, чем его белизна. Клиентка тут же впала в состояние собственной ничтожности, назвав себя уродом.

**Т:** (удивленно) Что я сделала для того, чтобы ты почувствовала себя уродом?

**К:** (плачет) Ты — нормальная, а я — нет.

**Т:** Порой я тоже кажусь себе дурой, неполноценной.

**К:**(слезы постепенно высыхают) Нет, я чувствую это сильнее. Я уродливее, чем ты. (с энергией) Я — самая уродливая!!

**Т:** Ты меня победила.

**К:** (с жаром) Да!! Я — совершенная в своем уродстве!

**Т:** (с воодушевлением) Ощущаешь удовольствие от этого?

**К:** (энергия падает, говорит с грустью) Нет, не ощущаю.

Д. Рождественский отмечает, что многие авторы рассматривают термин «расщепление» как не вполне удачный. «Расщепление» подразумевает разделение на части некоей прежде целостной сущности. В большинстве случаев это в самом деле так. У вполне здорового человека может возникнуть сильная обида или гнев на близкого и желание хотя бы на время обесценить то хорошее, что было с ним связано раньше. И наоборот, под влиянием нежных теплых чувств к другому на время забыть о том, что раньше в отношениях с ним не все было гладко.

В описанных случаях действительно правомерно говорить о временном расщеплении целостного образа. Но многие пограничные

личности не обладали этим целостным образом и ранее. В этом случае более корректно говорить не о «расщеплении», а о неосуществленной интеграции. Не о «защите», а об архаическом способе восприятия, единственно доступном для индивида. Таким образом, отсутствие амбивалентности по отношению к другому человеку может быть временным и объяснимым самим клиентом явлением (невротическая личность способна логично объяснить происхождение своей обиды или гнева и отсутствие амбивалентности в данный момент), а может быть привычным, стереотипным способом восприятия себя и другого.

Н. Мак-Вильямс указывает [7, стр. 134], что «пограничная личностная структура обусловлена отсутствием зрелых защит второго порядка, а не наличием примитивных». Однако Д. Рождественский [11, стр. 39] основываясь на своем клиническом опыте, опровергает эту точку зрения, указывая, что использование таких зрелых защит, как интеллектуализация или рационализация не исключает пограничный уровень организации личности.

Для понимания существующих в описании абсолютного большинства авторов трудностей терапевтических отношений с пограничным клиентом, кратко опишем психоаналитический взгляд на происхождение проблематики личности *borderline*.

В рамках теории объектных отношений Маргарет Малер относила зарождение пограничной проблематики к фазе «воссоединения» или «нового сближения» (фр. «rapprochement») — третьей фазе в процессе сепарации — индивидуации, то есть ко второй половине второго года жизни ребенка. [Mahler M., 1971, цит. По Рождественский]. К этому моменту ребенок уже обрел некоторую степень автономии, и он может на время отходить от матери. Если мать грустит от этого или злится на ребенка за это, то ребенок чувствует вину или злость, он переживает мать, как «плохой объект», который не позволяет ему отдаляться. Мать может неадекватно реагировать, когда ребенок возвращается к ней: она может начать упрекать его или стыдить. В разных случаях ребенок может лишиться заботы при удалении или возвращении к матери, если мать не способна контейнировать свою тревогу за ребенка, и эта тревога выливается в гнев или грусть по поводу его ухода. Ребенок может переживать себя как «плохого», когда он уходит, и как «хорошего» когда возвращается. Также, если мать не в состоянии контейнировать противоречивые

аффекты ребенка, если она ненавидит в ответ на ненависть, и любит в ответ на любовь, то она подтверждает диссоциированные образы «хорошей» и «плохой» матери.

С. Джонсон описывает кризис нового сближения («rapprochement crisis») как период, у некоторых детей протекающий более интенсивно, в котором «ребенок жаждет быть соединенным — и в то же время — отделенным от своей матери» [4, стр. 333]. Ребенок может отвергать помощь матери («Я могу сделать это сам!») и аннулирует это заявление в слезах у нее на коленях. В этом возрасте он становится капризным, непоследовательным в своем отношении к матери. Если мать способна принимать, выдерживать его аффекты без заражения ими, расщепление ее образа к 3-м годам нивелируется, и окончательно достигается «постоянство объекта», то есть появляется «способность терпеть одновременно любовные и враждебные чувства к одному и тому же объекту, ... способность признавать ценность объекта с точки зрения других его признаков, отличных от тех, которые служат удовлетворению наших потребностей» [4, стр. 335]. Следствием отсутствия целостного образа себя и отсутствия целостного образа объекта привязанности становится уже описанная выше характерная для пограничной личности хроническая потребность в другом, и в то же время, невозможность поддерживать с ним стабильные, глубокие отношения.

Подобные противоречивые послания от пограничного клиента получает и терапевт: «для терапевта не является необычным, если он чувствует себя подобно вымотанной матери двухлетнего ребенка, который не хочет принимать помощь, но впадает в раздражение, если не получает ее» [7, стр. 93]. Чем чаще у терапевта возникает ассоциация своей работы с попытками научить чему-либо ребенка, который не хочет учиться, стремится действовать по своим правилам, и при этом упрекает терапевта в том, что он недостаточно хорошо ему помогает, тем вернее признак того, что перед терапевтом находится пограничная личность.

Любая дифференциальная диагностика является условной «картиной мира» человеческой личности, условной «схемой», которая не может претендовать на истинность. С учетом кратко представленных концепций, а также собственного клинического опыта обобщим критерии пограничной феноменологии в психотерапевтической практике. Пограничное состояние личности — это не болезнь

и не синдром. Скорее это «плодотворная почва» для зарождения различных патологий. Характеристиками пограничной личности, описывающими ее поведенческие проявления [6, 11], являются:

1. Отсутствие выраженных психотических черт (бреда, галлюцинаций, других психотических состояний сознания). Не исключены кратковременные психотические реакции, но при этом надо учитывать, что при сильном стрессе даже условно здоровая личность может впасть в психотическое состояние (например, на фоне ПТСР).
2. Наличие выраженных самодеструктивных паттернов (суицидальные попытки, саморазрушающее поведение), аддиктивных проявлений в широком диапазоне,
3. Полисимптоматический невроз, подразумевающий сочетание нескольких симптомов: фобии, параноидные тенденции, конверсионные симптомы, обсессивно-компульсивные симптомы и др.
4. Интенсивная диффузная тревога.
5. Сексуальные перверсии, хаотичные и причудливые сексуальные фантазии и действия.
6. Более или менее выраженные проблемы социальной адаптации.

Критерии, которые отражают пограничную феноменологию в терапевтических отношениях при дифференцировании невротической и пограничной личностной организации:

1. слабая степень интеграции идентичности,
2. слабость «наблюдающего Я», особенно в начале терапии, и как следствие, отсутствие у терапевта ощущения прочного рабочего альянса,
3. активное использование одной или нескольких защит первого порядка: расщепления, отрицания, проективной идентификации, диссоциации и др.,
4. в терапевтических отношениях клиент часто демонстрирует паттерны, характерные для фазы «воссоединения» процесса сепарации — индивидуации.

Решение о наличии или отсутствии пограничной личностной организации может быть принято по наличию большинства из вышперечисленных критериев, но ни один диагноз не является однозначно определенным. На основании опыта автора нужно отметить, что личность, обильно демонстрирующая в терапевтических

отношениях признаки пограничной организации, может не иметь большинства ярко выраженных поведенческих нарушений, описанных О. Кернбергом [6] и Д. Рождественским [11]. И наоборот, выздоравливающий героиновый наркоман с трудностями социальной адаптации в длительной психотерапии постреабилитационного периода в терапевтических отношениях может проявлять паттерны исключительно невротической организации личности.

## Глава 2. Гештальт-подход в работе с пограничной личностью

### 2.1. Пограничная личность на границе контакта

В психологии личности понятие границы является многозначным. Мы можем говорить о границах эго, о контактной границе, которая образуется при встрече двух организмов, о границах, которые устанавливаются люди для обеспечения комфортного взаимодействия. Данное утверждение внешне может походить на тавтологию, но в психотерапии пограничной личности вопрос границ во всех пониманиях этого термина является существенным.

Ирвин и Мириам Польстеры пишут о том, что контакт между людьми происходит на границе, где сохраняется разделение, а возникшее объединение не нарушает цельность личности. Контакт имеет двойственную природу: «Везде и всегда, когда существуют границы, они воспринимаются одновременно и как контакт, и как изоляция» [10, стр. 57]. Авторы указывают, что «контакт с самим собой ... может происходить из-за человеческой способности разделять себя на наблюдателя и наблюдаемого. Это расщепление может участвовать в процессе роста, способствуя самонаблюдению». (Очевидно, что термин «расщепление» употреблен здесь не в смысле психоаналитической защиты)

Характер существования на контактной границе зависит от состояния границ Я. Встреча с различиями между мною и другим человеком подразумевает, что у меня есть четкое и ясное понимание того, что есть Я. И тогда я могу как-то отнестись к тому, что другой человек обладает какими-то качествами не-Я. Меня это может удивлять или раздражать, но я способна увидеть эти различия. Пограничная личность не обладает четкой идентичностью, не обладает ясно очерченными границами, и, следовательно, у нее нет ясного понимания различий. Если я не обладаю ясно очерченной от окружающего мира формой и содержанием, то я склонна рассматривать

окружающий мир как продолжение себя, или себя — как продолжение окружающего мира. Это и происходит в контакте пограничной личности с другим человеком. Диффузность границ пограничной личности может ясно отражаться в высказываниях клиента. Например, клиентка говорит, что боится того, что психотерапевт проникнет в ее душу и навредит ей. Фантазия о «проницаемости» души рождает опасения, недоверие клиентки, и ее стремление защититься от контакта с окружающим миром.

В контакте с терапевтом страх слияния приводит к тому, что клиент настолько фиксирован на том, что терапевт — другой человек, что возможность интроецировать какие-то установки терапевта полностью отвергается. Терапевт постоянно ощущает сопротивление клиента своим убеждениям, которые он высказывает после того, как клиент сам запрашивает их у терапевта, как у более знающего и опытного в области психологических знаний. Самораскрытие терапевтом аналогичных клиенту переживаний, которое в контакте с невротической личностью работает на нормализацию переживаний, когда клиент чувствует, что он не одинок в своих страданиях, что его понимают, в работе с пограничной личностью может не являться поддержкой переживания. Самораскрытие терапевта может игнорироваться клиентом либо встречать его недоверие и желание утвердить свою отдельность: «У меня не так, как у тебя».

Таким образом, сама необходимость как-то обходиться с контактной границей — пропускать через нее полезный интроект, объединяться на время с другим, образуя некоторую временную общность «мы», или видеть различия между моими чувствами и чувствами другого, а значит — присутствовать на этой существующей границе контакта — все это вызывает рост тревоги вследствие диффузности, размытости собственных границ.

Пограничным способом реагирования является уход с границы контакта, защита от границы контакта вследствие роста тревоги быть поглощенным, слиться с другим, и таким образом, потерять свою идентичность. М. Спаньоло-Лобб (устное сообщение на семинаре в Московском Институте Гештальт-терапии и Консультирования 3 — 5.04.2009 г.) говорила о том, что эффективной терапевтической интервенцией в случае избегания пограничным клиентом контакта будет следующее послание терапевта: «Я поддерживаю

твои усилия, направленные на укрепление собственной целостности. Это твой способ заботы о себе».

С увеличением времени, проведенной пограничным клиентом в терапии, у него может появиться способность к поддержанию контакта с терапевтом. Особенно в благоприятные для жизни клиента моменты, когда он склонен сотрудничать, наблюдать и осознавать свое состояние, то есть демонстрировать те паттерны, которые, как правило, свойственны невротической личности. Однако, надо отметить, что устойчивость этих новоприобретений не велика: способность к контакту и наблюдению своего состояния зависит от силы фрустрации со стороны окружающего мира.

Мы уже упоминали основную динамику пограничного клиента в межличностном аспекте: личность с размытыми границами собственного Я мечется между потребностью в слиянии с объектом и потребностью в отчуждении от объекта. Слияние выражается в том, что порой я не отделяю Я от не-Я, но когда я сталкиваюсь с необходимостью это разделять, я переживаю угрозу дезинтеграции и моя потребность отчуждать другого усиливается. М. Спаньоло-Лобб [14] указывает, что одной из базовых потребностей пограничной личности является потребность в обозначении и укреплении границ эго, а значит, в дифференциации, разграничении, проведении различий.

**Пример №4.** В конце сессии после момента близости, особого момента встречи клиентка со слезами на глазах протягивает ко мне руки, обнимает меня и говорит в порыве нежных чувств: «Я тебя люблю!». Такой шаг клиентки, которая до этого чуралась контакта, постоянно избегала спонтанного проявления своих чувств, кажется мне, как терапевту, чудесным и уж наверняка исцеляющим! И каково же мое изумление, когда на следующей сессии я встречаюсь с холодной отчужденной от меня женщиной, которая всячески стремится подчеркнуть, что у нас с ней нет ничего общего. В этот момент важно поддержать процесс дифференциации пограничной личности: «Я понимаю, насколько тебе важно чувствовать себя независимой от меня». Таким образом, после момента встречи клиенту необходимо вновь провести границу между ним и терапевтом, и эта потребность нуждается в терапевтической поддержке.

Если терапевт говорит клиенту: «Ты выглядишь очень мило», то клиент с невротической организацией личности почувствует благо-

дарность, так как в этих словах он услышит проявления симпатии. Но реакция пограничного клиента может быть раздраженной, так как у терапевта нет никакого права судить о клиенте и говорить ему, каков он есть. Только сам человек знает, мил он или нет. Это — процесс дифференциации, процесс укрепления своих диффузных границ, который способствует укреплению идентичности. Когда этот процесс поддержан терапевтом, то способность пограничного клиента переживать близость с другим человеком без страха поглощения увеличивается.

В такие сложные для терапевта моменты можно стремиться видеть в клиенте то, что есть в нем помимо гнева или недоверия. Например, терапевт может видеть его борьбу за укрепление собственных границ, или его открытость и риск говорить терапевту о негативных чувствах. Чем дольше терапевт сможет оставаться амбивалентным по отношению к пограничному клиенту, то есть помимо раздражения, а иногда и обиды, удерживать свое восхищение мужеством клиента в его постоянной борьбе, сострадание его подчас тяжелым переживаниям, человеческое желание облегчить его судьбу, тем более эффективной будет терапевтическая помощь.

Терапевту приходится обозначать различия в те моменты, когда клиент не видит «инаковость» переживания другого человека. И здесь терапевта поджидают ловушки, избежать которых иногда практически невозможно.

Очень часто пограничный клиент «знает», что чувствует терапевт. Например, после некоторого драматичного прояснения отношений клиент заявляет терапевту, что тот обижен или зол не него. На вопрос терапевта: «На основе чего Вы сделали вывод, что я сейчас обижена?» пограничный клиент может ответить: «Мне кажется, что это так. Я это чувствую». Терапевт, сталкиваясь с некритичной проекцией, стремится обозначить различия и говорит о своем актуальном состоянии, которое может отличаться от обиды. Например, он говорит о своей симпатии к клиенту. Но в силу большей способности терапевта к амбивалентности он может наряду с симпатией переживать и обиду тоже. И здесь желание приучить клиента к проверке своих проекции, а не к их слепому следованию, может вступить в конфликт с необходимостью признать свою обиду. Если терапевт признает, что он обижен, то это будет означать, что клиент прав и его способ обхождения с реальностью не требует коррек-



тировки (нет смысла проверять проекцию, если это не проекция, а «правда», и желание терапевта, чтобы клиент тестировал реальность, воспринимается им с недоверием). Если терапевт не признает обиды, то таким образом он может стимулировать клиента к тестированию реальности, но есть большая вероятность того, что его слова уже не будут внушать доверия из-за того, что клиент почувствует ложь.

Вследствие своей особой чувствительности, которую Д. Рождественский назвал «чувствительностью человека без кожи», пограничная личность действительно может «угадывать» эмоциональные состояния терапевта, но это «угадывание» строится **отнюдь не** на способности дистонно взглянуть на то взаимодействие, которое происходило до этого: например, перед этим клиент обесценивал усилия терапевта или упрекал терапевта в профессиональной несостоятельности. А в некоторых случаях упорное настаивание клиента на том, что терапевт чувствует именно злость, действительно способно вызвать досаду и раздражение терапевта, даже если первоначально он был доброжелательно настроен на прояснение отношений. При этом достаточно простое терапевтическое вмешательство при работе с проекцией, а именно, предположение (которое оказывается эффективным в терапии невротической личности), что чувство злости принадлежит клиенту, в работе с пограничной личностью может не достигать своего эффекта из-за отсутствующей в этот момент «наблюдающей» части Я. Парадоксально, но в этот момент клиент может упрекнуть терапевта в избегании контакта! Клиент не замедлит сообщить терапевту то, что сейчас тот вместо того, чтобы быть открытым и искренним, прячется за свои «терапевтические штучки».

Понимание того, что такие моменты — часть естественной динамики клиента — помогают терапевту под градом часто незаслуженных упреков адекватно предъявить свою уязвимость и оставаться в контакте с клиентом. В терапевтических отношениях с пограничной личностью роль бессознательных коммуникаций существенно возрастает, и наряду с устойчивыми проекциями и, одновременно, особой эмоциональной чувствительностью пограничной личности возрастает значимость незащищенности терапевта. Нередко терапевту приходится прикладывать определенные усилия к тому, чтобы осознавать и выражать те болезненные переживания, которые

вызывает контакт с пограничной личностью, и которые сам клиент «считывает» достаточно легко.

Пограничный клиент стремится нарушать границы взаимодействия. Более мягко это может выражаться в регулярном несоблюдении границ сессии, в стремлении затянуть сессию, когда даже напоминание терапевта о том, что время уже истекло, не влияет на желание клиента остановиться. Таким образом, в терапии пограничной личности важной является работа по постоянному установлению существующих границ в широком смысле этого слова: границ сессии, правил поддержания терапевтического сеттинга, границ, отделяющих переживания клиента от переживания терапевта и так далее. Многие авторы подчеркивают (Н.Мак-Вильямс, Д.Рождественский, Г. Каменецкая и др.), что вся работа терапевта, связанная с поддержанием раз установленных границ и постоянным укреплением рабочего альянса и есть собственно большая часть терапевтической работы с пограничной личностью.

## 2.2. Терапевтические отношения

Как уже было сказано, терапевтические отношения с личностью *borderline* характеризуются отсутствием постоянного прочного рабочего альянса, когда у терапевта не складывается ощущения того, «что он находится с клиентом по одну сторону баррикад, и их общим врагом является проблематичная часть клиента» [7, стр. 82]. Н.Мак-Вильямс пишет, что контрперенос в терапии пограничной личности бывает настолько сильным, что фантазии терапевта могут простираться от стремления к спасению клиента до желания его убить.

Причиной этого являются паттерны, характерные для онтогенетической фазы «воссоединения» процесса сепарации — индивидуации, одними из ярких проявлений которых являются почти одновременные и противоположные по смыслу послания от клиента терапевту. Например, клиентка регулярно может испытывать раздражение на терапевта за то, что терапевт, пытающийся прояснить поток ее сознания, «перебивает ее своими репликами, нарушает ход ее мысли, своими вопросами уводит ее в сторону», и так далее. Предложения эксперимента, идущее от терапевта, могут встречать несогласие клиента, которое невозможно прояснить. Объяснение «простое»: того, что предлагает терапевт клиенту «просто не хочет»

ся делать». Клиент может игнорировать присутствие терапевта и не слышать его реплики. Клиент может заявлять, что в его терапии от терапевта практически ничего не зависит, причем подобные высказывания могут относиться как к уже прошедшей терапевтической работе, так и к сфере ожиданий. И при всех этих паттернах клиенты переживают сильное страдание, всем своим видом показывая и рассказывая о том, как им сейчас плохо. Таким образом, практически одновременно с посланием «мне плохо!» терапевт получает и другое послание, противоположное первому: «мне не нужна твоя помощь». Это похоже на одновременные требования автономии и поддержки, которое предъявляет своей матери 2-х летний ребенок. Приведем еще две важных иллюстрации феноменов стадии сепарации — индивидуации в терапевтических отношениях:

**Пример №5.** Клиентка пришла в терапию с эго-синтонными паранойяльными идеями преследования. После полутора лет работы, в течение которых она научилась ощущать собственный гнев, перестала выстраивать неудовлетворяющие ее сексуальные отношения, клиентка заявила, что прекращает терапию, так как «она не вылечилась, потому что не перестала испытывать тревогу в общении с людьми». Эта сессия проходила бурно, мне приходилось пресекать многочисленные гневные попытки обесценить результаты нашего труда, и отражать ее нападки на меня: например, заявления клиентки о том, что если я тоже испытываю страх в общении с другими, то мне самой надо лечиться. В конце сессии она продемонстрировала прекрасную работу «наблюдающего Я»:

**К:** Я понимаю, что это важно — испытывать благодарность, но мне удивительно, что к тебе я благодарности не испытываю!

Итак, эта сессия закончилась тем, что она ушла в гнев и разочаровании. Через неделю она позвонила с просьбой вновь записать ее на прием. Когда она пришла на следующую встречу, то оказалось, что она хотела, чтобы я *удерживала ее* в прошлый раз, когда она рвалась от меня в высокомерии и презрении. На этой же встрече она рассказала о новых отношениях с мужчиной: «Я сказала ему, что я его презираю, а он мне ответил, что ему плевать на мое презрение, что он меня все равно любит». Она говорила об этом со слезами благодарности и нежности к этому мужчине. В этот момент мне стала понятна ее нужда: я хочу любви другого человека, несмотря

на презрение, агрессию, обесценивание, которые я хочу ему выражать. Я хочу совместить того, на кого я злюсь, и того, кто обо мне заботится. Маленький ребенок кусает материнскую грудь, но грудь «достаточно хорошей» матери продолжает его кормить.

**Пример № 6.** В самом начале терапии на утро после ночного кошмара клиентка позвонила мне по телефону. Это был не очень удачный момент, так как я торопилась по делам и не могла долго говорить с ней, но я постаралась успокоить и подбодрить ее. В течение следующих четырнадцати месяцев нашей работы клиентка время от времени возвращалась к этому телефонному звонку с упреками в том, что я не так ее поддержала, как ей в то утро было нужно, что я «не сказала ей того единственного слова, которое ей было нужно». При этом мои многократные попытки прояснить, что она хотела от меня услышать, какое слово, в котором она так нуждалась, я тогда не произнесла, так и остались безуспешными.

Таким образом, можно предположить, что потребность пограничной личности, актуализирующаяся в терапевтических отношениях, заключается, во-первых, в нужде клиента (маленького ребенка) в терапевтической (материнской) заботе, которая осуществляется без выражения клиентом своих потребностей («достаточно хорошая» мать *знает*, в чем нуждается ее двухлетний малыш, даже когда он не может этого выразить) и, во-вторых, в заботе терапевта (матери), которая не ослабевает, даже когда клиент (ребенок) обесценивает, презирает, злится на терапевта (топает ножками и замахивается на мать кулачком). Назовем эту потребность потребностью в особой заботе, которая не выражается клиентом прямо. Если терапевт стимулирует ее выражение, то клиент уклоняется в тревоге. Работа с этой потребностью обречена оставаться на стадии преконтакта.

Рассмотрим сочетание символического и реального планов терапевтических отношений с личностью *borderline*.

**Пример №7.** После года работы в ходе одной из сессий обозначилась тема переживания клиенткой амбивалентных чувств к женщинам: одновременно переживаемых враждебности и симпатии. Клиентка говорила о невозможности удовольствия от конкуренции с женщинами, к которым она испытывает симпатию, о запрете на переживание враждебности к такой женщине. Для того, чтобы провести эксперимент в контексте наших отношений я предложила

клиентке потолкаться, дать волю своей агрессии в мой адрес, при этом оставаясь в отношениях со мной, так как ко мне клиентка в этот момент испытывала симпатию.

**Т.:** Мне очень хочется с тобой потолкаться, хочется агрессивного взаимодействия с тобой — дай волю своей враждебности, оттолкни меня (я приближаюсь к клиентке, мы встаем напротив друг друга, я легко толкаю ее).

**К:** (начинает смеяться, ее возбуждение растет, она меня отталкивает и отворачивается) Я не хочу больше тебя толкать. Я и так победила: я тебя раскрутила, вынудила толкаться, а потом отвергла (с торжеством). Я уже победила!

Итак, клиентка почувствовала свою победу, только-только вступив в борьбу с другим человеком. Причем это ощущение победы базируется на ее собственном критерии: «я победила, потому что первой отвергла тебя». По своей сути, это чисто невротический паттерн [10], когда важны не выигрыш или процесс борьбы, не удовольствие от собственного драйва, не ощущения своей силы, а сохранность самооценки: я не дала другому возможность уязвить мое самолюбие, я избежала участи отверженной, проигравшей.

В случае терапии невротической личности этот паттерн разворачивается в терапевтических отношениях, которые по своей сути являются «вторичными», не главными для клиента. С клиентом невротического уровня после такого рода взаимодействия можно обсуждать то, как обычно строится подобное взаимодействие в жизни клиента, можно обсудить то, что могло быть для него новым опытом в этом взаимодействии, то есть активно подключать «наблюдающую» часть Я. И тогда терапевт, являясь для клиента реальным человеком, выступает как символическая фигура, которая используется им для опробования и осмысления нового опыта. В другой ситуации терапевт может быть использован как символическая фигура, с которой клиент начинает осознавать свои трансферентные переживания, когда говорит, например: «Мне важно всегда побеждать тебя, как мне всегда было важно не показать слабость перед моей матерью. И для этого я лучше как можно раньше уйду из борьбы с ощущением того, что на этот раз мне удалось избежать ее отвержения».

Но в нашем случае обращение к возможности получения нового опыта во взаимодействии с терапевтом и обращение к трансфе-

рентному пласту отношений не является стимулирующим осознание клиента. Так, на мой вопрос о похожести этого взаимодействия на ее отношения с матерью клиентка удивляется: «Да ты совершенно не похожа на мою мать! Моя мать здесь совершенно не при чем». Символический аспект терапевтических отношений отвергается клиенткой сходу. Она взаимодействует с терапевтом как с реальной фигурой, которая не является для клиентки символической ни в смысле ее использования для осознания нового опыта, ни в смысле ее значимости в трансферентных отношениях. В этом случае данный невротический паттерн разворачивается в терапевтических отношениях, лишенных осознанного клиенткой символического плана, хотя очевидным представляется тот факт, что он существует: трансферентный пласт отношений зачастую «звучит» даже в прямой речи клиентов: ранее, по другому поводу, эта клиентка говорила мне, что я, как ее мать, хочу заразить ее своей злостью.

В описанном примере клиентке важно победить терапевта, как реального другого человека, и это не является очевидным материалом для дальнейшего осознания, это важно для клиентки само по себе. Это — ее стремление, сфокусированное на самих терапевтических отношениях, когда построение этих отношений является собственной внутренней задачей клиента. Актуальная потребность клиентки находится в поле терапевтических отношений: эта актуальная потребность — постоянно подчеркивая свою автономию от терапевта остаться в связанности отношений, несмотря на редко удовлетворяемую потребность в особой заботе терапевта. И если этот процесс будет удачным (то есть терапевтические отношения будут сохраняться), то эффект терапии для клиента будет именно в этом: несмотря на фрустрацию потребности в особой заботе, получаемой от другого человека, быть способным к пластичному чередованию сближения без страха слияния и отдаления без разрыва отношений.

Гештальт-терапевт Г. Каменецкая [5] пишет об особенностях построения терапевтических отношений с пограничной личностью: «В психотерапии пограничных расстройств отношения психотерапевта и клиента играют намного более важную роль, чем в остальных случаях. В терапевтических отношениях пациенты с пограничным расстройством личности рассчитывают скорее на «актуализацию переноса», чем на его понимание. Иными словами, именно эти па-

циенты чаще всего стараются превратить терапевтические отношения в дружескую или любовную связь, либо в настоящую вражду, от которой можно спастись лишь бегством. Самым целесообразным в терапии пограничных клиентов (которая по сути является большим терапевтическим проектом по «обучению» длительным отношениям) является работа преимущественно в зоне преконтакта».

Психоаналитический взгляд на терапию пограничной личности не является противопоставлением взгляду гештальт-терапевта. Д.Рождественский отмечает [11, стр. 135], что терапевтические отношения являются важнейшим лечебным фактором именно в работе с глубоко нарушенными «доэдипальными» пациентами. Находясь в терапии, такой пациент будет стремиться исказить отношения в соответствии с тем, как они были искажены в его родительской семье, то есть будет стремиться привести их к привычному стереотипу. И тогда искусство терапевта состоит не в том, чтобы преподнести ему умную и глубокую интерпретацию, а в том, чтобы не включиться в этот стереотип.

Д. Рождественский со ссылкой на Д.В. Винникота (D.W.Winnicott) пишет о том, что задача терапевта при работе с пограничным клиентом состоит в том, чтобы стать для него «достаточно хорошей матерью», осуществляющей холдинг и контейнирование всех расщепленных эмоциональных состояний клиента. По мере того, как пациент убеждается в постоянстве, устойчивости терапевта и сохранности отношений, его страх перед собственными эротическими и агрессивными импульсами снижается, а интегративные способности усиливаются.

### **2.3. Основные механизмы прерывания контакта**

В работе с невротиком нет особого приоритета в выборе направления работы: терапевт может фрустрировать любой видимый ему способ прерывания контакта. Так, начав с ретрофлексии, терапевт может обнаружить под ней проекцию, которая в свою очередь может обнажить лежащий под проекцией интроект.

Терапия пограничной личности базируется на работе с такими механизмами прерывания контакта, как слияние, интроекция, проекция. Эти механизмы прерывания контакта являются устойчивыми и тотальными. Корректировка их трудна, занимает длительное время, но она возможна.

Интроекты пограничной личности бывают вычурными, например: «Стыд — это механизм, которым зомбируют людей». Если учитывать особенности взаимодействия клиентки, которая высказала такой интроект, со своей матерью (которая стыдила ребенка за его аутентичные проявления), то вычурность и необычность этого утверждения поблекнет, и терапевт может признаться в том, что по отношению конкретно к этому клиенту это заключение не далеко от истины, и может использоваться клиентом как выражение протеста против действий своей матери.

О проекциях пограничной личности было уже много сказано. Что касается ретрофлексии и дефлексии, то терапевтическая работа с этими механизмами прерывания контакта не является первоочередной для данного типа клиентов.

Ретрофлексия, сдерживающая переживание, присуща пограничной личности, так как эти переживания, как правило, сильные и вызывают панику и ужас дезинтеграции. Эти переживания, от которых пограничная личность пытается удержаться, нуждаются скорее не в разворачивании наиболее полного их проживания, а в их контейнировании терапевтом. Удерживание себя от спонтанности на сессии, стремление клиента проконтролировать ход сессии, например, заранее подробно планируя то, о чем он будет рассказывать, могут быть попытками заботиться о себе, так как в фантазии клиента выплески гнева, ярости или других сильных чувств, особенно если есть смутное ощущение амбивалентности переживаний, угрожают интеграции.

Дефлексия является формой избегания контакта или осознания путем ухода в сторону. К примерам дефлексии относятся отведение взгляда, болтливость, неопределенность высказываний, рассуждения и разговоры о чем-то, а не с кем-то. Все эти проявления обильно присутствуют в способах контактирования пограничной личности. Дефлексия — это один из постоянно встречающихся механизмов прерывания контакта клиента, который всячески стремится избежать тревоги, связанной с вниманием терапевта к его переживаниям, к его представлениям о себе, и который уклоняется всякий раз, когда тревога начинает нарастать. В силу вышеописанных особенностей работа с дефлексией существенно затруднена. Например, в ходе сессии терапевту постоянно приходится исследовать избегания клиента при смене одной темы разговора на другую, но не всегда эти иссле-



дования оказываются результативными. Однако с ростом времени, проведенного в терапии, клиент способен сам осознать действие такого рода дефлексии и корректировать свое поведение.

#### **2.4. Динамика «фигура-фон»**

В случае хорошего гештальта перцептивное поле представляется ясно организованным и имеющим хорошую форму. Фигура, обладающая хорошей формой, четко выступает на более широком и менее различимом фоне. Отношения, возникающие между тем, что выходит на передний план (фигурой), и контекстом (фоном), являются очень важными. Фон всегда есть в настоящем, как основа для контакта, рамка и поддержка нашего настоящего опыта. Мы постоянно в контакте с аспектами фона вне осознания [2, стр. 75].

Рассматривая уже описанные особенности контактирования терапевта с личностью *borderline* можно сказать, что вышеописанные потребности клиента, актуализирующиеся в терапевтических отношениях, остаются в фоне, редко становясь яркой очерченной фигурой. В этом случае динамика перехода фигуры из фона и обратно нарушается: существующая в рассказе клиента фигура теряет свою очерченность, контрастность, отдельность от фона, и порой фон остается доминирующим вместо отделяющейся плохо очерченной фигуры. Схематично можно представить, что есть две конкурирующие между собой фигуры. Одна, отражающая содержание речи клиента о событиях «там и тогда», является более явной, а вторая, лежащая в области терапевтических отношений, является скрытой. Скрытая фигура может оттягивать на себя большую часть энергии клиента, терапевт пытается сделать ее более очерченной, чтобы высвободить энергию, но наталкивается на сильное сопротивление клиента. Поддержка сопротивления далеко не всегда приводит к тому, что скрытая фигура становится более явной. Чаще, как уже было сказано, клиент уходит из контакта, и работа с какой-либо фигурой вообще прерывается. Все это делает терапевтическую работу временами изматывающей для терапевта, хаотичной и непоследовательной.

#### **2.5. Функции Self**

Каменецкая Г. Я. [5] пишет: «Если попытаться проанализировать важный для пограничного пациента феномен расщепления, то это,

на мой взгляд, расщепление между функцией Ид и функцией Личность.

Однако с этим высказыванием трудно согласиться. Расщепление, которое проявляется в том, что человек занимает неамбивалентную позицию и проецирует ее противоположность на окружающий мир, характерно как для функции Личность, так и для функции Ид. В силу уже описанных особенностей пограничной личности ее функция Личность характеризуется фрагментарностью, разорванностью, отсутствием целостного, но сочетающего известную противоречивость, когнитивного образа Я. Х. Сименс (12) пишет: «Клиент переживает себя не как интегрированное целое, а как множество несвязанных частей, и у каждой такой части есть свой собственный эмоциональный заряд».

У психотика функция Ид является нарушенной. Характерные для психотиков высказывания («у меня такие телесные ощущения, как будто меня сжимает со всех сторон огромный оранжевый шар!» или «ползающие под кожей муравьи») не вызывают у терапевта понимания того, что в этот момент происходит с клиентом на уровне ощущений. В этот момент терапевт чувствует, что клиент существует в другом, чуждом терапевту мире субъективного опыта. Нарушения функции Ид у психотиков прослеживаются не только в описании своих ощущений. Известно, что в состоянии психоза человек может наносить себе серьезные увечья, не чувствуя боли, длительное время, например, находиться раздетым на улице в морозную погоду, и так далее.

В отличие от психотика пограничная личность способна адекватно и понятно для терапевта описывать телесные ощущения, переживать и осознавать рост телесной энергии особенно с увеличением времени, проведенного в терапии. Таким образом, функция Ид пограничной личности является преимущественно сохранной. Но, когда клиент последовательно переживает расщепленные состояния, его функция Ид соответствует той части функции Личность, которая актуализирована в этот момент. Например, клиент сторбленно плачет, когда переживает собственное ничтожество, и через минуту распрямляется, поднимает голову, его голос звучит громче, когда он переживает состояние грандиозности.

Функция Эго основывается на информации, поступающей от функций Ид и Личность. Чем более нарушенными являются функ-

ции Личность и Ид, тем дефицитарнее действует функция Эго. Так как у пограничного клиента полной устойчивой интеграции достичь крайне сложно, а в некоторых случаях и невозможно, то полноценная работа функции Эго является труднодоступной в принципе.

В отличие от процесса интеграции невротической личности в терапии пограничного клиента этот процесс носит гораздо более длительный характер и определяется не полнотой переживания двух полярностей, а последовательным контейнированием терапевтом повторяющихся из сессии в сессию расщепленных состояний клиента. Д.Рождественский, ссылаясь на Д. Винникотта и других авторов, указывает, что последовательное эмпатийное принятие аналитиком противоречивых аффектов пограничной личности создает условия для их постепенной интеграции.

Существенной частью работы является внесение амбивалентности в те состояния пограничного клиента, которые тяготеют к расщеплению. Например, в вышеприведенном примере № 3 интервенции терапевта были направлены на поддержание каждого из полюсов. Такая тактика поддержания избегаемой полярности безусловно полезна для невротического клиента. Но в работе с пограничной личностью поддерживать расщепление представляется не очень целесообразным. Необходимо постоянно вносить амбивалентность для того, чтобы преодолеть эти «качели» расщепления. Например:

**Т:** (удивленно) Что я сделала для того, чтобы ты почувствовала себя уродом?

**К:** (плачет) Ты — нормальная, а я — нет.

**Т:** Порой я тоже кажусь себе дурой, просто неполноценной в обращении с техникой например! А другая моя часть вполне горда собой в другой области.

## 2.6. Особенности эксперимента

Работа с внутренней феноменологией с использованием обыгрывания полярностей или разворачиванием проекций на «пустом стуле» требует от клиента силы «наблюдающего Я», которое создает возможность некоторого отстранения от переживания «здесь-и-сейчас» с терапевтом, позволяет «организовать» этот эксперимент, как «игру» по правилам терапевта, позволяет создать некоторую условность этой «игры». На первых этапах терапии с погранич-

ным клиентом такие эксперименты не достигают своего эффекта в силу слабости «наблюдающего Я» и в силу присутствия второй скрытой фигуры сессии. Клиент задает вопросы: «Зачем это нужно?» — или использует это предложение терапевта для выражения своего протеста. Клиент может согласиться на эксперимент с «пустым стулом» для того, чтобы «угодить терапевту, показать, что он готов к сотрудничеству» (особенно если тема сопротивления предложениям терапевта уже обсуждалась в терапии). Но эксперимент редко когда проходит удовлетворительно, так как чувства клиента к другому человеку, которые только что кипели, вдруг иссякают, клиенту трудно визуализировать другого на противоположном стуле, клиент постоянно обращается к терапевту за разъяснениями или выражениями чего-либо, и так далее. С увеличением времени, проведенного пограничным клиентом в терапии, его способность к работе на «пустом» стуле возрастает. На это же указывает и Х. Сименс [13]: «В начале терапии не рекомендуются такие эксперименты, как техники концентрации, метод «пустого стула», работа с полярностями (такая как «собака сверху — собака снизу»), а также сильные конфронтации в целом».

Арт-терапевтические методы хорошо работают в терапии пограничной личности, так как уводят клиента от слишком напряженного для него контакта с терапевтом и могут позволить больше обычного погрузиться в болезненные переживания.

Ассимиляция, осознание любого переживания и нового опыта в ходе терапевтической сессии протекает с трудом, так как требует присутствия «наблюдающего Я». Н.Мак-Вильямс пишет о том, что в отношении личности *borderline* эффективен подход «Лучше ковать железо, когда уже остыло». У пограничной личности изначально слабое Я еще более ослабевает в аффекте. В этот момент какие-либо сообщения клиенту о нем самом могут восприниматься как угодно (с обидой, с гневом, со страхом), но только не как терапевтическая забота. Ассимиляция переживания происходит тогда, когда клиент возвратится в эмоционально нейтральное состояние, часто уже после сессии. Так как присутствие терапевта может скрывать пограничного клиента в проявлении его чувств, то терапевтические интервенции типа «Что бы ты почувствовал, если бы позволил себе дышать?», «Что бы ты крикнула, если бы меня здесь не было, и ты была бы одна?» могут дать неожиданный результат.

## Заключение

Очень условно и схематично стратегию работы гештальт-терапевта с невротической личностью можно представить как череду следующих процессов:

- процесс интеграции полярностей, отчужденных или спроецированных клиентом в окружающую среду, которая осуществляется в функции Личность с опорой на функцию Ид;
- вследствие данной интеграции происходит осознание ранее не актуализированных потребностей;
- происходит частичное тестирование и иногда возможное пробное удовлетворение этих потребностей в контакте с терапевтом;
- опробование новых способностей в терапевтических отношениях дает возможность перенести удовлетворение этих потребностей в жизнь клиента.

Такой вектор терапии представляется не очень реалистичным в работе с пограничным клиентом вследствие того, что интеграция функции Личность является труднодостижимой. Опробование новых способностей в терапевтических отношениях также является проблематичным вследствие некоторых трудностей контакта с клиентом, постоянно актуализированной потребности в особой заботе и постоянно актуализированной потребности в отстаивании собственной автономии.

В силу этих особенностей на первый план терапии пограничной личности выходят:

- усилия терапевта, направленные на сохранение собственной амбивалентной позиции по отношению к клиенту,
- способность терапевта к контейнированию и холдингу [1,3],
- поддержка потребности клиента в дифференциации,
- поддержка процесса интеграции личности через контейнирование расщепленных состояний и внесение амбивалентности,
- учет особенностей присутствия клиента в терапевтических отношениях: потребность в особой заботе от терапевта в сочетании с потребностью остаться в связанности отношений, постоянно подчеркивая свою автономию.
- длительная работа со слиянием, интроекцией и проекцией,
- работа по постоянному поддержанию раз установленных границ,

- снижение значимости эксперимента, особенно на первых этапах терапии.

Внимание к диагностическим аспектам в процессе гуманистической психотерапии, какой является гештальт-терапия, *не подразумевает* навешивание ярлыков, установление диагнозов и их обсуждение с клиентом, а также, *не подразумевает* гипердиагностику и широкое обсуждение соотнесения поведенческих реакций коллег с различными нозологическими категориями. Нам бы очень хотелось, чтобы данная работа не послужила бы дальнейшему усугублению «дикой» психотерапии, а способствовала бы росту уважения и некоторого смирения перед интимными личностными проявлениями наших клиентов и коллег. В процессе обучения будущих психотерапевтов не менее важным представляется оберегать студентов от бездумного использования такого острого инструмента психотерапевтической практики, каким является психологическая диагностика. И нередко значительно важнее навыка использования диагностического инструментария для гуманистически ориентированного психотерапевта может быть идея о том, что никакая диагностическая категория не может претендовать на истинность в описании космоса человеческой личности.

## Литература:

1. Бион У. Р. Научение через опыт переживания / Пер. с англ. — М.: «Когито-Центр», 2008 г.
2. Булюбаш И. Д. Руководство по гештальт-терапии. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2004 г.
3. Винникот Д. В. Маленькие дети и их матери. — М.: Независимая фирма «Класс», 2007 г.
4. Джонсон С. М. Психотерапия характера. Методическое пособие. М.: Центр психологической культуры, 2001 г.
5. Каменецкая Г. Гештальт-терапия пограничной личности.
6. Ссылка <http://www.sunhome.ru/psychology/11544/>
7. Ссылка <http://gestaltist.ru/content/doc/show.php?id=5679>
8. Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии. — М.: Независимая фирма «Класс», 2005 г.
9. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе.- М.: Независимая фирма «Класс», 2006 г.
10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: МКБ — 10. Издательство: Медицина, 2003 г.

11. Немиринский О. В. Концепция невроза в гештальт-терапии. Сборник материалов МИГТИК, 2004 г, вып 4.
12. Польстер И., Польстер М. Интегрированная гештальт-терапия: Контуры теории и практики / Пер. с англ. А.Я.Логвинской — М.: Независимая фирма “Класс”.
13. Рождественский Д. С. Пограничная личность. — СПб: Б&К, 2006 г.
14. Сименс Х. Практика гештальт-терапевта.
15. Ссылка <http://www.rugt.ru/biblioteka/knigi/harm-simens-praktika-geshtaljt-terapevta/glava-10-geshtaljt-terapiya-s-pogranichnymi-patsientami.html>
16. Сименс Х. Пограничные клиенты.
17. Ссылка [http://www.gestalt.sp.ru/what\\_is\\_gestalt/id105/](http://www.gestalt.sp.ru/what_is_gestalt/id105/)
18. Спаньоло-Лобб М. Диск №1. «Семинар Маргериты Спаньоло-Лобб в Москве 27-29 апреля 2007 г.» в серии «Мастера современной психотерапии», Московский Гештальт Институт.
19. Хломов Д., Калитеевская Е. Клинический подход в гештальт-терапии. Сборник материалов МГИ, 2005 г.
20. Хьелл Л. Зиглер Д. Теории личности (основные положения, исследования и применение) — СПб: Питер Ком, 1998 г.

На первый взгляд, такое словосочетание может показаться неуместным. Беременность — это естественный физиологический процесс, который протекает сам по себе без сознательного участия женщины. Миллионы женщин веками рожали и не задумывались над этим процессом, но «задумывалась» среда. В зависимости от времени и национальных особенностей, «среда» в лице акушерок и в виде существующих традиций обеспечивала женщинам если не медицинскую, то эмоциональную поддержку. Это было тем полем, в котором женщина жила и рожала. С развитием медицины всё больше контекст смещался в сторону физиологии. Когда недостаток эмоционального компонента стал очевиден, обратились к исследованию психологического содержания беременности. Изучение ранней детской патологии и душевных расстройств во взрослом возрасте позволило, обратившись к истокам жизни, сделать предположение, что отношения могут зарождаться ещё до рождения. Является ли роль женщины активной в этом процессе или она является только «сосудом для вынашивания» ребёнка? (такое сравнение мне приходилось слышать от некоторых женщин).

Очевидно, что беременность — это кризис. Меняется много: образ жизни, физическое состояние, представление о себе. В психоаналитической литературе период беременности описывается не только как кризис адаптации, но и как кризис развития, так как в процессе беременности возможно формирование зрелой личности (Пайнз, 1997; Vibring et al., 1959, 1961) Опять возникает вопрос о личностном росте. Что «растет» в личности во время беременности? Такая формулировка кажется забавной игрой слов, так как физически рост очевиден, как рост плода, так и увеличение тела матери. Понимая *селф* как функцию контакта<sup>25</sup>, можно сказать, что нет беременной без плода внутри её тела. Плод и мать взаимно влияют друг на друга, создавая новую сложную систему. Функция *ид* пере-

24 Впервые напечатано в «Журнале практического психолога», 2011, № 5.

25 «Селф — лишь небольшой фактор в целостном взаимодействии организм/среда, но он играет ключевую роль, которая состоит в создании и развертывании значений, благодаря которым мы можем развиваться» — Ф.Перлз, П. Гудмен (цитата по Ж.-М. Робин, 2008)



полнена стимулами, сначала это физиологические симптомы, затем шевеления плода. До момента беременности женщина имела в той или иной степени устойчивую границу *персоналити*, то есть она знала, кто она есть в соответствии со своей средой. Однако с моментом беременности среда изменилась. Принято считать, что материнский организм является средой для плода, но и существование плода — это часть среды матери. От того, насколько будут подвижны границы *персоналити* женщины в соответствии с изменением среды, зависит возможность благоприятного разрешения кризиса беременности, в результате которого формируется новая идентичность — материнство. Примером малоподвижных границ может служить уже ранее приводимая история молодой женщины, которая за 2 недели до родов расценивала шевеления плода как движение газов по кишечнику.

Что обозначает термин материнство? В различных словарях русского языка можно найти разные нюансы толкования. Материнство определяют как состояние, как функцию и как отношение. Наиболее важным мне кажется понимание материнства как отношения. Материнство это — биологическое и социальное отношение матери к ребенку (детям). Материнство (вместе с отцовством) наиболее полно удовлетворяет сенсорные, когнитивные, эмоциональные и социальные потребности ребенка, обеспечивает его постепенное включение в систему социальных отношений, облегчает усвоение социальных ролей (в том числе половых) (социологический словарь).

Можно сказать, что в период беременности женщина должна сделать огромный скачок в развитии и создать отношения, которых ранее не было в её опыте. Эти новые отношения включают не только ребенка, но и новые отношения с членами уже существующей семейной системы. Именно формирование материнства и есть основная задача кризиса беременности, этим он отличается от других жизненных кризисов.

Если мы, согласно словарю, будем считать материнство отношением, то в чём особенность этого отношения? Известный английский педиатр и психоаналитик Д. Винникот постоянно повторял, что женщин специально не нужно учить быть матерями. В норме каждая женщина и так знает, как быть «достаточно хорошей матерью» (в другом переводе «обычной преданной матерью») и откликается на потребности ребенка (Винникот, 1997). Женщина может

знать про материнство из собственного опыта младенчества, возможно, из опыта «нянчания» младших братьев или сестер, если такие были, из детских игр в дочки-матери и, конечно, из опыта отношений со своей матерью (Пайнз, 1997).

### Случай А.

А вышла на сессию в группе с проблемой невозможности построить долгосрочные отношения с мужчиной, создать семью, родить детей. Ей немногим больше 35 лет, и её волнует вопрос возраста в связи с деторождением. Она некоторое время была в отношениях с женатым мужчиной, но совместной жизни не получилось. В настоящее время живет с матерью, отец умер. Когда она стала описывать их совместную жизнь, я была поражена амбивалентностью переживаемых чувств и их страстностью. Они постоянно ругаются, находя всё новые обвинения или вспоминая старые обиды. Но в этом слышалось острое желание близости. Особенно меня поразило, когда она стала говорить, как она ненавидит запах матери — стареющего женского тела. Я подумала, что надо быть очень близко, чтобы чувствовать запах. Я спросила её, чем она похожа на свою мать. Этот вопрос вызвал много негодования и однозначно отрицательный ответ. Она ничем не была похожа на мать, абсолютно ничем.

Этот пример иллюстрирует, как невозможность идентификации может препятствовать сепарации. Ригидность *персоналити* этой клиентки проявляется в невозможности увидеть в себе часть матери, которая для неё абсолютно неприемлема, и, следовательно, присвоить себе вместе с другими частями и детородную функцию. Сомнительно, что в этом случае беременность возможна. Однако можно посмотреть на эту ситуацию не только как на трудность и необходимость сепарации, но, учитывая противоречие клиента, и как на попытку найти общность с матерью, стремясь к близости с ней. Тогда наша терапевтическая задача — поддержать этот процесс!

Нехотя А. стала находить сходство, сначала по формальным признакам, а потом, всё более и более воодушевляясь, общие черты характера и особенности поведения. Этот процесс дал возможность А. и всем присутствующим в группе пережить теплоту близких отношений.

Итак, моё предположение заключается в следующем: для благоприятного течения беременности и становления материнства

женщине важна способность к переживанию близости. Эта способность предполагает моменты здорового слияния, когда Я и Ты становится Мы. Ещё раз подчеркну, речь идет о здоровом слиянии, когда плод воспринимается не просто как часть организма, подобно аппендиксу. Так и слияние с матерью предполагает принятие той общности, которая присутствует в обеих женщинах.

Возможно, при бесплодии страх оказаться в слиянии не дает возможности отпустить контроль и расслабиться. Одна моя пациентка, страдающая бесплодием, постоянно контролировала не только своё физическое состояние, но и состояние своего мужа. Следила за тем, чтобы он не курил, не пил много пива, так как это влияет на качество сперматозоидов и т.д. Она удерживалась в этой позиции, не приближаясь и не отдаляясь.

Трудность в переживании сепарации также может негативно сказываться на состоянии женщины. Однако эта характеристика выходит на первый план уже в конце беременности или после рождения ребенка.

### **Случай Н.**

Н. обратилась за помощью с признаками депрессии, когда стала оформлять ребенка в детский сад. На тот момент ему исполнилось 2,5 года. Период беременности и первый год жизни ребенка Н. характеризует как самый счастливый в её жизни период. Проблемы начались, когда ребенок стал противиться её чрезмерному контролю. Она почувствовала, что теряет ощущение покоя и счастья, и погрузилась в депрессию. Из этого примера следует то, как важно развивать способность «отойти» в последний период беременности, уже перед родами.

Конечно, способность к переживанию здорового слияния и сепарации — универсальный показатель зрелости личности, однако ситуация беременности и родов обостряет проблемы в этой области. Способность к переживанию близости и к переживанию отдельности — две стороны одного процесса. Проживание этих поляриностей будет способствовать расширению границ персональности в соответствии с новизной ситуации и послужит основой для формирования материнства.

На следующем примере я бы хотела проиллюстрировать, как тревога блокирует проживание беременности и материнства.

**Случай О.**

О. вышла на сессию в группе с проблемой бессонницы. Клиентка беременна в сроке 20-25 нед. Её срок беременности вызвал удивление, так как внешне она не выглядела беременной. Её тело оставалось стройным, походка не изменилась, надо было специально присматриваться, чтобы обнаружить признаки беременности. Её история была полна драматическими событиями. В школьном возрасте она в течение года была прикована к постели после сложного перелома бедра и, только благодаря собственной настойчивости в выполнении специальных физических упражнений, встала на ноги. Акушерский анамнез также был полон неудачами. Настоящая беременность была вторая, первая закончилась выкидышем, после которого в течение нескольких лет она не могла забеременеть, и ей был поставлен диагноз бесплодия. Наконец, она забеременела и перестала спать. Периодически она ощущала тревогу (сначала, чтобы не было выкидыша, затем, чтобы ребенок развивался правильно), но, успешно рационализовав, успокаивалась, однако бессонница продолжалась. Очевидно, что она не могла перестать контролировать процесс беременности. В то же время, она не могла принять свою беременность настолько, чтобы объявить о ней окружающим. Только близкие знали о её положении. Это распространённое суеверие скрывало её страх потерять ребенка. Казалось, что она беременна «наполовину». Терапевт попросил её объявить всем — «я беременна». Она произнесла, но это прозвучало формально, как существующий факт. Ей сложно было впустить в себя переживание. Тревога не появилась, к сожалению, так как именно в случае переживания тревоги в настоящий момент, можно было бы найти возбуждение. Но она просто выполнила предложение терапевта, как выполняла и другие предписания. О. знала, что надо разговаривать с ребенком и разговаривала, но в этом не было включенности, контакт прерывался.

Говоря о ребенке, она отмечала, что ему лучше, чем ей (он ведь спит), и обижалась, когда люди подходили к ней и спрашивали: «как там твой малыш?». Она слегка возмущалась: «почему вы не спрашиваете, как я?». Очевидно, что прошлый опыт придавал ригидности её границам *персоналити*. Она не могла перестать тревожиться и не могла ощутить себя матерью.

Возбуждение, которое в норме должно служить процессу развития материнских чувств, превращается в тревогу. Либо тревога

соматизируется и на первый план выступают соматические симптомы. Несколько повышенный уровень тревоги при беременности есть всегда, так как это состояние имеет некоторую неопределенность и полностью не доступно сознательному контролю, как и другие телесные функции. Кроме того, за счет изменения положения диафрагмы с увеличением срока, дыхание затрудняется и меняется его характер. Дыхание становится связанным, без пауз между вдохом и выдохом, продолжительность вдоха примерно равна продолжительности выдоха, что также может усиливать тревогу. То есть, существует и физиологический субстрат для тревоги, однако, от того, как женщина справляется с тревогой, будет зависеть не только благополучное вынашивание, но и формирование ранних отношений. Моё следующее предположение: увеличение тревоги и её соматизация (наличие соматических симптомов) — это избегание переживаний, связанных с материнством.

Усиливают тревогу и социальные интроекты, связанные с беременностью, что, в свою очередь, затрудняет формирование новой идентичности. Заметим, что в любом интроекте есть доля интроекта и доля правды. Именно ригидность становится патологией. Перечислим наиболее распространенные интроекты.

«Беременность — это состояние абсолютной радости», которое не предполагает сомнений и исключает неприятие ребенка, даже частичное. Но если остаётся невыраженной часть, связанная с отрицанием ребенка, тяжелее будет его принятие.

«Нельзя волноваться во время беременности». В этом случае, возникающая адекватная тревога, по принципу порочного круга, может нарастать. Если мы считаем беременность кризисом развития, переживания и волнения неизбежны. Важны возможности выхода из этих переживаний, часто это время для завершения многих дел и отношений.

«После родов вы почувствуете любовь к своему ребенку». Этот интроект особенно вреден в послеродовом периоде и лежит в основе возникновения послеродовых депрессий. Если женщина сразу не может ощутить обещанных переживаний, то вина выходит на передний план и риск депрессии возрастает.

Хорошо, что обычно женщине не приходится сознательно работать над развитием особых способностей, чтобы забеременеть. Уже забеременев, она встает перед фактом изменений. Поэтому эмоци-

ональное сопровождение, а в некоторых случаях и психотерапевтическая помощь, является необходимым компонентом благоприятного протекания беременности и родов. Кроме того, описание процессов, протекающих в норме, может помочь нам понять природу таких патологических состояний как невынашивание беременности или бесплодие.

### Литература:

1. Д. Винникот Маленькие дети и их матери. Класс, 1997.
2. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. Спб., совместное издание Восточно-европейский институт психоанализа и Б.С.К., 1997. — 195 с.
3. Ж.-М. Робин. Быть в присутствии Другого. Москва, Ин-т общегуманитарных исследований, 2008.
4. Bibring Grete L., M.D. Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy (1959). *Psychoanalytic Study of the Child*, 14: 113-121.
5. Bibring Grete L, M.D., Thomas F. Dwyer, M.D., Dorothy S. Huntington, Ph.D. and Arthur F. Valenstein, M.D. A Study of the Psychological Processes in Pregnancy and of the Earliest Mother-Child Relationship—I. Some Propositions and Comments (1961). *Psychoanalytic Study of the Child*, 16: 9-24.

# Жизнь после жизни. Гештальт-диагностика и гештальт-терапия пациентов со спинальной травмой<sup>26</sup>

*Ирина Булюбаи, Марина Приходько*<sup>27</sup>

*«Порвалась дней связующая нить.*

*Как мне обрывки их соединить?»*

*«Гамлет» У. Шекспир, пер. Б. Пастернака*

## Преkontakt. Что в фоне?

Эта работа «свалилась» на нас с Мариной 2 года назад, когда на лечение в отделение реабилитации Нижегородского института травматологии и ортопедии стали поступать пациенты со спинальной травмой. У Марины близилось время дипломной работы, и ей было необходимо определиться с тематикой. Передо мной тоже стоял вопрос, чем заниматься в рамках своей деятельности старшего научного сотрудника НИИ. Надо сказать, что за время своей основной работы (а работаю я в этом институте 20 лет) я изучила психологическое состояние больных с кучей диагнозов, написала о них полсотни статей и теперь пытаюсь понять, чем смогу быть полезной родному отделению в плане науки и практики. Незученных контингентов больных практически не осталось, и мой интерес к научной работе постепенно угасал, чего нельзя было сказать о практике. Она оставалась для меня интересной все это время, поскольку, по большому счету, не важно было, какой у человека диагноз, важно было, что его интересовало про себя самого в контакте со мной.

В работе с пациентами со спинальной травмой совпали интересы трех человек, меня самой (мне было интересно, что происходит с такими пациентами, как они живут после тяжелой травмы, и как справляются со своими ограничениями), Марины, которой нужно было защищать диплом, и врача-невролога, которому хотелось написать докторскую диссертацию по реабилитации пациентов со спинальной травмой. «Психологическая помощь пациентам со спинальной травмой» могла бы стать прекрасной главой в докторской диссертации, но только в том случае, если наша работа привела бы нас к пониманию стратегий работы с такими пациентами.

<sup>26</sup> Впервые напечатано в «Журнале практического психолога», 2009, № 3.

<sup>27</sup> Статья написана первым автором в постоянном обсуждении содержания со вторым автором.

Размышляя о том, как построить эту работу, я точно знала одну вещь — психодиагностическое исследование может дать нам только ту информацию, под которую, и сделан соответствующий тест. В каком-то смысле это был для нас тупиковый путь, ибо эта работа уже была сделана другими людьми. Более того, перелопатив массу литературы мы знали, что эти пациенты страдают депрессиями (разумеется, если давать им достаточно чувствительные тесты на депрессию, именно это мы и выясним) и другими психопатологическими расстройствами (опытный психиатр может найти, а может и не найти не слишком выраженное расстройство, но если ищет, есть шанс найти). Такой подход открывал проторенную дорогу... к терапии антидепрессантами и транквилизаторами.

Однако этот путь был нам не очень интересен, да и начальное знакомство с данным контингентом пациентов (периодически они поступали в стационар) показало, что клинически выраженных форм депрессии, где без терапии антидепрессантами не обойтись, в тот период, в который пациенты поступали для реабилитации, практически не было. В то же время стало ясным, что такие пациенты нуждаются в психотерапии, хотя ее активно и не запрашивают. Об их проблемах нам говорили их родственники, инструкторы по лечебной физкультуре, у которых были сложности в активизации этих пациентов, врачи, которых не устраивала полная зависимость и пассивность больных даже при очень неплохом прогнозе реабилитационных мероприятий. Большинство пациентов не вырабатывали тот ресурс восстановления функций, который имели.

Проблема отсутствия запроса от самих пациентов, признаться, сильно смущала. Улучшение состояния, казалось бы, нужно было всем, кроме них самих (для большинства из них). Именно этим, пассивным ожиданием волшебного улучшения и постоянным молчаливым упреком (мне не лучше!) данные пациенты обрывали контакты с докторами и лечебным персоналом. Последние жаловались нам на усталость, подавленность (неприятное чувство бессилия и бессознательной вины по поводу своего лучшего состояния здоровья, а также отсутствия существенного улучшения у пациента)... и стремились свести контакты с такими пациентами к минимуму, ссылаясь на занятость с другими. Особенно сложным для них (да и для нас тоже) оказывалось умение оставаться с пациентами, состояние которых не улучшалось, а ухудшалось, а соответственно



ухудшалось и их отношение к другим людям, появлялось раздражение, агрессия («вы что, не видите, что мне стало хуже?»). Персонал, работающий с такими пациентами, в той же мере, что и пациенты, нуждался в том, чтобы научиться справляться со своими переживаниями по этому поводу. Таким образом, подобные пациенты оказывались в некоторой эмоциональной блокаде, а формальные вопросы о состоянии здоровья их только раздражали, что еще больше усугубляло эту ситуацию.

Был у нас и еще один мотив. Этим мотивом был пациент Илья, очень сильно отличающийся от основной массы пациентов. Молодой, красивый, с прекрасным интеллектом, он сумел завоевать симпатии многих докторов и медсестер. И если общение с подобными пациентами не вызывало изначально энтузиазма у персонала, то Илья внушал уважение и желание помочь своими усилиями по преодолению неподвижности. Он прочитал все, что можно было прочитать по реабилитации пациентов со спинальной травмой, и знал предмет не хуже большинства инструкторов по лечебной физкультуре. Он продолжал работать через боль и усталость, через осложнения (занимаясь физкультурой, надорвал мышцу и сформировался, мешающий ее растягивать, оссификат) и все, что он мог реально сделать, делал сам или с минимальной помощью других людей. Впоследствии мы познакомились и с другими пациентами (это были в основном молодые люди, получившие травму при нырянии, падении с высоты или в результате ДТП), способными справляться (как длительный процесс) с недугом. В связи с этим возникал вопрос, а что же помогает этим молодым людям оставаться в активной восстановительной позиции многие годы и добиваться максимальных для их патологии возможностей? Как помочь другим пациентам выработать свой реабилитационный ресурс?

Кроме того, нам как гештальт-терапевтам хотелось найти свое место в системе восстановительного лечения этих тяжелых, и тем интересных, пациентов. Наш длительный опыт работы в медицинском учреждении, где пациентов (обычно не имеющих собственного запроса) направляют к врачу-психотерапевту лечащие врачи, побуждал нас рассмотреть эту ситуацию еще раз в плане возможности мотивировать пациентов для развития их психологического, интеллектуального и физического потенциала. Интересно также было оценить возможности гештальт-диагностики и гештальт-те-

рапии (вкуче с другими методами) в восстановительном лечении пациентов с последствиями спинальной травмы.

Итак, психодиагностику, как путь решения этой проблемы, мы отвергли и решили заняться гештальт-диагностикой — беседовать с пациентами и выделять фигуры или гештальты, возникающие в таком контакте. Беседа втроем одновременно служила поводом познакомиться с ними и их родственниками (отдельно и во время ухода за ними), сформировать доверие и, возможно, желание работать с психотерапевтом. В процессе работы мы, разумеется, столкнулись и с активным отказом в необходимости такой работы. В этих случаях мы ограничивались диагностической беседой. Тем не менее, многие из пациентов, которые поначалу не испытывали энтузиазма по поводу контакта с психологом и психотерапевтом, обнаруживали наш интерес к себе и, в какой-то мере, начинали его разделять. Они ждали нашего прихода в палату или зал лечебной физкультуры, предлагали темы для обсуждения в беседе.

Теперь расскажем немного о данной патологии. Большинство пациентов имели травму с переломами позвонков (в грудном, шейном и поясничном отделах), сдавлением спинного мозга разной степени тяжести или частичным перерывом спинного мозга. Соответственно на разных стадиях реабилитационного процесса, длящегося несколько лет (а такие пациенты поступают в реабилитационный стационар 2-3-4 раза в год), они должны были научиться сидеть, ползать, перемещаться в коляске, стоять, удерживать предметы руками, ходить в брусках, ходить с использованием ортезов, перемещаться в ходилках, освоить ходьбу с канадскими клюшками, с опорой на одну клюшку и без нее. Но далеко не все перечисленные варианты вновь обретенных умений были возможны даже для половины пациентов. Немногие из них имели шанс пройти до конца этот тяжелый и долгий путь, для многих пациентов главным и конечным (в соответствии с тяжестью травмы и ее особенностями) достижением было, например, перемещение в коляске или ходьба в ортезах. Такие достижения существенно облегчали уход за ними со стороны родственников, давали им возможность справляться с определенными бытовыми проблемами. В некоторых случаях процесс реабилитации прерывался неожиданными осложнениями (патология почек, надрывы мышц, переломы, пролежни) и ... все нужно было начинать сначала...

Мы сталкивались также с пациентами, которые только через два-три года после травмы обнаруживали свои собственные возможности эффективной реабилитации, а до этого разделяли убеждение неграмотных специалистов о каком-то самопроизвольном чудесном улучшении состояния и теряли первый год после травмы, время, самое эффективное в плане возможностей восстановительного лечения. Мы встречались также с пациентами, совершенно разуверившимися в восстановлении функций из-за ограниченных возможностей неврологического стационара; с пациентами, состояние которых внезапно ухудшалось после очередной операции. В целом это была очень нелегкая работа, но, тем не менее, именно она оставила после себя приятное ощущение того, что мы занимались достойным (в плане необходимой терапевтической квалификации) и полезным делом.

Итак, нам нужно было сначала сориентироваться, а значит пройти фазу преконтакта к фигуре (фигурам), которая заключала в себе диагностику особенностей состояния каждого пациента и группы пациентов в целом. В связи с этим мы решили проводить диагностическую беседу вместе, руководствуясь принципом «если мы будем выделять одни и те же фигуры, (каждая сама по себе), то это уменьшит возможность фиксации на своих собственных фигурах». Таким способом мы и начали действовать. Первые же беседы о жизни пациентов и их переживаниях в процессе восстановительного курса показали, что большинство пациентов имеют очень слабое представление о целях восстановительного лечения, не ориентируются в необходимых для него средствах и, к тому же, низко оценивают его результаты вне зависимости от степени объективного улучшения состояния. Для них было характерно пассивное *ожидание улучшения*, отсутствие интереса к способам восстановительного лечения и пессимизм в отношении будущего. Никто из них, кроме Ильи и еще одного пациента, не планировал работать или учиться.

Это побудило нас обратиться к теории деятельности — работам Леонтьева, Нюттена, Трубникова, Юрьева, Степанского с соавторами. А.И. Юрьев (1983) рассматривал деятельность в таких координатах, как: 1. «осознание цели», 2. «достаточность средств», 3. «очевидность результатов».

По А.Н. Леонтьеву (2002) «... процессы целеобразования выступают как очень важная индивидуально-психологическая проблема,

субъективная проблема». Ставя цели, человек предвосхищает полезный результат своей деятельности и те средства, которые предположительно приведут к достижению этого результата. Процесс деятельности условно можно представить как совокупность процессов образования цели, осуществления действия, а также эмоциональной и когнитивной оценки хода выполнения действия и окончательного результата. Все эти процессы в значительной степени связаны с уровнем притязаний личности<sup>28</sup> и типом преобладающей мотивации<sup>29</sup>. Разница между планируемыми и реальными результатами деятельности часто выступает как личный критерий успешности. Если расхождения между планируемыми и полученными результатами минимальны, то деятельность расценивается как успешная, а если различия велики, констатируется неудача (Моросанова, Степанский, 1982). Нам также показался интересным фундаментальный труд Жозефа Нюттена «Мотивация, деятельность и перспектива будущего», описавшего переход от потребности к деятельности со стороны мотивации. Нюттен подчеркнул, что любая потребность направлена на относительно широкую категорию предпочитаемых объектов (то есть может быть удовлетворена разными способами), в то время как конкретный мотив направлен на конкретный объект.

Таким образом, потребность в изменениях, новизне, статусе, привязанности (и другие) могут активировать и побудить к двигательной активности и пациента со спинальной травмой. После завершения острого периода спинальной травмы перед пациентами встают вопросы «Что делать? Какие конкретные цели в своей жиз-

28 Уровень притязаний личности — понятие, введенное для обозначения стремления индивида к цели такой сложности, которая, по его мнению, соответствует его способностям. Уровень притязаний тесно связан с самооценкой личности, формируется под влиянием субъективных переживаний успеха или неуспеха в деятельности. Уровень притязаний может быть адекватным, то есть соответствовать способностям индивида, и неадекватным, заниженным или завышенным (Психологический словарь).

29 Мотивация (лат. *moveo* — двигаю) — теоретический конструкт, обозначающий материальный или идеальный предмет, достижение которого выступает смыслом деятельности. Мотивация представлена субъекту в виде специфических переживаний, характеризующихся либо положительными эмоциями от ожидания достижения данного предмета, либо отрицательными, связанными с неполнотой настоящего положения. Но для осознания мотива, т.е. для включения данных переживаний в культурно обусловленную категориальную систему, требуется особая работа (Психологический словарь).

ни я хочу достичь теперь? Каким образом?». Если пациент не ставит перед собой таких вопросов (Для чего вам ходить? Какие цели вы хотите достичь с помощью ходьбы?), их ставит врач-невролог отделения реабилитации, психолог или психотерапевт. Способность конкретизировать свои потребности в реалистичных целевых объектах считается главным элементом личностной зрелости и душевного здоровья. Состояние потребности, которую человек не может конкретизировать во что-то реалистичное, ведет к отчаянию и безнадежности, как у здоровых людей, так и у пациентов со спинальной травмой. Для таких пациентов главным шагом становится переход от состояния потребности к конкретной цели.

Далее, пишет Нюттен (2004), после выбора конечной цели, на когнитивном уровне, оценивается ее осуществимость (реалистичность) и способы их достижения. На этой стадии конструируются поведенческие проекты-планы, т.е. структуры «средство-цель». Планирование и действие тесно связано между собой и постоянно корректируют друг друга. Для осуществления действия существенным моментом является рассогласование между актуальной ситуацией в отношении достижения цели и стандартом — тем, как выглядит в воображении целевой объект (впоследствии это и стало одним из фокусов терапевтических сессий с нашими пациентами). Такая связь с целевым объектом и определяет целенаправленность поведения. На последней стадии в модели Нюттена происходит переход от сфокусированной потребности (цели и плана) к действию. Субъект постоянно корректирует свои действия в соответствии с ситуацией и собственным стандартом. Для того чтобы достичь конечной цели, ему необходимо достичь некоторого количества других целей, которые по отношению к конечной цели будут являться средствами ее достижения. Сеть, образованная этими связями, и есть поведенческий проект (то, каким образом субъект планирует добиться желаемого). До того, как пациент со спинальной травмой сможет ходить с опорой на канадские клюшки, он должен добиться многих промежуточных целей: укрепить мышцы спины для того, чтобы сидеть и стоять, мышцы рук для опоры на ходунки и т.п. Любое такое действие может быть промежуточной целью, которая сама по себе способна удовлетворять определенные потребности (научиться сидеть, чтобы было удобно кушать сидя). Иные же про-

межуточные цели могут оказаться средствами для достижения конечной цели, и не желаемы сами по себе.

Для пациентов со спинальной травмой эта концепция может стать надежной теоретической базой для психологической и физической реабилитации. «Важность инструментального поведения» — пишет Ж. Нюттен, — «четко проявляется в исследовании негативного эффекта ситуаций, в которых субъект воспринимает себя как «лишенного средств» решить свою поведенческую задачу». Именно такой и является жизненная ситуация у большинства пациентов со спинальной травмой. Пациенты чувствуют себя беспомощными или не имеющими достаточного контроля над своими инструментальными действиями, которые могут привести к более или менее предсказуемому результату. Опираясь на опыт полной беспомощности после травмы и в начале лечения, пациенты часто **думают и действуют** так, как будто бы они **были** полностью беспомощны в настоящий момент (как если бы они в настоящий момент все еще находились в своем недавнем прошлом). У других пациентов чувство беспомощности возникало из-за невозможности трансформировать состояние потребности в конкретную цель и установить промежуточные цели-планы. Так потребность в независимости, определяемая пациентами как способность к самообслуживанию (на начальном этапе реабилитации), требует достижения многих промежуточных целей. Неспособность устанавливать такие цели указывает на серьезную дисфункцию мотивации, коррекционная работа с которой (потребность — цель — действие — сверка со стандартом — коррекция действия) может привести у данных пациентов к улучшению контроля над своей жизнью.

В связи с этим постепенно разрабатывалось диагностическое интервью, включающее такие категории деятельности как цель, средство и результат. Вопросы, которые мы задавали пациентам в зависимости от их состояния, результатов восстановительного лечения, впоследствии мы сгруппировали по блокам. Это не означало, что эти вопросы задавались в определенном порядке — беседа носила достаточно свободный характер, в какие-то периоды ничем не отличаясь от гештальт-сессии. Нам было трудно удерживать себя только в рамках диагностического интервью (да и, собственно, зачем?), если пациент начинал двигаться в сторону своей потребности или определения цели.

Вопросы интервью имели значение не только для диагностики, но и для изменения позиции пациента в отношении восстановительного лечения и жизненных планов. Попытка отвечать на эти вопросы побуждала пациентов искать и находить неиспользованные ими возможности. Конкретизация целей, средств и результатов, их привязка к этапам реабилитации, осознание положительной динамики своего состояния, фокусирование на возможностях социальной поддержки — все это стимулировало осознание настоящего состояния, происходящих изменений и, соответственно, использование своих возможностей в отношении восстановления физических функций и желаемого социального статуса.

Кроме того, мы рассматривали координаты «цель (конкретизированная потребность) — средство (способ достижения) — результат (и его оценка)» во временной перспективе: в прошлом, в настоящий момент и по отношению к будущему. Курт Левин (1980, 2000) отмечал, что временная перспектива включает события прошлого, настоящий момент, а также ожидания, страхи и мечты о будущем. Именно это определяет уровень притязаний и инициативность, жизненные планы и настроение. Ограничение или отсутствие временной перспективы ведет к пассивности, дезорганизации и неэффективности деятельности. При этом «линия времени» разорвана, отсутствуют связи между прошлым, настоящим и будущим.

Пациенты участвовали в интервью по рекомендации лечащего врача. Врач разъяснял, что в данном исследовании они выступают в качестве эксперта по вопросам собственной жизни — в ходе беседы они смогут более четко осмыслить свою жизнь и сделать картину своей жизни более ясной, чем она представляется на данный момент, осознать свое отношение к разным этапам жизни, сформировать цели и планы. Интервью носило достаточно свободный характер, однако каждый из блоков (цели, средства, результаты) включал несколько обязательных вопросов, относящихся к тем или иным этапам восстановительного процесса.

#### Фигуры (они же выявленные проблемы)

Наиболее проблемной позицией пациентов с ПСМТ в отношении восстановительного лечения и жизни в целом является подход **«Все или ничего»**. Она наблюдалась у 30 из 39 пациентов с ПСМТ. Пациенты откладывали жизненные планы до полного восстановле-

ния функций и обуславливали свою пассивность в отношении собственной жизни травмой и ее последствиями даже при объективно неплохом соматическом состоянии и достаточных для выполнения поставленных задач физических возможностях. При таком подходе пациенты считали для себя невозможными многие виды активности, не требующие ходьбы (упражнения, некоторые виды самообслуживания, общение, учебу, работу и т.п.). Это иллюстрируют следующие высказывания пациентов: «Встану — дальше будет все видно», «Сейчас мне важны занятия, а все остальное — потом», «Планы есть, но главное — встать», «Если встану, все остальное будет легко!», «О планах начну думать тогда, когда ходить начну», «Успех — это только когда хожу сам!», «У меня один вопрос — встану или нет. Больше ничего не приходит на ум, все затмевает этот вопрос!». Таким образом, субъективным критерием успешности восстановительного процесса и своего участия в нем для пациентов (даже на самых ранних этапах реабилитации!) становилась ходьба, возвращение к состоянию прошлой физической активности или фантазии о таком будущем, когда ходьба станет возможной.

Выявленные проблемы, так или иначе, были связаны с этой основной позицией и отражали разные ее стороны. Кроме того, многие из выявленных проблем, были тесно связаны между собой и вытекали одна из другой.

**Недостаточное осознание динамики восстановления функций.** При этом обнаруживается разница между субъективной и объективной оценкой функционального результата (улучшение). Высказывания пациентов свидетельствуют о низкой субъективной оценке результатов восстановительного лечения (или обесценивании результатов) и ощущении отсутствия динамики восстановления функций: «Результат — это, когда встану, остальное — это не результат», «Сразу нельзя узнать, что изменилось, узнаю со временем», «30 метров в ортезах — не результат. Не пошел же...» (В начале госпитализации 5 м.), «Ничего не изменилось. С чем пришел, с тем и ушёл» (при объективно хорошем результате реабилитации — ходит в ортезах в брусках) «Со стороны говорят, что изменилось, но я сам ничего не вижу», «Ремонт дома помогал делать, но это *так* (не имеет значения — авторы)...». У таких пациентов нередко имеются существенные трудности с определением последовательности восстановления физических функций. Период времени после травмы



как бы «выпадает» из процесса жизни пациента. По сути, между событием травмы и глобальным событием будущего («встать на ноги, ходить») нет или очень мало значимых для пациента событий. Пациенты их не могут вспомнить или описать в связи с их незначительностью по сравнению с иллюзорной конечной целью (ходить как раньше). Низкая субъективная значимость событий восстановительного лечения по сравнению с травмой и глобальной целью пациента не дает возможности распознавать динамику восстановления физических функций и возможности (*ничего не изменилось*), которые могут существенно изменять и разнообразить их жизнь. Не удивительно, что подобная низкая оценка реальных изменений была связана у большинства пациентов с чувствами безнадежности, бессилия, беспомощности и пессимизмом в отношении будущего.

**Трудности в постановке ближайших и промежуточных целей в восстановлении физических функций.** Пациенты не в состоянии поставить самостоятельно или следовать поставленным врачами промежуточным целям восстановительного лечения. Высказывания пациентов: «Не хочу планов. Что будет, то и будет...», «Зачем тратить деньги на тренажеры? Встану — они не понадобятся», «Что здесь делать? Восстановить ноги полностью», «Сколько не загадывай наперед, может не получиться», «Не могу ничего сказать — не знаю, что будет завтра. Надеешься на одно — получишь другое».

Непринятие имеющихся ограничений. Пациенты игнорируют реальные физические ограничения (в настоящее время и в будущем), опираясь исключительно на собственные фантазии по поводу восстановления функций. В этом случае у пациентов появляется безосновательная уверенность в полном восстановлении функций. Эту проблему иллюстрируют такие высказывания как: «Сказали, что все будет хорошо. Я сам ничего не думаю, жду», «Все будет хорошо», «Планы? Бегать, ходить...», «Если очень много заниматься буду — обязательно встану», «Через три месяца приду с клюшками (больного еще не ставили в вертикальное положение)

**Трудности в поиске и выборе средств, необходимых для эффективного восстановительного лечения.** Пациенты испытывают трудности в выборе адекватных средств реабилитации, а также не используют имеющиеся на данный момент средства и не используют возможности для их получения. Сюда же относится неспособность пациента организовать свое окружение для получения необ-

ходимой информации. Такие трудности отражаются в следующих высказываниях: «Дома мало места. Тренажеров нет», «Лучше без тренажеров буду, чем просить кого-то», «Знаю, что ни у кого ничего нет, никаких приспособлений. Чего спрашивать?», «В домашних условиях ничего не сделаешь» Эта проблема тесно связана с проблемой низкой поисковой активности.

**Низкая самооценка и убеждение в своей неполноценности.** У пациентов имеются переживания, связанные с ощущением или убежденностью в своей неполноценности, ненормальности и страхи, связанные с осуждением или пренебрежением окружающих. В высказываниях пациентов это отражается следующим образом: «Не зарабатываю денег, как все нормальные люди», «Нормальные здоровые люди не просят о помощи, справляются сами», «Не хочу на улицу в коляске, все нормальные, а я...», «Люди на двух ногах, а я как пенек...», «Стыдно. Не хочу на улицу выезжать. Будут смотреть и жалеть, что я инвалид. Думаю, надену черный платок и черные очки, чтобы не узнавали». «Люди, меня знали здоровой — не хочу, чтобы видели меня *такой!*».

**Зависимость и контрзависимость.** Часто сочетаются у одного и того же пациента. Пациенты требуют (ждут) от близких помощи в действиях, которые они могут выполнить сами. В то же самое время они не обращаются к окружающим с просьбами о помощи в действиях, которые не могут выполнить самостоятельно, пренебрегая собственными потребностями, как в отношении быта, так и в отношении восстановительного лечения. Сюда же относится ориентация пациентов на пассивное принятие реабилитационных процедур (Откуда я знаю, для чего мне эти процедуры? Сказал врач, вот я и хожу»). Проблема зависимости иллюстрирована следующими высказываниями пациентов: «Сам очень долго ем и неаккуратно, легче, когда покормят. И быстрее...», «А зачем самому одеваться? Мама есть, она поможет», «Мама спросит обо всем (врача)», «Сам могу, но мама легче надевает (ортезы) — на автомате», «Не занимался упражнениями — некому было со мной дома сидеть (объективно взрослый человек, способный делать часть комплекса самостоятельно)», Проблема контрзависимости выглядит следующим образом: «Лучше без тренажеров буду, чем просить буду!», «Надо уметь просить, а я не умею», «А зачем просить? Мне помощь не нужна»,

«Все могу сам! Что именно? Все могу!» (реально зависимый от других пациент).

**Недостаточная поисковая активность (информационная недостаточность).** Пациенты, имея реальные возможности, не ищут информацию о перспективах, целях и средствах восстановления функций. Они не обращаются за этой информацией к лечащему врачу, не получают доступную информацию из Интернета, не критично относятся к словам врачей, не перепроверяют информацию, полученную из ненадежных источников, не ориентируются активно в перспективах восстановительного лечения, опираясь на сведения, относящиеся к предыдущим этапам лечения. Девизом такого рода отношения к восстановительному лечению может стать высказывание одного из пациентов: «Не знаю, что спрашивать». Другие высказывания: «Дома? Вообще не представлял, что можно что-то делать...», «Не знаю, нужны ли мне приспособления, никто ничего не говорил...», «Врач в другой больнице сказал, что никаких приспособлений не нужно», «В больнице дали комплекс упражнений. Но он мне не подходит. А больше не узнавали», «Лучше в больнице чаще лежать, чем покупать тренажеры», «А какое дома может быть лечение?». Данная проблема тесно связана с проблемой постановки ближайших и промежуточных целей реабилитации.

**Ограничения межличностного общения.** По разным причинам пациенты избегают общения с другими людьми. Они оправдывают это ненадежностью друзей, высказывают опасения по поводу того, что другие люди будут их отвергать или плохо к ним относиться, опасаются установления новых контактов. Высказывания пациентов отражают это следующим образом: «Друзья пропали, нет общих событий», «С кем раньше мало общалась, те приехали, а друзья — нет. Была здоровая — нужна была, а сейчас — не нужна», «Здесь в больнице ни с кем не хочу знакомиться!», «Друзья? Ничем не могут помочь», «Боялась, что увидят на коляске. Не общалась, чтобы не жалели». «Кому нужна подруга-инвалид?», «Лишний раз напрягать людей, не хочу», «Буду умирать, но не попрошу о помощи». На самом деле, как это нередко и бывает, пациенты сами отвергают друзей и знакомых в связи с чувством стыда и беспомощности. Они откладывают посещения, не просят о помощи, даже испытывая сильную потребность в поддержке и общении со сверстниками.

У самых молодых пациентов (получивших спинальную травму до 18 лет) недостаточный жизненный опыт обуславливает ограниченную коммуникативную компетентность (знание норм и правил общения, организация общения, владение его технологиями) и, соответственно, недостаточную способность устанавливать межличностные связи, способствующие их социальной адаптации. Такие пациенты в значительно большей степени, чем более взрослые пациенты, замкнуты на ближайшее окружение (родственники) и ограничены способны к активным действиям по налаживанию общения. Их высказывания характеризуются инфантильной установкой на пассивное получение помощи: «Отсюда выпишусь и сразу в другую больницу, дома-то ничего не сделаешь...», «Сам? Ничего не узнавал, только мама», «Дома заниматься не буду, а в больнице заставят», «Дома заниматься... Это как получится. А здесь редко просто лежать получается», «Ни с кем не общаюсь (*со сверстниками*), только родственники заходят. Редко», «Раньше редко общалась, а сейчас думаю — встану, буду со всеми общаться».

**«Я хочу, чтобы в будущем все было как раньше» или ускользающее настоящее.**

Итак, спинальная травма — это событие, резко и кардинально меняющее жизнь человека, событие, после которого становятся недоступными или маловероятными прежние планы и ожидания, а также происходит переоценка многих жизненных событий и ценностей. Оно влечет за собой необходимость примирения с большим количеством социальных и физических ограничений, выработки новых жизненных целей (в целом и на данный период жизни), требует большого напряжения сил и постоянного терпения во время восстановительного лечения. В этом периоде жизни пациенты сталкиваются с большим количеством проблем и, во многих случаях (даже при благоприятном медицинском прогнозе), барьерами для успешного восстановительного лечения становятся именно психологические барьеры. Именно эти барьеры, выявленные нами в процессе бесед с пациентами, и стали фокусом психотерапевтической работы с пациентами.

Мы обнаружили, что для большинства пациентов с ПСМТ была характерна низкая субъективная оценка динамики изменений физического состояния на предыдущем этапе лечения при достаточно хорошем для данного этапа объективном результате восстанови-

тельного лечения. При этом очень разные по реальному масштабу событий восстановительного лечения («ну, пересел в коляску, ну, встал... но не пошел же...») имеют приблизительно одинаковую (и, как правило, низкую) ценность. Пациенты с трудом разделяют эти события по значимости для себя. Кроме того, было выявлено нарушение хронологии событий восстановительного лечения, выражающееся в искажении последовательности событий, пациенты с трудом восстанавливали ее с помощью привязки ко времени.

Рассматривая в целом феномены, которые были выявлены в процессе бесед с больными (низкая субъективная оценка динамики, неспособность вспомнить последовательность событий восстановления функций, недостаточная способность к постановке целей, низкая поисковая активность и т.п.), авторы обратили внимание на то, что период времени после спинальной травмы оказывается бедным на события. Это — период, в котором для пациентов с ПСМТ, по словам пациентов «в жизни ничего не происходит». Спинальная травма является событием, резко вторгающимся в жизнь пациента, нарушающим его планы, событием, по сути влекущим за собой «пустой участок жизни»<sup>30</sup>. В период после травмы становится невозможным многое из того, что умел, имел или желал пациент, существенно ограничивается общение с другими людьми. Высказывания пациентов свидетельствуют о недовольстве настоящим и ориентации на прошлое или будущее — «Я, хочу, чтобы в будущем все было как раньше! Только как раньше!» — говорит один пациент, игнорируя свое настоящее. «Вроде все время в прошлом. Понимаю, что нужно думать про будущее, но думаю со страхом и опасениями, что будет далеко не все феерично». «Я не люблю своего настоящего. Мне не нравится жить такой жизнью» — говорит третья пациентка, — Мне в прошлом хорошо, *там все зафиксировано*». В это время единственным позитивным ориентиром будущего становится предполагаемое в будущем событие — «ходьба на своих ногах». Период между травмой и этим предполагаемым событием не является переживаемым как *время собственной жизни*, внутренне отчуждается, «вычеркивается» из жизни пациента. «Никогда не думала, что *так* окажусь. *Не мое* это место» — говорит об этом периоде пациентка. «Я жду, пока встану» — так охарактеризовал этот период один из

---

<sup>30</sup> Именно поэтому мы и назвали свою статью «Жизнь после жизни». Название статьи нам подсказала одна из наших пациенток — Даша.

пациентов. «Вспоминая прошлое и думая о будущем, я представляю себя *не инвалидом*» — рассказывает пациентка.

«По нашему мнению степень прерывности времени является существенным индикатором временной интегрированности личности» — пишут Головаха и Кроник (2008, С. 159). «Люди с непрерывным временем, с одной стороны, более цельно и масштабно осмысливают свою жизнь, с другой более уверены в том, что события, происходящие в их жизни, не случайны, а детерминированы прошлым и будущим».

Работая с пациентами, мы опирались на существующие в психологии понятия о *временной перспективе* и *временной транспективе*. Левин (1952) определил временную перспективу как «существующую в настоящий момент целостность видения индивидом своего психологического будущего и своего психологического прошлого». Она характеризуется протяженностью, глубиной, насыщенностью, степенью структурированности и уровнем реалистичности. Временная транспектива — это сквозное видение из настоящего в прошлое, настоящее и будущее (Ковалев, 1979, 1988, 1995). Действительно, человек способен взглянуть на свою жизнь с любой временной позиции (*феномен временной децентрации*). При этом личный временной центр может быть перенесен из момента хронологического настоящего в любой иной момент хронологического прошлого или будущего. «Благодаря механизмам децентрации человек способен к «объемному видению» каждого момента жизни с точки зрения другого момента, к целостному осознанию своего жизненного пути, к расширению своей «временной картины» и осмыслению своей жизни в историческом контексте» (Головаха, Кроник, 1984, 2008 С.125). Это позволяет рассматривать свою жизнь в целом, а также последовательно, в ее течении. Если здоровый взрослый человек, переместив свой временной центр в прошлое или будущее, без особого труда может вернуть его в момент хронологического настоящего, то при некоторых патологических нарушениях такой возврат затруднен. Это приводит к необычайной «застойности» многих переживаний времени, их отрыву от актуальной жизненной ситуации (Головаха, Кроник, 2008 С.128).

Планируемые во временной перспективе будущего события (целевые объекты) регулируют поведение индивида. В соответствии с представлениями Ж. Нюттена (2004), временная перспектива

может быть *когнитивной, воображаемой* (образы и мечтания, которые не являются мотивационными объектами) и *действенной* (мотивационной) перспективой, включающей реальные мотивационные тенденции. Степень реалистичности объектов, образующих действенную временную перспективу, является очень важной. Не менее важной является и реалистичность способов достижения целей, а, кроме того, еще и наличие (отсутствие) причинных или инструментальных связей между объектами временной перспективы. Исследования временной перспективы показали, что некоторые индивиды видят свое будущее, как детерминированное случаем, другие же рассматривают его как результат своих действий (более контролируемое будущее). Собственная деятельность последних в высокой степени инструментальна, они постоянно **находятся в поиске способов достижения своих целей.**

Другой тип исследований связан с теорией локуса контроля (внешняя или внутренняя детерминация событий). В этих двух типах исследований выделяются два необходимых условия влияния перспективы будущего на текущее поведение: 1. определенная степень временной интеграции — будущее видится продолжением настоящего и 2. внутренний локус контроля — роль личной активности в достижении результата. Как только индивид начинает работать для достижения отдаленной цели, между этой целью и текущей активностью устанавливаются каузальные связи, и степень реальности этого целевого объекта прогрессивно возрастает. Структура *средство-цель* заполняет интервал между текущей активностью и планируемым событием будущего. Напротив, пустой временной интервал не связан с действиями индивида и увеличивает психологическую дистанцию до целевого объекта. Соответственно реалистичная временная перспектива зависит от субъективного восприятия (*Каким образом и с помощью чего я достигну цели? Достижение каких целей позволит мне достигнуть основной цели?*) и от наличия причинно-следственных структур (*Вследствие чего это событие произойдет?*). Можно сказать, что субъект с высокой степенью временной интеграции обладает временной компетентностью (Нюттен, 2004).

Протяженность или *глубина временной перспективы* играет важную роль в выработке планов и проектов. Индивид, смотрящий далеко вперед, создает долговременные проекты, и поэтому способен

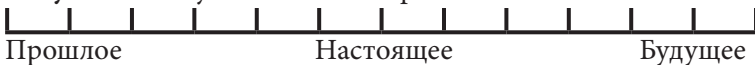


находить больше путей для их реализации. Средства реализации, отсутствующие сейчас, могут быть найдены в более отдаленном будущем. Таким образом, протяженная, реалистичная и активная перспектива будущего важна для планирования и осуществления долговременных проектов, поскольку все важные достижения предполагают наличие координированных и долговременных структур, включающих цели и средства для их реализации. Все эти закономерности определяют реализацию такого долговременного проекта, как реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы.

Кроме временной перспективы, существуют еще два понятия: *временная установка* — позитивная или негативная направленность субъекта по отношению к прошлому, настоящему и будущему и *временная ориентация* — доминирующая направленность поведения субъекта на объекты и события настоящего прошлого и будущего (Нюттен, 2004).

Диагностическое интервью выявляло позитивную настроенность пациентов со спинальной травмой в отношении прошлого и негативное отношение к своему настоящему. Установка в отношении будущего характеризовалась либо необоснованными надеждами на полное восстановление функций, либо была негативной (либо неопределенной). Для определения *временной ориентации* пациентов со спинальной травмой мы использовали визуальную шкалу времени, на которой пациенты должны были отметить ту ее часть, которую занимают в их внутренних переживаниях воспоминания о прошлом, фантазии и планы по поводу будущего и заботы настоящего периода жизни (представленность прошлого, настоящего и будущего). Для этого шкалу времени пациенту нужно было разделить на 3 части, соответственно представленности прошлого, настоящего и будущего в своих переживаниях в настоящий момент жизни.

**Рисунок 1.** Визуальная шкала времени



Фокусируясь на этом, мы выявили относительно низкую представленность настоящего момента в переживаниях пациентов, как в сессиях (собственно это и послужило толчком к проверке с по-



мощью визуальной шкалы), так и с помощью визуальной шкалы времени (прошлое — 30%, настоящее — 23%, а будущее — 47%). У здоровых людей такого же возраста такое распределение выглядело иначе (прошлое — 17%, настоящее 50% и будущее — 33%). Переживания пациентов со спинальной травмой чаще были связаны с воспоминанием о прошлом, в котором они **были здоровы**, а также с фантазиями о будущем, в котором они **будут полностью здоровы**. «Настоящая» со слов пациентов жизнь оставалась в прошлом, либо «возможно возможна» в будущем. Относительное преобладание будущего на шкале времени (в сравнении со здоровыми людьми) было связано с надеждами пациента на восстановление физических функций в будущем. Период же после травмы — настоящее время пациента — в переживаниях был представлен в наименьшей степени, что противоречило требуемой от пациентов в этом периоде активности.

Опираясь на эти данные, мы предположили, что общая стратегия работы с пациентами, получившими спинальную травму, должна быть ориентирована на активное проживание и переживание этими пациентами этого события и его последствий, а также событий периода восстановительного лечения в настоящий момент времени. Кроме того, использование данной шкалы имело самостоятельное значение, поскольку побуждало пациентов задуматься о более активном участии в своей жизни в настоящее время, преодолевая совершенно необоснованное, но очень характерное для данного этапа пассивное ожидание самопроизвольного восстановления физических функций.

### Гештальт-терапевт в реабилитационном процессе

В терапевтических сессиях с пациентами мы рассматривали этот нелегкий период их жизни *внутри* большого жизненного отрезка — от рождения до настоящего времени. Он включал

- прошлое до травмы (планы и ожидания пациента);
- прошлое после травмы (события жизни и восстановительного лечения пациента, которые он сам относит к прошлому);
- настоящее (события жизни и реабилитации, относящиеся к данному моменту);

- ближайшее будущее (планы и цели относительно восстановления функций и ближайших жизненных событий);
- отдаленное будущее (планы на жизнь в целом).

Такой подход к работе с пациентом позволяет ему воспринимать и рассматривать свою жизнь как целостный и непрерывно текущий процесс, процесс, не приостановленный негативным действием спинальной травмы до иллюзорного момента «полного» выздоровления в будущем. Высказывания пациентов по поводу их будущего — «жить и строить планы на будущее смогу только после того, как начну ходить» — относился к воображаемой временной перспективе (фантазии о возможности ходить). Разговаривая с пациентами, мы просили выделить *события восстановительного лечения* и *события жизненного пути*, относящиеся к этим вышеперечисленным периодам. Под событиями восстановительного лечения мы понимали достаточно выраженные для различения пациентом изменения физического состояния, обеспечивающие новые возможности и новые виды активности. Под событиями жизни — поворотные моменты жизни пациента, определяющие дальнейший жизненный путь человека.

В сессии с пациентами мы отдельно акцентировались на периоде жизни от травмы до настоящего момента. Мы побуждали пациентов к осознанию динамики восстановления функций (от события к событию), а так же к постановке целей для каждого следующего этапа реабилитации в будущем. Пациенты с последствиями спинальной травмы часто чувствуют себя беспомощными в целом. Любое, даже небольшое, функциональное ограничение они воспринимают как полное отсутствие возможностей, дающее основание для пассивного ожидания улучшения. Во время сессий мы постоянно фокусировали осознание пациента на имеющихся и появляющихся в процессе реабилитации физических возможностях («Что вы смогли делать через месяц после операции? Какие возможности появились у вас после того, как вы стали пользоваться коляской?»). Для этого мы привязывались по времени к конкретным лечебным событиям: операциям, переводу из одной больницы в другую; выписке из больницы; диагностическим и лечебным процедурам и т.п. Это помогало пациенту отслеживать последовательность событий и различать динамику лечебного процесса. Кроме того, психотерапевт предлагал пациенту *материализовывать* динамику восста-

новления функций, указывая ее в минутах (время сидения и стояния), метрах (ходьба), днях и месяцах (продолжительность того или иного состояния), новых действиях (пересаживание из коляски на кровать и обратно, контроль мочевого пузыря), средствах передвижения (коляска, ходунки, костыли, канатки). Это предоставляло пациентам со спинальной травмой дополнительные возможности для осознания смысла упражнений и действий, что позволяло им чувствовать процесс реабилитации, как осмысленный и целенаправленный процесс.

Постановка целей включала реалистическую оценку желаемых изменений, базирующуюся на достигнутых результатах настоящего этапа восстановительного лечения, а также предварительную оценку возможностей следующего этапа (вместе с лечащим врачом-неврологом). Во время интервью пациенты получали задание сформулировать вопросы к лечащему врачу, отражающие наиболее беспокоящие его аспекты жизни (большинство пациентов не задают вопросы о своих перспективах, боятся услышать, что не будут ходить) и восстановительного лечения, а также доступные цели реабилитации на данный период времени. Стимуляция поисковой активности включала также вопросы, связанные с поиском новых средств реабилитации. При этом пациент получал адреса информационных источников<sup>31</sup> в Интернете, а также информационное руководство, отражающее наиболее существенные аспекты восстановительного лечения.

После беседы пациент получал задание начертить самостоятельно (с пациентами до 18 лет вместе с психологом) линию жизненного пути и отметить на ней важные жизненные события. Наиболее внимательно пациенту нужно было отнестись к периоду восстановительного лечения после спинальной травмы. На этой линии он отмечал события восстановительного лечения в строгой последовательности их появления друг за другом. Кроме того, оценивалась степень удовлетворенности процессом восстановления функций до госпитализации в стационар и после нее. В той части линии, где у пациента располагалось ближайшее и отдаленное будущее, он отмечал свои цели и планы, как в отношении восстановления функций, так и жизненные планы.

---

31 [www.disability.ru](http://www.disability.ru), [www.invatech.ru](http://www.invatech.ru), [www.invahelp.ru](http://www.invahelp.ru), [www.new-life.com.ru](http://www.new-life.com.ru)  
[www.xrays.com.ru](http://www.xrays.com.ru)

Во время занятий лечебной физкультурой пациента также побуждали осознавать динамику восстановления функций. В конце занятия инструктор и пациент фиксировали появившиеся, по сравнению с предыдущим днем, изменения. Такими изменениями могли быть новые навыки (способность пересаживаться с коляски в кровать и наоборот, одеваться, стоять и т.п.) и увеличение физической активности (увеличение дистанции ходьбы, силы в руках, количества выполненных упражнений и т.п.). В конце недели пациент подводил итог появившимся возможностям. В задачи лечащего врача также входила поддержка осознания изменений физического состояния пациента в процессе восстановительного лечения. Его вопросы к пациенту также касались освоения новых навыков и возможностей, целей данного этапа (недели), а также средств (упражнений, тренажеров, аппаратов, специальной помощи медперсонала), с помощью которых эти цели могут быть достигнуты. Вместе с пациентом он обсуждал промежуточные и отдаленные цели восстановительного лечения.

Работа с пациентами со спинальной травмой включала беседы с их родственниками. Диагностическая и консультативная работа с родственниками пациента начиналась с наблюдения ухода за пациентом. При этом оценивались потребности пациента в помощи со стороны близких и адекватность такой помощи (обеспечение безопасности плюс предоставление возможностей для восстановления функций). Принцип — «помогать не больше и не меньше, чем нужно» для развития новых физических (и иных) возможностей — обсуждался с пациентом и его родственниками в процессе тренировок, а также в повседневной жизни. Выявленная созависимость становилась предметом консультативной беседы с близкими пациента (врач-невролог и психотерапевт), в которой устанавливались границы необходимой помощи пациенту. Как правило, следствием таких бесед становилась большая самостоятельность пациентов в быту и в стационаре.

Работа с низкой самооценкой пациента и убеждением в своей неполноценности, ущербности основывалась на перефокусировании внимания пациента с тех действий, которые он делать не может, на те, что он делать в состоянии, хочет и планирует сделать в будущем. Приветствовались и поддерживались самые разные виды активности: физическая и социальная, поисковая и творческая, обсуждалось их соответствие основным интересам, а также способы

достижения данных целей. Так одна из пациенток (студентка психологического факультета) запланировала написать работу о психологических сложностях, с которыми она встретилась при лечении своей травмы и поместить ее на сайте в Интернете. Другой пациент (столяр по специальности) рассмотрел возможность обучения и совершенствования в резьбе по дереву, что могло стать новой его специальностью, соответствующей как физическим возможностям пациента, так и его потребностям (материальным и творческим).

### Особенности терапевтических отношений. Бессилие и беспомощность в контакте с пациентами

Что происходит в отношениях пациентов со спинальной травмой с другими людьми, персоналом и терапевтами? У персонала реабилитационного центра (инструкторы по лечебной физкультуре) за много лет сформировалась привычка быстро и эффективно помогать пациентам с последствиями травм конечностей. Пациенты со спинальной травмой требовали втрое-четверо больше усилий при очень скромных результатах на выходе. В начале статьи мы писали о сложностях в отношениях таких пациентов с персоналом, об обесценивании пациентом динамики своего состояния и, соответственно, профессиональных действий персонала, об отчуждении, которое наступает с обеих сторон. Пациенты боялись жалости окружающих, раздражались на формальные вопросы о самочувствии:

— «Как вы себя чувствуете?»

— «А что у меня могло измениться со вчерашнего дня?!».

В начале встреч с пациентами Марина обнаружила, что боится входить в палату, боится столкнуться со своей беспомощностью и бессилием помочь и злостью пациентов по этому поводу. В ситуациях, когда пациент пытался что-то делать сам — садиться, надевать одежду, пересаживаться в коляску — Марина чувствовала вину за то, что не помогала ему (такая помощь обычно вредна, пациент дольше остается зависимым от близких).

Мои переживания, скорее, были связаны с опасениями угодить в такую ситуацию, где от меня самой зависит не очень много, стать обузой для близких, уменьшить привычную активность. Многие наши пациенты стали инвалидами по «собственной инициативе», среди механизмов получения травмы было ныряние в непроверенном месте, как правило, в состоянии алкогольного опьянения, до-

рожно-транспортные происшествия по вине пациентов, падения с высоты. Они чувствовали свою вину перед близкими которые были обречены на многолетний уход за ними с ущербом для собственной жизни, беспомощность, бессилие изменить эту ситуацию кардинально и злость по этому поводу, проецируемую на близких и персонал.

Все это было с нашей и с их стороны до тех пор, пока мы не изменились сами, накопив опыт общения с этими пациентами и информацию об их состоянии. Мы поняли, что беспомощность пациентов рождала нашу собственную беспомощность, их неверие в наши возможности им помочь (как правило, в том, чтобы начать ходить немедленно) —наше недоверие к себе как к специалистам. Пока мы не рисковали проявить интерес к их реальной жизни, не включали себя в реальные человеческие отношения с ними, мы их жалели. Жалость, связанная с их беспомощностью по мере знакомства и работы с пациентами сменилась гордостью за их даже не очень значительные успехи. Мы видели, сколько сил и времени уходит на достижение самых скромных изменений. Вера в эти изменения и в возможность пациентов влиять на ситуацию, преодолевая свою беспомощность, привели к интересному результату. Мы совсем перестали их жалеть, конфронтировали с пассивной позицией и не давали возможности погружаться в приятные, но абсолютно бесполезные грезы о будущем. При этом сохранялось наше уважение и восхищение их ежедневным многочасовым тяжелым трудом. Чувство стыда, связанное с мыслями о собственной неполноценности, становилось менее выраженным, у пациентов появлялось уважение к своим достижениям.

Пациенты рассказывали, что после травмы врачи-неврологи опасались давать им информацию о последствиях травмы и их возможностях в будущем. Разумеется, во многих случаях невозможно точно предсказать степень восстановления физической активности, однако, как нам кажется, доктора избегали давать *определенную* информацию, из-за того, что опасались депрессии и суицидов у данных пациентов, а, также того, что пациенты перестанут ежедневно трудиться. Большинство пациентов боятся задавать вопросы врачам о своих перспективах. Эти общие страхи поддерживают нереалистические фантазии пациентов. В этом смысле наш опыт работы с пациентами показал нам, что обсуждать с пациентами *возможные*

ограничения, остающиеся после восстановительного периода очень полезно. Именно это и становится основой для переориентации на другие реалистичные цели в жизни, получение профессии, которая может поддерживать пациента при отсутствии помощи со стороны близких.

Тот факт, что нам с пациентами стало свободней дышать в контакте друг с другом, стал не только фигурой речи. Свободное дыхание — стало маркером нашей включенности и присутствия в терапевтических сессиях.

## Оценка результатов восстановительного лечения и результатов терапии

Перед выпиской из стационара мы исследовали удовлетворенность пациента результатом данного этапа восстановительного лечения, а также сами ориентировались по отношению к результатам нашей терапии. Субъективная оценка результата лечения оценивалась с помощью четырёх утверждений: отличный, хороший, удовлетворительный результаты и состояние без изменений.

Мы также оценивали:

1. **А.** Способность адекватно оценивать реальную динамику психического состояния (проблема недостаточного осознания динамики восстановления функций). Это становится возможным тогда, когда результаты восстановительного лечения становятся осознанными пациентом *событиями реабилитации*. Пациенты начинают выделять имеющиеся изменения (дифференциация). Примеры: «Результат хороший. Сдвиги есть. Научилась пересаживаться с кровати в коляску и наоборот. Хожу в ортезах, примерно 25 м. Дома продолжу ходить», «Дома даже не думал, а здесь научился штаны надевать сам. Долго надеваю, но, главное, сам!», «После стимуляции и физиолечения стала чувствовать поясницу, после миотона — появились ощущения в мочевом пузыре, после ЛФК стала покрепче физически — укрепила руки, стала ходить 7м».
- Б.** Установку пациента на активное восстановительное лечение (+смещение цели с ходьбы на максимально возможную независимую и продуктивную жизнь). Примеры: «Много читал. Теперь думаю — слишком много читал, нужно было

больше заниматься (*лечебной физкультурой*)), «Пока сын не пришел из армии, буду заниматься без тренажеров. Придет — подумаем, что можно сделать для занятий дома», «Буду заниматься, как здесь научили!» , «У меня одна глобальная цель — быть независимым, самостоятельно передвигаться и ухаживать за собой». В. Субъективную оценку результата восстановительного лечения приближенная к объективной динамике функциональных возможностей. Примеры: «Если учесть, что я могла рассчитывать только на инвалидное кресло, то меня больше чем устраивает этот результат», «Вижу результат, и мне это нравится. Желания останавливаться нет», «Главный результат госпитализации — настроение другое! Стимул здесь появился», «Чего достиг — доволен. Особенно доволен, что спину могу держать самостоятельно». Результат хороший, судя по прогнозам. И думаю, что не выработал все». «Раньше лень находила, а сейчас есть результаты. Пойдем дальше!», «Доволен. Таких результатов не ожидал!»

2. Способность пациента ставить ближайшие, промежуточные и отдаленные цели (проблема постановки целей) Примеры формулировки целей: «Дома шведскую стенку сделаем. Не стоял (раньше)... не было стенки...», «Дома? Сделать блок с грузиками. Отец сделает — ему главное объяснить!», «Заниматься — как здесь научили. Друзья все сделают (приспособления)», «Сейчас все зависит от меня, а не от кого-то... Раньше не знал, что можно, а что нет. Теперь — знаю», «Планы на ближайший период? Организовать дома ремонт. Побывать у стоматолога. Определиться с учебой». «Без клюшки ходить. Медленно хотя бы», «Не восстановлюсь на сто процентов — восстановлюсь насколько это возможно!», «Через год сына в первый класс вести. К тому времени цель такая — с клюшкой!»
3. Ясность представлений о своих функциональных возможностях в ближайшее время, понимание последовательности в динамике восстановления функций (проблема непринятия имеющихся ограничений). Пример: «В ближайшее время, конечно, сам не пойду... Буду тренироваться с помощью ходунков... А там и на канадки встану....». «После ходунков — костыли, канадки, трость и сам!».



4. Способность пациентов формулировать вопросы по поводу своих перспектив и необходимых средств для восстановления физических функций (проблема постановки целей, поиска средств восстановительного лечения, недостаточная поисковая активность). Вопросы к врачу один из пациентов сформулировал следующим образом: «Чему я могу здесь научиться? Какие тренажеры есть здесь для меня? Какие процедуры могут помочь разработать руки? Что я могу еще делать в стационаре в свободное время (вечером)?» Другую пациентку интересовало: «Можно ли путем физических нагрузок ускорить процесс восстановления спинного мозга? Есть ли в моем случае медицинский максимум восстановления функций или все зависит от меня?» Планы по поводу средств восстановительного лечения выглядели следующим образом: «Придумал, как дома сделать нехитрую установку. Для надежности, чтобы эспандер не сорвался, отца попрошу прикрепить». «Дома буду ходить на ходунках. Купим», «Друзья помогут с брусьями. Уже звонил, думают».
5. Преодоление стереотипов по поводу инвалидности и своей неполноценности (проблема собственной неполноценности). Примеры: «Какой мужик не может вбить гвоздь!», «Не каждый здоровый может смеситель поставить, унитаз сменить!», «Много дел по хозяйству!», «О работе подумаю. Подумаю, что можно делать в свободное время», «Раньше были сложности с выходом куда-то. Теперь более спокоен», «Хочу попробовать сесть за руль (машина с ручным управлением)» «Смотрят и пусть смотрят! Я буду делать то, что мне надо» (*о ходьбе по улице*).
6. Способность пациента различать и по-разному действовать в ситуациях, с которыми он может справиться сам и в ситуациях, в которых необходимо просить и получать помощь (проблема зависимости и контрзависимости). «Учиться буду... одеваться, штаны натягивать... Пускай дольше, но сам!», «Брат поможет стоять на первое время, а потом сам», «Думаю, надо кого-то нанять, чтобы помогал», «Хотим переделать коридор, чтобы выбираться на улицу. Уже договорился, и муж сестры поможет пандус сделать», «Брат поможет. 16 лет — взрослый уже, будем экспериментировать».

7. Увеличение поисковой активности пациента, стремление получать информацию о своем состоянии и возможных средствах восстановления физических функций, активные действия, направленные на получение необходимой информации. Примеры: «Нашел описания тренажеров в Интернете, пообщаюсь на форуме с ребятами», «Поискал и нашел методичку для больных и их родственников, прочитаю».
8. Расширение контактов с другими людьми, включение пациента в сетевое, мобильное и личное общение с другими людьми (проблема ограничений в межличностной коммуникации). Представление о возможных действиях по организации необходимого общения с близкими и друзьями. Примеры: «На форумы загляну, может, что-то для себя найду», «На форуме прочитаю про опыт других», «Созваниваюсь с ребятами, с которыми познакомился в стационаре», «Позову подругу в гости».
9. Профессиональные планы — формирование настроев на дальнейшее обучение профессии и постановка профессиональных планов. Примеры: «Узнаю про дистанционное и заочное обучение по моей специальности», «Пока буду подрабатывать писанием курсовых», «Буду делать проекты».

**Таблица 5. Оценка результата психотерапевтической работы у пациентов со спинальной травмой**

Психологические проблемы	К-во пациентов с соответствующей проблемой (39 чел.)	К-во пациентов с изменениями в результате коррекции (39 чел.)
1	21	13
2	28	19
3	14	6
4	24	13
5	31	14
6	22	9
7	28	15
8	21	10
9 Профессиональные планы*	25	13

9\* Отсутствие профессии или несоответствие имеющейся профессии физическим возможностям пациента. Профессиональные планы у остальных участников исследования были уже сформированы

**Таблица 6. Удовлетворенность пациентов результатами восстановительного лечения до и после проведения психотерапии (субъективная оценка результата)**

Субъективная оценка результата	На предыдущем этапе реабилитации (35)	На данном этапе реабилитации после проведения психотерапии (39)
Отлично	-	9
Хорошо	5	19
Удовлетворительно	19	10
Без изменений	11	1

\* Четверо пациентов поступили на реабилитационное лечение впервые, поэтому оценки предыдущего этапа реабилитации нет.

Глядя на эти результаты, мы были вполне удовлетворены. Терапевтическая работа с пациентами, перенесшими спинальную травму, не только была полезна пациентам, но и много дала нам самим. Марине — умение оставаться включенной и присутствующей в ситуации реальной и иллюзорной беспомощности и бессилия, ситуации с реальными ограничениями жизни пациентов, в постоянной ситуации переживания отчаяния и безнадежности, что само по себе было делом нелегким, но приносящим уверенность в своих профессиональных возможностях. Меня эта работа воодушевляла своими открывающимися перспективами использования гештальт-диагностики и гештальт-терапии с одним из самых тяжелых контингентов пациентов в клинике неврологических расстройств. Мы перелопатили массу литературы по спинальной травме и не нашли упоминаний о каких-либо реалистических способах и стратегиях терапевтической работы с такими пациентами. Очень приятно было бы также оказаться потенциально полезными нашим коллегам — психологам и психотерапевтам, а через них снова нашим пациентам.

### Литература:

1. Бермант-Полякова О.В, Посттравма: диагностика и терапия. — СПб: Речь, 2006.

2. Гербачевский В.К. Исследование уровня притязаний в связи с индивидуально-типическими характеристиками эмоциональности и интеллекта: Автореф. канд. дис. — Л., 1970. — 16 с.
3. Головаха Е.И. Кроник А.А. Психологическое время личности. М.Смысл, 2008, 267с.
4. Егоров С.П. Особенности личностных нарушений у больных с травмой спинного мозга. — Функциональные и прикладные вопросы реабилитации больных с позвоночно-спинномозговой травмой. Симферополь, 1989, С.49-54
5. Еремеев Ю.А. Джангильдин Ю.Т. Кочетков А. В. Куликов М.П. Клинико-психологические особенности больных с травматической болезнью спинного мозга — <http://www.asvomed.ru>
6. Ермакова Н.Г. Психологическая реабилитация больных с последствиями травм позвоночника и спинного мозга. // Реабилитация больных с заболеваниями и последствиями повреждений позвоночника и крупных суставов: Тез. докл. 2й научно-практической конф. посв. 5летию московского центра реабилитации больных и инвалидов (6-7 окт.1994г). — М., — С. 90-91.
7. Зейгарник Б.В. Теория личности Курта Левина М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1981
8. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации. Травма позвоночника и спинного мозга. Книга 1., 2002 — 126 с.
9. Ковалев В.И. Особенности личностной организации времени жизни. Гуманистические проблемы психологической теории. М.1995 С. 179-185
10. Ковалев В.И. Особенности личностной организации времени. Активность и жизненная позиция личности. М. 1988 С.110-127
11. Ковалев В.И. Психологические особенности личностной организации времени жизни. Канд. дисс. М., 1979.
12. Левин К. Определение понятия «поле в данный момент» // Хрестоматия по истории психологии (период открытого кризиса: начало 10-х — середина 30-х годов XX века). — М.: Изд-во МГУ, 1980. — 296 с.
13. Левин К. Теория поля в социальных науках / Пер. с англ. — СПб.: Сенсор, 2000 б. — 368 с. (Сер. «Мастерская психологии и психотерапии»).
14. Леонтьев М.А. Малашенко М.М. Двигательная реабилитация инвалидов с нарушением локомоторной функции вследствие параличей и парезов. Методические рекомендации для врачей, методистов, инструкторов ЛФК, Новокузнецк, 2002.
15. Леонтьев А.Н. Мотив и личность. Лекции по общей психологии. М. Смысл, 2000, 509с.
16. Моросанова В.И., Степанский В.И. Метод выявления субъективного критерия успешности действий. — Вопросы психологии, 1982, №3, С. 129-133.

17. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего. Москва: Смысл, 2004, 607с.
18. Степанский В.И. Газизова Р.Р. Индивидуальные особенности регуляции деятельности в условиях повышения трудности задания. — Вестник МГУ, серия 14, Психология, 1982, № 3, с.47-52.
19. Степанский В.И. Роль субъективных критериев успешности результатов в регуляции деятельности. Вопросы психологии. 1984, N 3, с.118
20. Степанский В.И. Влияние мотивации достижения успеха и избегания неудачи на регуляцию деятельности. — Вопросы психологии, 1981, N 6, с.59-74
21. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. Т. 1. М., Педагогика 1986. С. 33-48.
22. Чирков В.И. Актуальные вопросы изучения функциональных состояний в рамках теории психологической системы деятельности // Проблемы инженерной психологии: Тезисы VI всесоюзной конференции по инженерной психологии. Вып.2. / Под ред. Б.Ф. Ломова. Л., 1984. С. 236-237

## Механизмы прерывания контакта у созависимых пациентов<sup>32</sup>

Юлия Смелянец

В данной работе мы будем говорить о созависимости как о симптоме в семьях, где есть химическая зависимость (алкоголизм или наркомания), а также о созависимости в более широком понимании этого термина как о созависимом типе реакции. «Наркомания включает только наркоманов» — слишком узкий взгляд на существующую проблему. Даже если в семье один из членов семьи зависимый, вся семья страдает от наркомании или алкоголизма. На каждого зависимого человека, как правило, приходится двое, трое или даже больше людей из его непосредственного окружения, которые являются жертвами заболевания. Они тоже нуждаются в реальной помощи и должны быть включены в любую долгосрочную модель терапии» (2, с.3) Вся семья страдает от своих же попыток остановить употребление близкого — вот первая из причин по которой таким людям необходима помощь. А вторая заключается в том, что возврат химически зависимого в прежнюю неизменившуюся среду, т.е. семью нередко бывает причиной рецидивов.

Есть множество различных определений самого термина созависимость. Мы остановимся на одном из них. Его автор Мелоди Битти стала уже практически классиком литературы по этой теме. **«Созависимый человек** — это тот, кто позволил поведению другого человека сильно воздействовать на нее или него, и кто **одержим попытками контролировать** поведение того человека. (Тот другой человек- это может быть ребенок, взрослый, любимый (ая), супруг (га), брат сестра, бабушка или дедушка, родитель, клиент или лучший друг. Он (она) может быть алкоголиком, наркоманом, психически или физически больным человеком, нормальным человеком, временами склонным к печальным чувствам. Созависимость многогранна. Это зависимость от людей — их настроения, поведения, болезней или благополучия и от их любви. Это парадоксальная зависимость» (5, с.51)

В практике терапевтов, так или иначе работающих с созависимыми клиентами, нередко звучит вопрос «почему сын (мой родственник) болен алкоголизмом или наркоманией?». Нас интересует

<sup>32</sup> Впервые напечатано в «Журнале практического психолога», 2009, № 3.

другой ракурс этой же проблемы **«что происходит в семье, в которой есть зависимый человек?»**. Болезнь может быть симптомом нарушенного функционирования всей семейной системы. Поскольку зависимый является ее частью. И тогда зависимость является своеобразным вызовом, бунтом по отношению к нездоровой обстановке в семье. «Рассматривать созависимость только как ответную реакцию на стресс в семье в виде зависимости от психоактивных соединений у одного из членов было бы неправильно. Стресс выступает триггером, пусковым механизмом процесса, когда имевшаяся «почва» приходит в движение» (7, с.138)

Как зависимость, так и созависимость представляет собой длительное, хроническое страдание, приводящее к изменениям во всех сферах личности, как умственной, физической и психической, так и духовной. Самим термином созависимость пользуются далеко не все терапевты. Но обычно по первым же словам на первой сессии, становится ясно злоупотреблял ли кто-то в из близких в семье алкоголем или нет.

Для начала остановимся на самых ярких проявлениях, свойственных таким клиентам. Одной из характеристик созависимости, как и самой зависимости являются трудности в выражении чувств. Что это значит? Если для алкоголика или наркомана употребление химических веществ является способом «анестезировать» свои негативные чувства, и тем самым лишить себя возможности полноценно чувствовать, то для созависимого порой единственной возможностью выжить в ситуации, когда близкий человек злоупотребляет химическими веществами, и соответственно справиться высоким уровнем тревоги, остается лишение себя практически любых чувств. Нередко созависимые являются «выходцами» из дисфункциональных семей. Таки образом, они продолжают нести на себе предписание семьи, а одним из них может быть установка о том, что чувствовать опасно. В результате весь широкий спектр чувств у созависимых «отключается» и остается только одно — **тревога**.

В момент, когда такого рода клиент обращается за помощью, прежний способ жизни уже становится невозможным (в силу разных обстоятельств). Но для открытого и полноценного взаимодействия с терапевтом нет еще ни сил, ни возможностей. «Если усилия не приносят желаемого результата, у человека возникают тяжелые

разрушительные переживания: гнев, смятение, неприкаянность, разочарование и т.д. Тогда он вынужден направить свою энергию на поиск разных способов, снижающих возможности его контакта со средой» (10, с.63) Итак, поговорим о сопротивлении в терапии у созависимых клиентов.

Принципы работы с созависимыми. Гештальт подход. Механизмы прерывания контакта в семейной системе при наличии в ней химически зависимого

### *Слияние*

Не случайно именно с этого механизма мы начинаем рассмотрение проблем созависимости. Это первое, на что придется обратить внимание в работе с родственниками алкоголиков и наркоманов. Будь это мать или отец, жена или взрослый ребенок алкоголика, в начале терапии почти всегда звучит местоимение «мы». Когда возникает необходимость озвучить имеющуюся в семье проблему, почти всегда это выглядит как обобщенное «мы лечились в детоксе», «мы лежали в реабилитационном центре», «у нас трудности с общением» и пр.

Почему так происходит? До определенного момента (обычно это тот момент, когда семья обращается за специализированной помощью) семейная система находится в «жесткой сцепке», т.е. в ситуации, когда все члены семьи «намертво» приклеены друг к другу. С одной стороны, к этому вынуждает сама ситуация употребления, когда кажется, что стоит ослабить контроль, и ситуация немедленно ухудшится. На самом деле это всего лишь иллюзия созависимого, с которой очень трудно расстаться. С другой стороны, семья больного химической зависимостью — это семья, где нет дифференцированных членов семьи, а есть нечто объединенное общей болью, страдающее и не имеющее права отделиться друг от друга. Обычно проработка этой темы вызывает много тревоги и страха у созависимого клиента. Поскольку необходимость отделиться неизбежно приведет к мыслям **о своей жизни, своих желаниях и о своих потребностях**, а они, как правило, игнорируются, их как бы нет. Желания «мои» и значимого «другого» настолько сплетены друг с другом, что странно даже представить, что можно чего-то хотеть в отрыве от темы болезни близкого. «Если он перестанет пить/упо-



треблять наркотики, то и у меня будет все хорошо», — заявляют родственники на ранних этапах терапии. Созависимым трудно выделить фигуру потребности, пока они находятся в слиянии с проблемой.

Стоит отметить, что эта ситуация рождается не только за время злоупотребления близким химическими веществами. Корни слияния видны еще задолго до появления первенца в созависимых семьях. Если учесть, что родители химически зависимых в свою очередь нередко являются взрослыми детьми алкоголиков, то умения выделять свои потребности и желания у них нет и в тот момент, когда они заводят свои собственные семьи. «В созависимых отношениях партнеры как бы связаны между собой невидимой веревкой: малейшее движение одного вызывает реакцию другого, их положения жестко фиксированы, каждое слово контролируется с учетом предполагаемой реакции партнера. «Не говори об этом, ты ее расстроишь», «Я не могу действовать, потому что боюсь его реакции», — так думают и говорят созависимые» (4, с.12) Мы уже сказали о том, что такие клиенты происходят из семей с нарушенным внутренним функционированием. Правила дисфункциональной семьи Клаудиа Блэк в своей книге «Это никогда со мной не случится» (Black C., 1981) сформулировала кратко. Это правило трех «не»: **не говори, — не чувствуй, — не доверяй.** «Большая часть того, что мы называем созависимостью, происходит из-за того, что мы не чувствуем себя в безопасности в наших взаимоотношениях. Это является причиной контроля и фокусировки на другом человеке, в это время мы не обращаем внимания на себя, либо выключаем свои чувства» (6)

«Слияние — это своего рода игра, в которой «скованные одной цепью» партнеры заключили «соглашение» не спорить. Это негласный договор со скрытыми правилами, известными только одному партнеру» (10, с.80)

На практике, в семье, где есть проблема алкоголизма/наркомании употребляющий человек втайне надеется, что семья в очередной раз будет решать его проблемы. Ведь так было много раз, почему в этот раз должно пойти по-другому? И именно поэтому, как ответ на разрыв слияния у созависимых возникает чувство вины при малейшей попытке отделиться. Зачастую провести границу между собой и зависимым, означает «бросить», «оставить его на произвол судьбы», «отказаться от близкого», — такие выражения обычно исполь-

зуют родственники. Перестать, наконец, потакать употреблению, и восстановить собственные границы для большинства созависимых означает оказаться «плохим» отцом, матерью, женой и т.д.

Чувство вины занимает, пожалуй, центральное место в терапии созависимых.

Порою не просто вины, а категоричной собственной ответственности в возникновении болезни близкого человека. «Я виновата в том, что он стал алкоголиком /наркоманом», - традиционное заявление родственника клиента.

Подробнее об этом мы поговорим в одном из следующих разделов.

**Стратегии работы терапевта:** Одной из основных задач терапевта остается — самому не попасть в слияние с таким клиентом. Пожалуй, самым фрустрирующим слияние вопросом для такого клиента будет «что ты хочешь?», «в чем твоя уникальность?», «чем ты отличаешься от других?». Поскольку созависимый клиент не ориентируется на свои потребности, а только на того, от кого он зависит. Контакт с внешним миром для поиска объектов удовлетворения своих потребностей заменяется на «как бы контакт» с другим человеком — для снижения тревоги и напряжения.

При конфлуэнции нет приближения — отдаления, есть только захват-поглощение. Очень важно помочь клиенту осознать, от чего он может прятаться в таких отношениях. В групповой терапии с такими клиентами возможен перевод слияния на слияние с группой для возможности получить поддержку. В этом случае слияние будет выполнять функцию адаптации. Тогда у клиента будет возможность впоследствии придти к идентификации через принадлежность к группе.

### **Дефлексия**

Обычно клиенты, склонные к созависимым отношениям, с трудом способны держать напряжение. Поэтому, в этом случае дефлексия является удобным способом его рассеять, снять ненадолго остроту напряжения. Реальным подтверждением этого может стать факт, что стандартной обстановкой в группе таких клиентов является отсутствие пауз. Их боятся как огня, паузы вызывают тревогу неопределенности, которую необходимо снять любимым способом — начать говорить. Также в такой группе самым трудным из

упражнений оказывается то, когда необходимо некоторое время воздержаться от вербальной активности. В личной терапии таким клиентам по форме свойственна быстрая речь с поверхностным дыханием. А по содержанию — традиционное перескакивание с темы на тему и невозможность сосредоточиться на той теме, которая вызывает большее возбуждение. Внешне это может также выглядеть как некая суета, когда клиент не может сосредоточиться на чем-то одном.

Также дефлексия может проявляться в прерывании своих чувств, «выскакивании» из эмоций. Когда клиент еще минуту назад плакал, а теперь уже закатывает глаза (удушая себя слезами) и пытается говорить на любую отвлеченную тему, но только не ту, которая вызывает сильные переживания. Терапевту стоит и нужно обращать внимание клиента на такие моменты. Например, в одной из сессий созависимая клиентка поняла, что она очень боится расплакаться, потерять лицо, и быть при этом увиденной. Здесь мы подходим к еще одной важной теме в психотерапии созависимых — ***страхе потерять контроль над ситуацией***. «Будучи с детства неуверенными в себе, они испытывают отчаянную потребность контролировать людей и свои отношения с ними. Они маскируют свои усилия контролировать людей и ситуации желанием «быть полезной», - говорит Р.Норвуд в своей книге «Не будьте рабой любви» (8, с.18) Тема контроля неизбежно возникает и во время терапии. Рано или поздно такого рода клиент может, например, потребовать составления плана будущей терапии или попытается вернуть себе власть иным способом. «Посредством контроля над происходящим они пытаются создать для себя ощущение безопасности. Никаких потрясений, никаких сюрпризов, никаких чувств»(8, с.44)

Терапия созависимых является отражением их жизни, потому как там они тоже переключаются с одного дела на другое, нередко, не завершая дела, двигаются от одного к другому. Например, ищут клиники для алкоголиков и наркоманов для того, чтобы снизить уровень своей тревоги, но не всегда внутри они готовы помогать, реально меняя свое поведение. И не всегда готовы принять его трезвым. Это очень похоже на описание работы с больными шизофренией. «Если такого пациента «вести в здравый ум», пользуясь выражением Бейтсона, мать часто сходит с ума. Он выписывается из госпиталя, а мать попадает туда. Такие пациенты доказывают, что

для безумия нужны два человека. Лучше он сойдет с ума сам, чем позволит сойти с ума матери» (3, с.62)

И, пожалуй, главный вопрос в работе терапевта: что же вызывает такое, казалось бы, непереживаемое напряжение? Ответ будет почти всегда одинаковым. И если мы говорим о клиентах с созависимым типом реакций, то основным страхом здесь является **страх отвержения**. Вот почему хочется любыми способами вступить в прочный и монолитный союз-слияние. В случае контрзависимости, основной бессознательной задачей человека является задача несближения, т.е. страх приближения, который является также и страхом отвержения. «Я боюсь доверять», - говорят такие клиенты, «ведь меня столько раз предавали мои близкие». Но и так, как живет сейчас, он, клиент тоже жить больше не может, потому что в его изоляции нет близости и тепла, необходимых для полноценного функционирования.

**Стратегии работы терапевта:** Не давать клиенту возможность «убегать» от напряжения. Если происходит работа с проекцией, например, рисунком, тогда в работе необходимо концентрироваться только на этом, не давая клиенту возможность «забалтывать» свои чувства. То есть, возвращать клиента к работе с таким трудным для него «здесь и сейчас». Поскольку созависимым свойственно убегать в «там и тогда», связанное с будущим или прошлым, и тем самым неосознанно усиливать свою тревогу.

### Интроекция

Для созависимых клиентов также характерен и следующий механизм прерывания контакта — интроекция. Поскольку обычно их действия продиктованы не тем, что они чувствуют, а интроецированными убеждениями. «Чтобы не быть плохой матерью, я должна...», — говорит такая клиентка и в очередной раз дает деньги на дозу сыну-наркоману. «Ведь он же пойдет воровать, и его посадят в тюрьму». И, конечно, для семьи, где «все держат секрет семьи, поддерживают фасад псевдоблагополучия, это будет «непереносимая» ситуация стыда. «Поскольку они же «хорошая» семья, и у них не может быть таких детей» (7, с.127). При этом, как правило, созависимые могут и не разделять этих убеждений, но и не меняют своего поведения.

Для семей больных зависимостью, т.е. тех, где существует проблема созависимости, характерны твердые, «зацементированные», **неизменяемые правила**. «Не выносить сор из избы», - то есть не говорить о проблемах семьи посторонним. «За радость придется расплатиться печалью», — установка, которая мешает проявлению беззаботной радости. «Никого не интересуют чужие проблемы». И еще многие другие «проглоченные» установки. Приветствуется деление на плохое и хорошее всего того, что окружает человека. На практике в речи таких клиентов много фраз, начинающихся со слов «я должен, я должна, мне нужно». «Я не могу опустить проблему своего сына», - говорит мать наркомана, — «потому, что тогда получается, что я его брошу, а я должна его спасти».

У родственников зависимых обычно очень много интроективных установок относительно своей родительской роли. «Каждая мать.../ мы, матери.../ребенок — это продолжение матери...». И, как правило, за этими фразами нет ничего — ни реальных убеждений, ни чувств, ни желаний. Желания где-то на периферии, о них даже не идет речь, на них нет права. Нет права свободно выбирать и поступать так, как хочется. «Избегается переживание желания», - так говорит об этом Е.Косырева в своей лекции «Зависимость: феноменологии, динамика и терапия» (устное сообщение).

**Запрет на выражение чувств**, усвоенный в родительской семье, служит верным помощником для интроектора. За неумением осознавать свои чувства лежит и неспособность чувствовать свои потребности. «Нейтрализуя собственные чувства, человек избегает агрессии, необходимой для изменения того, что существует. Он ведет себя так, будто все существующее незыблемо, и он должен принимать все как есть и ничего не менять. При интроекции человек пассивно принимает то, что предлагает среда. Он прилагает мало усилий к тому, чтобы определить свои потребности и желания» (10, с.67)

**Стратегии работы терапевта:** Первая задача по устранению интроекции состоит в том, чтобы создать у человека впечатление, что выбор возможен, и усилить различие между «я» и «ты». Например, сочинять предложения, которые начинаются со слов «Я думаю, что ...», а затем обратить внимание на то, какие из этих убеждений основаны на своем опыте, а какие переняты у других людей. В конечном итоге любой опыт, усиливающий чувство собственного

«Я» для таких клиентов,- это важный шаг на пути освобождения от интроекции. Ну и, конечно, само проговаривание, осознание интроектов и есть работа с ними. «Работа с интроекцией состоит в том, чтобы научиться не «проглатывать», а «жевать» — в прямом и переносном смысле». (10, с.68) «Любая интроекция, полная или частичная, должна пройти через мельницу перетирающих моляров, чтобы не стать или не остаться инородным телом — мешающим изолированным фактором внутри нашего организма». (9, с.173)

### **Ретрофлексия**

Итак, тема виновности звучит на первых этапах работы с созависимыми, как в индивидуальной, так и в групповой терапии. «Виновата за то, что отец ребенка не жил с нами и у сына не было отца»,- говорит клиентка, сын которой употребляет наркотики уже порядка десяти лет. «Я окажусь предателем, я не могу уйти от своего друга-алкоголика»,- делится еще одна проходящая терапию клиентка, «Я не смогу жить с этой виной на душе, потому что окажется, что я его предала»,- продолжает она. Жизнь с человеком, который ежедневно разрушает себя, употребляя химические вещества, наполнена огромным чувством раздражения и злости. Но эти чувства обычно направлены к кому угодно — к правительству, наркодиллерам, милиции, — только не к их истинному адресату.

Созависимые отлично умеют сдерживать свои негативные эмоции, оставляя себе только приемлемые и разрешенные, а именно вину и обиду. Эта связка на много лет замораживает возможность честного, настоящего общения в семье алкоголиков и наркоманов. Тотальный страх отвержения и покинутости, страх быть брошенной и остаться в одиночестве заставляет созависимых мириться с порой невыносимым для их жизни существованием. Ощущение вины и/или обиды (невысказанное требование) цементирует это слияние. Родственники живут в ощущении, что права требовать давно уже нет.

*Рассмотрим тему вины как ретрофлексированной агрессии.* Нередко в таких семьях у ее созависимых членов могут возникать мысли о самоубийстве, как своеобразный способ ретрофлексировать свой гнев, не направляя его вовне, а оставляя его себе. Такого рода клиентам очень сложно выразить свою злость в силу разнообразных интроецированных установок. Например, если заявить

о своем недовольстве больному, то обязательно «обстановка в семье станет хуже, чем сейчас...», хотя обычно хуже уже некуда. Или остановка энергии злости происходит с помощью проективного мифического «нельзя, а то он обидится и покончит с собой». В созависимых семьях вообще «любят» догадываться за другого, что он чувствует или думает. Это становится хорошо заметно, когда созависимый клиент в группе начинает отвечать за другого участника, пользуясь минутной паузой, - «она думает...», «она хочет...», - смело, проецируя свои желания. Это удобный способ не вступать в настоящий, подлинный контакт с окружающим миром и поддерживать в себе иллюзорную установку «я контролирую ситуацию». При этом ретрофлексированные гнев, злость, страх, бессилие и отчаяние неминуемо уходят в телесный план. Такие клиенты обычно совершенно не чувствуют свое тело, но оно напоминает о себе всевозможными психосоматическими заболеваниями. Астма, радикулит, головные боли, гипертония, суставные боли — таков краткий перечень заболеваний, свойственных созависимым.

Помимо огромного количества вины для созависимых клиентов также характерно болезненное проживание такого чувства как стыд. Стыд влияет на созависимых несколькими способами. Для них характерна безрадостность, неспособность спонтанно веселиться. «Дети или взрослые, которых заметным образом затрагивают отношения с алкоголиком, часто перенимают его стыд. Стыд взаимно должен быть возвращен владельцу, чтобы человек мог увидеть свою жизнь в перспективе. Возврат стыда — это способ начать построение более прочных и определенных границ». (11, с.20)

**Стратегии работы терапевта:** Нередко у терапевта может возникать чувство вины как реакция на склонных к обидчивости созависимых клиентов. Эти проявления терапевта могут служить некоторым маяком, говорящим о слиянии с клиентом, о невозможности отодвинуться. Работа с телесными проявлениями (внимательное отношение к собственному телу, возвращение телесной чувствительности) также является очень важной. Как правило, ретрофлексированные чувства предназначены кому-то из близких. Поэтому в работе разворачивание ретрофлексии, приводит к осознанию, к кому на самом деле обращены чувства клиента.

Не менее важной является в работе и тема стыда. Поскольку в обществе такие болезни как алкоголизм и наркомания являются

«стыдными». «Безусловно, не весь стыд созависимого — заимствованный. Он может нуждаться в работе с собственными сущностными проблемами отчаяния, отсутствия собственной ценности и унижения. Но полезно помочь отделить эти критические проблемы от негативных чувств на свой счет, порожденных другим человеком». (11, с.120)

### **Проекция**

Для начала рассмотрим этот механизм как способ отчуждения какой то части себя. Нередко такие клиенты проявляют удивительную настойчивость в «проращении» к какой—то одной из своих полярностей. Например, в своем однообразии в отношениях с зависимым, который требует деньги на очередную дозу. «Я не могу ему отказать, я очень мягкий человек»,- говорит большая часть матерей наркоманов. То есть фактически она дает ему умереть, лишь бы только остаться в собственных глазах доброй и любящей матерью или женой. Или, наоборот, происходит застревание в жесткости, граничащей с жестокостью, и тогда бывает очень сложно учиться доверять, проявлять любовь и заботу к тому, кто еще недавно был самым главным врагом — зависимому, который встал на путь выздоровления. «Человек прибегает к проекции, когда не может принять свои чувства и поступки, потому, что не «должен» чувствовать или поступать так. Это «не должен» является, конечно, интроекцией, которая вызывает у человека глубинное неприятие этих чувств и поступков». (10, с.69)

Внутри у созависимых очень много страха отвержения. Независимо от того, каков предмет их зависимости (человек имеющий проблемы с алкоголем, или с проблемами веса), созависимый ощущает себя ущербным, не таким как все. И поэтому он **стремится отвергнуть других, прежде чем они смогут это сделать**. Именно поэтому любая семья с наличием нелицеприятной проблемы рано или поздно изолируется от своего привычного окружения. Друзей перестают приглашать в гости, им не звонят потому, что нечем хвалиться, и к ним не приезжают все по той же причине. «Контакт начинается осуществляться на основе собственных проекций, а не опыта. Естественным следующим шагом становится ретрофлексивное сдерживание негативных чувств, возникающее в ответ на собственные проекции». (12)



Клиенты используют проекцию или отвержение из-за своей неспособности выдержать тот уровень напряжения, который необходим для развития цикла контакта. «Что вы можете понимать в моей проблеме, у вас же нет сына наркомана», — обращение к терапевту. Созависимый клиент амбивалентен по своей сути: с одной стороны, он и хочет улучшить свою жизнь, а с другой, он ужасно боится изменений.

**Страх будущего** является одной из самых ярких характеристик созависимых. В будущее проецируются самые тревожные ожидания. «Если я отстранюсь от него, тогда он умрет без моей поддержки».

Созависимый клиент **избегает своего бессилия** с помощью тотального контроля себя и своей жизни и жизни других, подпитывая тем самым ощущение своего всемогущества. С ним очень трудно расстаться, поскольку прощаться придется с образом, который клиент создавал, холил и лелеял многие годы. Для кого-то из клиентов это станет неразрешимой, невозможной задачей, такие люди, не сумевшие принять в себе «отторгнутое», как правило, преждевременно прекращают терапию. Для остальных осознание своего бессилия станет поворотным моментом для освобождения энергии.

Созависимые склонны порой обвинять в своих бедах кого угодно — правительство, местные власти и даже саму судьбу. Любимый вопрос порой — «За что мне это?». «Такие проекции вины дают преимущество временной передышки, но лишают личность Эго-функции контакта, идентификации и ответственности». (9, с.208)

### **Стратегии работы терапевта:**

Основная задача терапевта — помочь в ситуации поддержки присвоить свои проекции. «Психотерапевтическая техника работы с проекцией основана на предположении о том, что мы сами создаем свою жизнь и, восстанавливая свою причастность к ней, обретаем силу для изменений нашего мира». (10, с.70) И, конечно, овладение проективным «материалом» происходит только при искренней поддержке терапевта. «Любой человек, попавший в неловкую ситуацию, так или иначе ищет способ обрести над ней контроль. У членов неблагополучных семей эта естественная реакция становится гипертрофированной из-за слишком сильных страданий». (8, с.55) Цель терапевта — помочь пациенту в понимании динамики внутренней борьбы и выражении чувств, связанных с этой борьбой.

Терапевту важно понять, что созависимый тип реакции стал когда-то единственным способом адаптации для выживания в сложных условиях. Он и теперь, возможно, спустя много лет, мешает строить полноценные удовлетворяющие отношения с другими людьми, и получать радость от жизни в целом. Одна из задач терапии — помочь клиенту осознать свои пораженческие установки. Одним из поворотных моментов в терапии — когда клиент в рассказе про себя и свою жизнь с улыбкой говорит «это моя созависимость». И это значит, что он уже может рефлексировать свое поведение и порой с иронией смотреть на себя со стороны. Также он может полноценно, не пугаясь, проживать весь спектр чувств. Об этом говорит в своей работе по психотерапии инфарктов А.Лоуэн. «Мы должны осознать свой страх быть отвергнутыми, потенциальную боль, связанную с утратой любви. Мы должны также принять свое бессилие по отношению к различным случаям жизни: рождению, любви, болезням и смерти. К счастью, у нас есть методы против этого бессилия. Мы имеем способность к самоизлечению. Когда мы травмированы, мы можем плакать; когда нас предают, мы можем реагировать злостью. Эти реакции гарантируют нашу интеграцию, мы можем справляться с изменяющимися жизненными ситуациями». (1, с.22)

## Литература

1. А. Лоуэн Секс,любовь и сердце — М:2006
2. Джонсон В. «Я брошу завтра» — М:1999
3. К.Витакер Полуночные размышления семейного терапевта2006
4. Майер П., минирт Ф.,Хемфелт Р. Выбираем любовь (Борьба с созависимостью) — М:2007
5. М.Битти Алкоголик в семье, или преодоление созависимости — М: 1997.
6. М.Битти День за днем из созависимости Hazelden
7. Москаленко В. Зависимость семейная болезнь — М:2004
8. Норвуд Р. Не будьте рабой любви — М: 1999.
9. Перлз Ф.С. Эго, голод и агрессия — М: 2005
10. Польстер И.,Польстер М.ИнтегрированнаяГештальт-терапия:Контурь теории и практики — М: 2004
11. Роналд Т.Поттер-Эфрон Стыд, вина и алкоголизм — М: 2002
12. Т.Сидорова Зависимость — проявление личностной структуры, <http://www.dnovikov.nm.ru>

# Гештальт-терапия в работе с депрессивным расстройством<sup>33</sup>

*Мария Денисенко*

**Д**епрессия — одно из самых распространенных заболеваний. По данным разных исследований, депрессией страдают до 20% населения развитых стран. В среднем каждый пятый хотя бы раз в жизни перенес депрессивный эпизод. По данным ВОЗ к 2020 году депрессия будет являться второй по счету причиной наибольшего количества лет нетрудоспособности.

Распространенность депрессии в течение жизни имеет большую вариабельность от 3% в Японии до 16,9% в США, в большинстве стран она колеблется от 8% до 12%. Средний возраст начала заболевания от 20 до 30 лет.<sup>34</sup>

В Международной классификации болезней (МКБ-10) депрессивные расстройства находятся в разделе расстройства настроения (F3) и распределены по следующим диагностическим группам: Биполярное расстройство (F31), Депрессивный эпизод (F32), Рекуррентное депрессивное расстройство (F33), хроническое аффективное расстройство (дистимия и циклотимия).

Основной диагностической категорией депрессивного расстройства является «депрессивный эпизод». Существует два основных и как минимум два дополнительных критерия для диагностики депрессивного эпизода согласно МКБ10.

## **Критерии депрессивного эпизода по МКБ 10:**

### **Основные:**

1. Сниженное настроение
2. Утрата интересов и способности получать удовольствие

### **Дополнительные:**

1. Снижение способности к концентрации внимания
2. Сниженные самооценка и уверенность в себе
3. Идеи вины и самоуничужения
4. Мрачное, пессимистическое видение будущего
5. Идеи и действия самоповреждения или суицидальные
6. Нарушения сна

<sup>33</sup> Статья написана специально для настоящего сборника.

<sup>34</sup> Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств. Доклад рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных.

7. Сниженный аппетит
8. Суточные колебания настроения с преобладанием сниженного настроения в утренние часы

В зависимости от степени тяжести выделяют легкий (F32.0), средний (F32.1), и тяжелый (F32.2) депрессивные эпизоды. В свою очередь, при тяжелом депрессивном эпизоде учитывают отсутствие или наличие психотических признаков.

В случае двух и более депрессивных эпизодов применяется диагностическая группа рекуррентного депрессивного расстройства (F33.0); если депрессивный эпизод чередуется с маниакальными или гипоманиакальными эпизодами, то это группа биполярного расстройства (F31).

В отечественной психиатрии было принято различать эндогенную и реактивную депрессию. **Под эндогенной депрессией** понималось состояние, возникающее без явной на то причины и характеризующееся стойким снижением настроения, психомоторной, идеаторной заторможенностью, суточными колебаниями настроения и «витальной тоской»<sup>35</sup>. Предполагалось, что в основе эндогенной депрессии лежат чисто биологические (генетические) факторы. **Реактивная (психогенная) депрессия** — расстройство, развившееся в результате действия психической травмы.

В свою очередь **Д.Франчесетти** предлагает **следующую классификацию депрессивных расстройств** в зависимости от причин их вызвавших<sup>36</sup>:

1. Горевание — состояние, вызванное переживанием горя и/или потери.
2. Реактивная депрессия — состояние, вызванное какими-то внешними событиями.
3. Меланхолическая депрессия (эндогенная, психотическая) — состояние, причина которого неизвестна, т.е. нет четкой связи между какими-либо событиями в жизни пациента и его состоянием. Меланхолическая депрессия всегда характеризуется наличием витальной тоски (тяжесть в теле, боль, давление в грудной клетке, состояние ухудшается утром, к вечеру человек чувствует лучше) и деперсонализацией.

35 Морозов Г.В. Руководство по психиатрии в 2-х томах. Том 1.

36 Francesetti G., Gecele M., Roubal J. (edited by) Gestalt Therapy in clinical practice. From psychopathology to the aesthetics of contact. FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. 2013.

4. Депрессия у разных типов личности.
5. Депрессия из-за органических причин (гормоны, химиопрепараты, нейролептики, контрацептивы).

**Похожая модель предложена А. Лэнгле.**<sup>37</sup> Он выделяет непсихотические (реактивные и психогенные) депрессии, ведущую роль в возникновении которых играют психологические факторы и эндогенные депрессии.

**Непсихотичесикие депрессии:**

- 1.1. Реактивная депрессия развивается в связи с утратой (смерть родителей, расставание, болезнь)
- 1.2. Психогенная депрессия развивается в результате травмы в отношениях, отвержения, насилия.

**Эндогенная депрессия** (психотическая депрессия, меланхолия) — психологические факторы играют роль предрасполагающих, формообразующих и удерживающих патологию условий.

Профессор Краснов В.Н. говорит о **трех клинических уровнях депрессии** (невротическом, витальном и психотическом), указывая на то, что феноменологические признаки эндогенной депрессии (витальной, психотической) указывают лишь на глубину и тяжесть состояния, а не на сугубо биологическое происхождение одного вида депрессии в отличие от другого.<sup>38</sup>

Учитывая, что психогенная (реактивная) и эндогенная (психотическая) депрессии упоминаются в большинстве приведенных выше классификаций, мне бы хотелось обратить внимание на отличия одного вида депрессии от другой. К маркерам эндогенности относят: идеомоторную заторможенность, суточные колебания настроения с преимущественно плохим настроением в первой половине дня, чувство тяжести за грудиной (витальная тоска). Психогенная депрессия не должна иметь вышеописанных признаков и должна быть непосредственно связанной с психотравмирующей ситуацией. Однако на практике нам зачастую сложно установить такие четкие границы. Часто пациенты не имеют видимой причины депрессии, но и признаков эндогенности у них нет; их беспокоят

---

37 Лэнгле А. Дотянуться до жизни. Экзистенциальный анализ депрессии. М.:Генезис, 2010.

38 Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011.

сниженный фон настроения, отсутствие чувства радости, вялость, подавленность, плохой сон. То есть, согласно МКБ-10, данное состояние соответствует критериям депрессивного эпизода. Но какая это депрессия — эндогенная или психогенная? Другой вариант: обращается человек с жалобами на сниженный фон настроения, давящее чувство за грудиной, внешне очень медлительный, говорит с длительными паузами. Возникло данное состояние после того, как он был уволен. Налицо признаки эндогенной депрессии, но связь с внешними событиями очевидна. Или, например, одна из моих пациенток живет с дочерью, ее двухлетним сыном и своим сыном-инвалидом в однокомнатной квартире. Жалуется на вялость, плохое настроение, отсутствие сил, имеют место суточные колебания настроения. В ходе беседы также выясняется, что она часто спит на кухне на полу, так как ей мешают маленький внук или сын, у которого бывает бессонница. Можно ли считать данные обстоятельства жизни внешними причинами, спровоцировавшими депрессию? Мне кажется, да. Но и признаки эндогенной депрессии есть.

На мой взгляд, отсутствие явных четких границ между этими видами депрессии больше указывает на то, что ее (границы) в принципе-то и нет. Иначе говоря, есть депрессии, в возникновении которых большую роль играют внешние факторы, а есть такие, в которых они уже не так очевидны, и мы видим больше эндогенных маркеров. Я бы хотела рассмотреть различные варианты депрессии как стадии одного процесса и представить это в виде континуума, который начинается с нормальной реакции горя (горевания), затем переходит в реактивную депрессию и заканчивается эндогенной депрессией с психотическими включениями.

Здесь же мне хочется сослаться на работу С. Серова «Отношение к симптому и критерии терапии»<sup>39</sup> (см. настоящий сборник), где автор пишет о трех типах болезненных реакций: воспаление (или расстройство адаптации); разрастание (невротические механизмы защиты) и изъязвление (психотические нарушения, распад личности), которые могут быть и стадиями одного процесса соответственно. И хотя автор пишет о развитии психосоматических заболеваний, на мой взгляд, вполне справедливо говорить о том, что данный механизм присущ и психическим расстройствам.

39 Серов С.В. Отношение к симптому и критерии терапии. — Гештальт гештальтов, 2007, с.114-128.

**Реакция горя** — это нормальная реакция психики на потерю. Это состояние не относится к депрессивным и является неизбежным составляющим нашей жизни. Горевание это очень эмоциональный процесс, много слез, боли, гнева, обиды, вины. Оплакивание потери в течение года считается нормой. Согласно вышеприведенной классификации нормальная реакция горя соответствует стадии воспаления. Феноменологически депрессия и реакция горя могут быть похожи — чувство одиночества, ощущение пустоты, тоска, грусть, слезы, слабость, усталость, дефицит внимания. Однако Фрейд обнаружил важное различие между этими двумя состояниями: при обычных реакциях горя внешний мир переживается как уменьшившийся каким-либо важным образом (потеря значимой личности), в то время как при депрессивных состояниях то, что переживается как потерянное или разрушенное, является частью самого себя. Следовательно, в некотором смысле депрессия противоположна переживанию горя. Люди, которые проходят процесс переживания горя нормальным образом, не становятся депрессивными.<sup>40</sup>

Если у человека нет ресурса пережить горе, то его состояние постепенно ухудшается, симптомы депрессии все больше начинают проявляться и в этом случае клинически мы будем иметь уже **реактивную депрессию**, когда энергии становится мало (нет радости, нет сил, нет желания). Это состояние будет соответствовать стадии разрастания по С.Серову, когда активно включаются невротические механизмы.

В дальнейшем, если для адаптации индивида невротических механизмов становится недостаточно, то состояние человека ухудшается, усиливаются депрессивные симптомы, появляются маркеры эндогенизации и клинически мы наблюдаем **эндогенную депрессию**. Это процесс соответствует стадии распада или разрушения. На пике тяжести данного состояния мы можем наблюдать человека, который лежит, не ест, не разговаривает, не проявляет никакого интереса к внешнему миру. В этом состоянии даже нет сил жаловаться, в отличие от реактивной депрессии.

Для иллюстрации вышеописанной динамики мне бы хотелось рассказать об одной своей пациентке, которая обратилась в дневной стационар психиатрической больницы с жалобами на плакси-

---

40 Н.Мак-Вильямс Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Независимая фирма «Класс», 2007.

вость, плохое настроение, снижение работоспособности, плохой сон. В дальнейшем стало известно, что год назад в автокатастрофе у нее погиб единственный сын. Конечно, ее переживания в самом начале были гораздо ярче, чем в момент обращения за помощью. Она постоянно плакала, не могла есть какое-то время, с трудом работала (острое состояние). Постепенно симптомы стали менее яркими — она начала есть, стала меньше плакать («получалось лучше сдерживаться»), на работе «получалось отвлекаться». Однако настроение оставалось сниженным, количество социальных контактов стало минимальным, приходя домой, она плакала. Сохранила сотовый телефон сына и периодически звонила с него на свой номер, чтобы увидеть его имя на экране и услышать мелодию его звонка. Постепенно стала замечать, что не может заснуть, появилась тревога, беспокойство, ухудшилась работоспособность. Существенное ухудшение состояния почувствовала после недели, что и заставило обратиться за помощью. В данном случае мы видим, как нормальная реакция горя переходит в реактивную депрессию, чему способствует ее неспособность «отпустить».

Таким образом, обобщая вышесказанное, я предлагаю модель, которая позволяет рассмотреть депрессивные состояния от нормальной реакции горя до психотической депрессии в одном континууме, как стадии одного процесса, где нормальная реакция горя может переходить в невротическую, а затем и в психотическую.

## Этиопатогенез

Логично предположить, что если нормальная реакция горя, реактивная депрессия и эндогенная депрессия являются стадиями одного процесса, то тогда и объединены эти варианты депрессии единым этиопатогенезом.

С точки зрения **психодинамического подхода**, важнейшим источником склонности к депрессии является переживание преждевременной травмы. Депрессивные индивиды рассматриваются как люди, пережившие слишком раннее или внезапное отнятие от груди или другую раннюю фрустрацию, которая превзошла их способности к адаптации.<sup>41</sup>

---

41 Н.Мак-Вильямс Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Независимая фирма «Класс», 2007.



С точки зрения **гештальт-терапии**, депрессия развивается в результате фрустрированной потребности в привязанности<sup>42</sup>. «Это может быть в результате сенсорной депривации (реальном ограничении внешних стимулов для индивида) в раннем детстве из-за потери объекта привязанности (смерть матери) или из-за того, что мать по каким-то другим причинам (сама страдает депрессией или другим психическим расстройством) отказывается эмоционально заботиться о ребенке раньше, чем ребенок готов стать самостоятельным. Различные потери во взрослом состоянии, вызвавшие фрустрацию потребности в привязанности, также могут быть причинами развития депрессии. Более того, депрессия не обязательно развивается в прямой связи с утратой объекта привязанности как такового. Существуют важные потребности (потребность в безопасности, любви и близости, статусе, саморазвитии и творчестве, смысле существования), реализация которых в большей или меньшей степени обеспечивается утраченным объектом привязанности».<sup>43</sup>

**А. Лэнгле (доктор медицины и философии, экзистенциальный психотерапевт)** пишет, что истоком депрессии является дефицит или утрата ценности жизни, которые возникают, когда человек отказывается от контакта с Бытием-здесь, потому что связь причиняет слишком сильную боль или потому что отношения ускользают от него и их уже невозможно удержать. (Похоже на то, о чем говорилось выше, — потеря и невозможность ее пережить). Это приводит к ослаблению отношений с жизнью, отказу от эмоционального проживания жизни в целом и отношений в частности. Последствием этого становится то, что жизнь не приходит в движение по-настоящему. Человек не чувствует жизнь или же чувствует ее недостаточно. Бытие все больше начинает ощущаться как плохое, желание оставаться с ним в отношениях уменьшается. Возникает мучительное состояние, которое делает дефицит ценностей перманентным и значимым для экзистенции. Чтобы как-то справиться с этим состоянием, человек формирует определенное защитное поведение: жесткое следование нормам, желаниям и всякого рода за-

---

42 Булюбаш И.Д., Филиппенко В. Депрессия: взгляд гештальт-терапевта. Журнал практического психолога. Евро-Азиатский вестник гештальт-терапии, 2005

43 Булюбаш И.Д., Филиппенко В. Депрессия: взгляд гештальт-терапевта. Журнал практического психолога. Евро-Азиатский вестник гештальт-терапии, 2005

данностям; сравнение себя с другими; поведение отступления или трудности в ограничении себя (сказать «нет», попрощаться, не чувствовать себя обязанным, не брать на себя вину). Такое поведение приносит определенную разгрузку, но поскольку этот механизм не затрагивает причин, корня страдания, то вместо того, чтобы привести к успеху, он лишь фиксирует защитный способ поведения и усиливает депрессию.<sup>44</sup>

Таким образом, в приведенных выше подходах организация депрессивного опыта происходит вокруг переживания потери, точнее, ее (потери) непереживания. Можно предположить, что индивид, столкнувшись с утратой той или иной потребности (или значимого объекта) в детстве или уже в более позднем возрасте имеет две возможности. Первая возможность — если среда будет достаточно поддерживающей и у индивида будет достаточно внутренних ресурсов этим воспользоваться, то он переживет данную потерю в виде **нормальной реакции горя**. Вторая возможность — когда проживание печали невозможно вследствие отсутствия «опоры на фон в результате недостатка поддержки в окружающей среде» или по причине запрета на печаль и страх по поводу переживания печали в семье.<sup>45</sup> В этом случае для адаптации к этому состоянию включаются различные невротические механизмы, что соответствует стадии разрастания (по С.Серову) или **реактивной депрессии**. При реактивной депрессии, пишет А.Лэнгле, утраты остаются непроработанными, и человек остается эмоционально голодным. Он обижается на жизнь. «Жизнь могла бы быть хорошей, но она плохо ко мне относится». Ребенок выходит из переживаний травматической или преждевременной потери, идеализируя потерянный объект и вбирая все негативные аффекты в ощущение собственного «Я». Люди в депрессивном состоянии направляют большую часть своего негативного аффекта не на другого, а на самого себя, ненавидя себя вне всякого соотнесения со своими актуальными недостатками.<sup>46</sup> С точки зрения гештальт-терапии контакт с жизнью прерывается с помощью ретрофлексии. На практике в этот момент мы имеем дело

44 Лэнгле А. Дотянуться до жизни. Экзистенциальный анализ депрессии. М.:Генезис, 2010.

45 Булюбаш И.Д., Филиппенко В. Депрессия: взгляд гештальт-терапевта. Журнал практического психолога. Евро-Азиатский вестник гештальт-терапии, 2005

46 Н.Мак-Вильямс Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Независимая фирма «Класс», 2007.

с клинически очерченной депрессией. Однако далее на фоне медикаментозного и/или иного лечения, или иногда самопроизвольно (за счет изменения фона жизни), индивид вроде бы начинает выздоравливать (уходит депрессивная симптоматика, «становится легче», возникает ремиссия). Однако если в этот момент индивид пытается заполнить имеющуюся пустоту привычными способами, какие имел до возникновения депрессивной симптоматики (которые и привели его к депрессии), то после некоторого облегчения опять наступает депрессия. И так по кругу. Такое видение депрессии объясняет недостаточную эффективность медикаментозной терапии и повторное возникновение депрессии. Быстрое исчезновение большинства симптомов депрессии на фоне чаще всего медикаментозного лечения не решают проблему в привязанности и контакте с жизнью, и поэтому через какое-то время вновь возникает депрессия.

Этот цикл хорошо описан у А. Лэнгле. Он называет его «депрессивный заколдованный круг» — утрата ценности жизни и отношений с жизнью — ответные реакции (определенное защитное поведение: жесткое следование нормам, желаниям и всякого рода заданностям; сравнение себя с другими и т.д.) — ничего не происходит (вышеописанное поведение не приводит к удовлетворению потребности) — беспомощность, паралич — утрата отношений с жизнью ... и т.д. В МКБ-10 такая цикличность называется рекуррентное депрессивное расстройство (F33). Улучшение, которое возникает между депрессиями, в медицине называется ремиссия. С точки зрения психотерапии ремиссию нельзя назвать выздоровлением. Мне кажется, индивид в период ремиссии опирается на свои интроекции и проекции о том, как ему надо жить, чтобы быть счастливым и любимым, то есть, он продолжает жить в иллюзии. Например, как говорил один из моих клиентов: «Если я исправлю свои недостатки, стану уверенным в себе, буду брать на себя ответственность, то моя жена вернется ко мне», или «Если у меня будет больше денег, то я смогу ближе общаться с определенным кругом своих знакомых». Другая моя клиентка считала, что если она будет хорошо выглядеть, то люди будут ее уважать и она сразу же станет увереннее в себе. Такое взаимодействие с миром позволяет «напитаться» энергией этих иллюзий на некоторое время, а затем опять происходит столкновение с реальностью (несмотря на мои усилия,

жена не возвращается, друзья не появляются, уверенности не прибавляется). Иллюзии разбиваются, и индивид вновь погружается в депрессию (клинически видимую, т.к. с точки зрения психотерапии он из нее и не выходил).

Постепенно, в то время как человек находится во власти этого цикла и не получает истинного удовлетворения своих потребностей, эмоциональный голод усиливается. Чтобы защититься от этой боли, индивид должен снизить степень своей чувствительности. И если при психосоматике такой механизм возможен благодаря мышечному напряжению, то при эмоциональной боли (пустоте, голоде) индивид просто прерывает контакт с самим собой. Усиливается степень его ретрофлексии. «Боль потери или отсутствия привязанности настолько невыносима, что индивидуум десензитизирует себя, опустошая сенсорный фон. Он не переживает утрату как таковую, не отпускает и не прощается с тем, что составляло для него особую ценность (привязанность к близкому, к ценностям, вере, домашнему очагу и т.п.)». <sup>47</sup> Клинически мы видим, как ухудшается состояние человека, появляются признаки эндогенной депрессии, медикаментозной резистентности. На пике такого состояния может возникнуть психотическое состояние.

Здесь мне бы хотелось рассказать об одной пациентке, назовем ее Людмила, которая, к сожалению, не проходила психотерапию, но которую я имела возможность наблюдать, будучи сотрудником дневного стационара психиатрической больницы. Людмила, женщина предпенсионного возраста, поступила с жалобами депрессивного характера вскоре после смерти мужа. Детей у них не было. Отношения с мужем были очень близкие, муж при жизни очень заботился о пациентке, решал все возникающие бытовые проблемы, обеспечивал ее материально. При таких отношениях (или при таком уровне слияния) вероятность того, что Людмила справится с переживанием утраты своими силами была очень мала; она потеряла не только мужа, у нее отняли опору, смысл существования. Таким образом, в начале лечения ее состояние оценивалось как реактивная депрессия. В начале терапии (антидепрессанты) ее состояние улучшилось, у нее выровнялось настроение, уменьшилась тревога, появилась достаточная активность в повседневных делах. Однако

---

<sup>47</sup> Булюбаш И.Д., Филиппенко В. Депрессия: взгляд гештальт-терапевта. Журнал практического психолога. Евро-Азиатский вестник гештальт-терапии, 2005

вскоре после выписки она вновь поступила с такой же тревожно-депрессивной симптоматикой. Так повторялось несколько раз, постепенно мы стали замечать, что Людмила формирует очень тесные отношения с сотрудниками в частности и с дневным стационаром в целом. К своему лечащему врачу она буквально прилипла, приходила на прием каждый день (режим посещения этого не требовал), мыла полы в отделении по собственной инициативе (этого никто не просил), общалась с другими пациентами дневного стационара. В какой-то момент в ее состоянии в самом деле обнаруживались улучшения, но стоило наступить праздникам (по праздникам дневной стационар не работает) или наступала выписка, как ее состояние резко ухудшалось. Такие циклы в состоянии длились примерно 2-3 года. Каждый раз становилось все сложнее подбирать ей лечение, требовались сложные медикаментозные схемы, депрессивные периоды удлинялись, ремиссии становились менее отчетливыми. Затем она перестала поступать в дневной стационар, и как-то раз я (уже через года два после описанных событий) госпитализировала Людмилу во время своего дежурства в круглосуточный стационар. Она производила впечатление очень больного человека, она не могла жить одна, она не следила за собой, ее мало интересовал окружающий мир. Людмиле было сложно со мной говорить, хотя она меня вспомнила, она даже не могла сказать, что ее беспокоит, было «просто плохо». Ее диагноз «реактивной депрессии» был давно изменен на «эндогенный».

*Таким образом, этиопатогенез депрессии выглядит следующим образом: **потеря** нормальная реакция горя **невозможность прожить потерю** нарушение контакта с миром **реактивная депрессия** усиление нарушения контакта с миром и нарушение контакта с самим собой **эндогенная депрессия**.*

### Цикличность процесса

Описанную выше циклическую закономерность в протекании депрессии в упрощенном варианте можно представить следующим образом:... депрессия — улучшение (ремиссия или «выздоровление») — депрессия — улучшение (ремиссия или «выздоровление») — ... и т.д. Со временем депрессивные периоды удлиняются, ремиссия становится все менее устойчивой, медикаментозная терапия теряет свою эффективность, состояние ухудшается. Немного другой,

но во многом похожий цикл описывает А. Лоуэн «...мы склонны упускать из виду тот факт, что она (депрессивная реакция) является частью цикла, в котором движение вверх сменяется движением вниз. В большинстве случаев депрессивной реакции предшествует период экзальтации, спад которой погружает человека в депрессию». В этом случае упрощенная схема будет выглядеть следующим образом: — экзальтация или гипомания (мания) — депрессия (субдепрессия) — экзальтация или гипомания (мания) — депрессия (субдепрессия) —... и т.д. Цикличность данного процесса в МКБ-10 представлена в виде биполярного аффективного расстройства F31, которое протекает чередованием мании (гипомании) с депрессией (субдепрессией).

Таким образом у нас есть два цикла: «...депрессия — ремиссия — депрессия...» и «...мания-депрессия-мания...». Несмотря на видимое различие между маниакальным подъемом и ремиссией (эутимия), мне кажется, что с точки зрения психопатогенеза эти состояния очень похожи. А. Лоуэн пишет, что периоды экзальтации (гипомании/мании) это «подъем настроения, вызванный необоснованной уверенностью в том, что на этот раз все будет иначе»<sup>48</sup>. Он рассматривает эти периоды как «погоню за нереалистичными целями...» А.Лэнгле, в свою очередь, описывает периоды между депрессиями, в которых человек «жестко следует нормам, всякого рода заданностям, сравнивает себя с другими». А с точки зрения гештальт-терапии и там, и там контакт с жизнью прерывается теми же привычными способами (интроекциями и проекциями), но в этой новой попытке индивид пытается, как бы вновь себя ими зарядить или накормить. Это дает ему надежду на какое-то время, заряд энергии, некоторый эмоциональный кредит. Этот период часто может сопровождаться подъемом настроения и повышенной активностью. А. Лоуэн пишет, что «в состоянии депрессии эго человека привязано к ослабленному телу...оно стремится освободиться и, когда это происходит, торжествуя взмывает вверх, словно воздушный шарик...».

И если допустить, что «подъем» может иметь совершенно разную степень выраженности и оценивать его не только по уровню энергии, но и по наличию определенных когнитивных реакций (установок, верований, убеждений), то различия между экзальта-

<sup>48</sup> Лоуэн А. Депрессия и тело. «Психотерапия» Москва 2010. Стр 38.

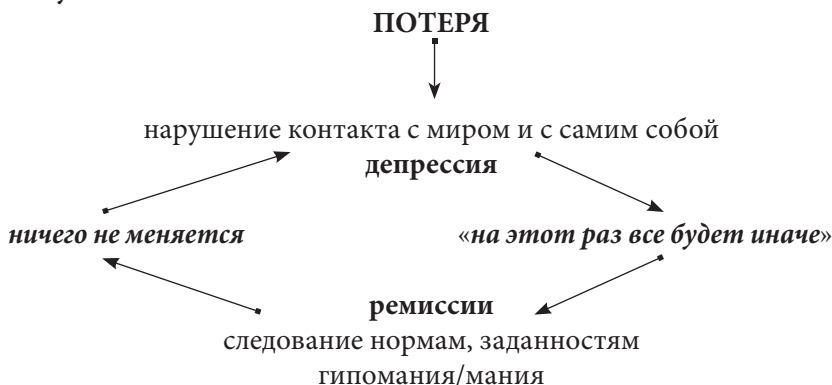
цией по А.Лоуэну, и периодами между депрессиями по А.Лэнгле, и ремиссиями по МКБ-10 стираются.

Здесь мне хочется рассказать об одной своей пациентке, которая проходила долгосрочную психотерапию в связи с рекуррентным депрессивным расстройством. В течение последних нескольких лет ее ежегодно стали беспокоить депрессивные эпизоды, обычно в конце осени. Она принимала антидепрессанты только в наиболее тяжелые моменты депрессии. В течение последнего года я имела возможность наблюдать ее в депрессии, затем в момент выхода из этого состояния и, примерно через год, в начале ее погружения в новый депрессивный эпизод. Интересно, что между депрессивными эпизодами она не была в гипомании. Но сразу же после уменьшения выраженности депрессивной симптоматики она стала наращивать свою привычную повседневную активность (которая в целом выше, чем у многих людей): каждые выходные они с мужем обязательно куда-нибудь ходили (кино, театр, встречи с друзьями), на праздничные дни она всегда уезжала с мужем в небольшие путешествия. Ей не хотелось сидеть дома, «казалось, что жизнь проходит мимо нее». У нее было ощущение, что у нее все хорошо, она съездила с мужем отдохнуть в отпуск. Они купили новую квартиру, стали планировать ремонт. Но, что самое главное, она продолжала выстраивать свой контакт с миром больше интроективно и проективно, оставаясь в иллюзии, что «на этот раз все будет иначе». Например, она говорила: «Мне хочется ребенка, ведь в моем возрасте у всех есть дети». Она не могла обсудить отношения со своей подругой, так как боялась, что она обидится.

Вышенаписанным мне бы хотелось обозначить одно, на мой взгляд, очень важное предположение о том, что при депрессии (так же как и при мании, но последнее более очевидно) всегда есть другой полюс. Иногда он бывает более очевиден и тогда мы говорим в медицине о биполярном расстройстве. Когда он не очевиден, то есть нет состояния, которое бы соответствовало критериям гипомании (мании) по МКБ-10, мы ставим диагноз рекуррентной депрессии. Но с точки зрения психотерапии он есть всегда. Прочитую опять А.Лоуэна: «...Он (пациент) в действительности никогда не стоял на твердой почве. Яма, в которой он оказался, всегда была здесь, возможно, прикрытая ветками и листьями, но не настолько, чтобы быть прочным основанием для личности...Он пытался удержать

себя наверху с помощью своего эго или силы воли и падал в депрессию, когда эта иллюзорная поддержка рушилась...». В депрессивном состоянии «человек не хочет вступать в отношения с той действительностью, которая есть, старается сохранить самого себя, замыкаясь в себе, перестав обращаясь к холодному миру. В своей субъективной реальности депрессивный человек посредством своего депрессивного поведения в большей степени хранит верность жизни, чем если бы он пытался пренебречь депрессией и пойти навстречу миру»<sup>49</sup>. И если в каком-то смысле человек «пренебрегает собой», руководствуется «нереалистичными целями», опирается на жесткие установки, то он попадает в противоположный полюс. В зависимости от того, как интенсивно (насколько нереалистично) он подпитывает себя, мы видим разной степени подъем, вплоть до мании. Таким образом, *при аффективном расстройстве имеют место два состояния — одно депрессивное, которое характеризуется разрушением иллюзий, а другое — состояние эмоционального подъема, который характеризуется иллюзиями. Попадание в один полюс неизменно говорит о том, что существует другой.*

Рисунок 1



Так, моя пациентка, которая потеряла сына, на одной из наших встреч сообщила мне, что хочет найти мужчину с ребенком и связать с ним жизнь. И, с одной стороны, это очень хорошо, но если вспомнить, что она была в сильном слиянии со своим сыном, то ее

49 Лэнгле А. Дотянуться до жизни. Экзистенциальный анализ депрессии. М.:Генезис, 2010.



нынешняя цель может стать повторением того же сценария. Она, конечно, не в мании и даже не в гипомании с клинической точки зрения, но она в некоторой иллюзии, что «на этот раз все будет иначе».

### Динамика фигура — фон

В практической работе контакт с депрессивным человеком начинается с его жалоб на плохое настроение, отсутствие желания что-либо делать, тоску, апатию, отсутствие аппетита, плохой сон. Единственное, чего он может хотеть, — это возвращение в прежнее состояние. Мы четко видим сформировавшуюся фигуру потребности, которая поддерживается функцией личности. («Я хочу быть таким, как прежде»). При этом функция Ид остается заблокированной и не является опорной. Депрессивные пациенты часто говорят о том, что они хотят лежать, много спать, но ругают себя за это и сопротивляются своим желаниям.

Однако фон, который в норме должен поддерживать контакт, у депрессивного пациента не является опорой. Фон — это «источник повышенной опасности», в нем боль, ужас, горе. При депрессии восприятие фона резко ограничено за счет «ухудшения» работы всех органов, с помощью которых осуществляется контакт. Человек не может читать, запоминать и воспринимать большое количество информации на слух. Он жалуется на несобранность, невнимательность, отсутствие интереса, у него нет желания и сил с кем-либо общаться, его речь, мысли и движения замедлены. Если же пациент в какой-то мере сохраняет способность к восприятию фона, то эта способность становится основой для способности к его дифференциации.<sup>50</sup>

Таким образом, депрессивный пациент формирует фигуру потребности, опираясь на функцию Личность, которая, в свою очередь, поддерживается не фоном, а интроектами. Такое удовлетворение потребности в итоге приводит к еще большему истощению, так как необходимая для контакта энергия черпается из фона.

Постепенно граница становится непроницаемой (малопроницаемой) для внешних и внутренних стимулов, в то время как условия среды носят субъективно или объективно непереносимый характер. Следствием всего этого является анестезия — исчезнове-

---

50 Булюбаш И.Д., Филиппенко В. Депрессия: взгляд гештальт-терапевта. Журнал практического психолога. Евро-Азиатский вестник гештальт-терапии, 2005

ние ощущений и чувств. Эту анестезию можно рассматривать как блокаду функции Ид, результатом чего является утрата (ослабление) Эго-функции (функции выбора), а также ослабление или утрата функции Личность (потеря смысла). Огромная напряженность и ценность фрустрированной потребности может быть снижена пациентом за счет обесценивания себя, своей жизни и ее смысла.<sup>51</sup> Клинически такое состояния будет расцениваться как тяжелая депрессия.

## Механизмы прерывания контакта у депрессивных пациентов

### Ретрофлексия

При депрессии мы наблюдаем пассивную агрессию (ретрофлексированную агрессию). В ходе беседы с депрессивными пациентами всегда обнаруживается объект, в адрес которого высказываются завуалированные обвинения, раздражение, гнев. Говорится об этом обычно без эмоций, отстраненно, иногда подчеркнута равнодушно. «Мне все равно, что он ушел» или «я не злюсь, что я могу с этим поделаться». Вероятно, чем сильнее клинически выражены отрешенность и отгороженность, тем сильнее подавляемые эмоции и страх с ними встретиться.

Вместо подавляемой агрессии депрессивный пациент переживает вину<sup>52</sup>. Идеи виновности являются одним из диагностических критериев депрессивного эпизода. При психотическом уровне они могут развиваться до бредовых идей, когда пациент может думать, что виноват во всех несчастьях своих близких, что именно он заставляет их мучиться и т.д.

Депрессивный пациент не чувствует, что он чувствует, но при этом постоянно беспокоится о других. Многие пациенты на группе оживляются, становятся активнее и эмоциональнее, когда у них появляется возможность позаботиться о ком-то, при этом о своих переживаниях и проблемах они предпочитают не рассказывать. Часто они стараются сместить акцент со своей личности на другого участника, который, по их мнению, больше нуждается в помощи или «ему тяжелее». Такое взаимодействие создает иллюзию, что они

---

51 Булюбаш И.Д., Филиппенко В. Депрессия: взгляд гештальт-терапевта. Журнал практического психолога. Евро-Азиатский вестник гештальт-терапии, 2005

52 Ласая Е. Депрессия как потеря способностей. Журнал практического психолога. Евро-Азиатский вестник гештальттерапии 2009, №1

находятся в постоянном контакте с социумом, и не дает столкнуться с собственным одиночеством, проблемами и переживаниями. Так, одна участница группы постоянно помогала другим, причем не столько на группе, сколько за ее пределами: одной пациентке она посоветовала завести котенка, чтобы было менее одиноко, другому помогала в поисках работы, с третьей разговаривала вечерами по телефону. Однако при (казалось бы) наличии людей вокруг, она была тотально одинока. Она не рассказывала им ни на группе, ни за ее пределами о своих проблемах.

### **Интроекция**

Для депрессивных пациентов также очень характерен такой механизм прерывания контакта как интроекция. При интроекции человек пассивно принимает то, что предлагает среда. Он прилагает мало усилий к тому, чтобы определить свои потребности и желания.<sup>53</sup> Депрессивный пациент постоянно просит совета. «Что делать с тревогой?» «Как улучшить сон?», «Как поднять себе настроение?». При этом, как и следует ожидать, основная масса советов оказывается либо неэффективна, либо уже испробована и тоже неэффективна. Другое стремление таких пациентов — это поиск «волшебной таблетки», чтобы «проглотить и все прошло».

При интроекции к минимуму сводится различия между тем, что человек «заглатывает» целиком, и тем, чего он на самом деле хочет. Нейтрализуя собственные чувства, человек избегает агрессии, необходимой для изменения того, что существует.<sup>54</sup> Таким образом, интроекция способствует ретрофлексии агрессии. Более того, у пациентов присутствует огромное количество установок, запрещающих выражать агрессию. «Приличные люди так себя не ведут», «я не могу злиться, меня так не воспитывали», «показывать свою злость это плохо».

Из-за того, что у депрессивных пациентов заблокирована Ид-функция, они вынуждены компенсировать этот недостаток чувствительности социальными правилами и нормами — я не чувствую, я знаю, что я хороший отец и т.д. Таким образом, они опираются на функцию Личность и выбирают, куда двигаться и как развиваться

---

53 Польштер И., Польштер М. Интегрированная гештальт-терапия: Контуры теории и практики. М.: независимая фирма «Класс», 2004.

54 Польштер И., Польштер М. Интегрированная гештальт-терапия: Контуры теории и практики. М.: независимая фирма «Класс», 2004.

в жизни, опираясь на правила. Любая угроза их идентификации с положительным образом провоцирует ухудшение состояния. Описанное полностью объясняет представление депрессивных пациентов о том, какие они должны быть и как должны себя вести. Обычно это завышенные требования к себе и очень высокие стандарты. То, что в депрессивном состоянии они не могут что-то делать, с чем-то не справляются, заставляет их еще больше страдать. «Я не могу лежать, если я лежу, значит, я бездельник». «Мне нужно лучше сообщать, я должен пойти на работу, иначе я неудачник». «Я должна терпеть то, что со мной происходит, я не слабая».

Есть предположение, что фиксированность на теме достижений связана все с той же фрустрацией потребности в привязанности, ради чего собственно пациенту и приходится вырабатывать (интроецировать) нереалистичные стандарты и жесткие требования к себе самому.<sup>55</sup>

Интроецированное из фона послание, что «депрессия это слабость» и «нужно просто взять себя в руки», поддерживает идею о том, что «нужно справляться самому». Этот же интроект способствует затягиванию своевременного обращения за помощью и существенно осложняет оказание помощи, как фармакологической, так и психотерапевтической.

### **Проекция**

Человек прибегает к проекции, когда не может принять свои чувства и поступки, потому что «не должен» чувствовать или поступать так. Это «не должен» является, конечно, интроекцией, которая вызывает у человека глубинное неприятие этих чувств и поступков.<sup>56</sup> У депрессивных пациентов очень много неприятия самих себя. Чаще всего о том, что они лечатся, никто не знает или знает очень ограниченный круг людей. Безусловно, это оставляет их в еще большем одиночестве и лишает возможности получить поддержку среды. «Люди не поймут меня». «Если я скажу им, как я себя чувствую, они не поверят». «Если я расскажу им о том, что у меня депрессия, они перестанут со мной разговаривать». У депрессивных пациентов очень велик страх отвержения. Не только само

---

55 Булюбаш И.Д., Филиппенко В. Депрессия: взгляд гештальт-терапевта. Журнал практического психолога. Евро-Азиатский вестник гештальт-терапии, 2005

56 Польстер И., Польстер М. Интегрированная гештальт-терапия: Контуры теории и практики. М.: независимая фирма «Класс», 2004.

состояние, которое «делает их слабее и уязвимее» и отличает их от других, но и сам факт обращения за помощью, усиливает их стыд.

Одна из моих пациенток с трудом могла подписать форму информированного согласия на лечение, в котором требовалось указать паспортные данные и адрес, рука дергалась, буквы путались, ей было сложно сосредоточиться. Ей было очень стыдно, она постоянно извинялась передо мной, обвиняла себя за такую несобранность. Смягчить ее переживания удалось фразой, что ее состояние для меня это симптомы болезни, такие же, как насморк и кашель для терапевта.

Депрессивные люди перестают звонить друзьям, рассказывать близким о своем состоянии. Более того, они не делятся своим опытом не только во время депрессивного эпизода, но и в момент относительного благополучия. Им кажется, что «болеть депрессией стыдно, только слабый человек мог этим заболеть». Из-за страха быть отвергнутыми, они стремятся отвергнуть других, прежде чем они смогут это сделать. Однако из-за связанной агрессии их отвержение пассивно, они просто ничего не делают. В этом случае контакт начинает осуществляться на основе собственных проекций, а не опыта. Естественно, следующим шагом становится ретрофлексивное сдерживание негативных чувств, возникающее в ответ на собственные проекции.<sup>57</sup> Такое поведение подтверждает их уверенность в том, что они одиноки и никому не нужны.

### Слияние

Организация опыта у депрессивных пациентов происходит вокруг переживания потери. Человек оказывается буквально вытолкнутым во внешний мир тогда, когда не готов к самостоятельности. Поэтому в дальнейшем он будет стремиться к слиянию. Это стремление восполнить недостаток любви и получить гарантию безопасности<sup>58</sup>. Чем тяжелее депрессия, тем больший регресс мы наблюдаем: пациент перестает самостоятельно питаться, вставать, обслуживать себя и все больше нуждается в помощи других.

Когда я уходила в отпуск и передавала своих пациентов коллеге, одна из моих депрессивных пациенток, которой 45 лет, плакала как маленькая девочка и не хотела меня отпускать. В одной из наших

---

57 Смелянец Ю.А. Механизмы прерывания контакта у созависимых пациентов. Журнал практического психолога. Евро-Азиатский вестник гештальт-терапии 2009, №1.

58 Ласая Е. Депрессия как потеря способностей. Журнал практического психолога. Евро-Азиатский вестник гештальттерапии 2009, №1

последующих бесед она призналась, что очень переживает из-за отсутствия постоянной возможности со мной общаться и что она фантазирует о том, как живет рядом со мной.

Многие депрессивные пациенты не хотят завершать лечение, пытаются изыскать различные возможности продлить курс терапии. Так, у одной из пациенток перед выпиской усилились соматические симптомы депрессии, что затянуло ее лечение еще на некоторое время.

### Дифлексия

Дифлексия — это маневр для того, чтобы уйти от прямого контакта с другим человеком<sup>59</sup>. В целом саму депрессию как симптомокомплекс можно рассматривать как диффлексию, как способ не встречаться с сильными, запредельными проживаниями, связанными с потерей. Одним из таких переживаний является бессилие. Депрессивные пациенты избегают приближаться к нему. Самый распространенный запрос на психотерапии это «научите меня отвлекаться от плохих мыслей», «я хочу отвлечься от своего состояния». Пациентка, которая несколько лет назад потеряла дочь, при составлении целей терапии написала, что хочет «научиться отгонять грустные, навязчивые мысли, связанные с дочерью, и больше думать о хорошем».

Характерная обстановка в группе пациентов, страдающих депрессией, это отсутствие пауз, большое количество реплик не по существу, общих фраз, «зашучивание» напряженных ситуаций, разговоры о «там и тогда». Многие оценивают для себя группу как удачную, когда им на ней «удалось отвлечься». Общение пациентов друг с другом на группе и вне ее также часто поверхностно. Например, две пациентки, участвующие в группе, по несколько раз в день перезваниваются, но при этом не обсуждают проблем, связанных с их актуальным состоянием, а предпочитают разговаривать на общие темы о погоде, политике и т.д.

### Терапевтические стратегии

В данном разделе хотелось бы рассмотреть основные психотерапевтические стратегии при работе с депрессивными пациентами.

<sup>59</sup> Польстер И., Польстер М. Интегрированная гештальт-терапия: Контуры теории и практики. М.: независимая фирма «Класс», 2004.

Понятно, что лечение заболевания строится, исходя из вызвавших его причин. И если депрессия это «фрустрированная потребность в привязанности» или, как пишет А. Лоуэн, «следование нереалистичным целям», то работа с данным состоянием предполагает восстановление истинного контакта человека с самим собой и с окружающим миром, проживание потери в привязанности и выстраивание реалистичных целей.

Восстановление истинного контакта человека, страдающего депрессией, с самим собой и с окружающим миром в терапии начинается с **выстраивания терапевтических отношений**. Особенностью данных отношений будет активная позиция терапевта. Как пишет А. Лэнгле, благодаря активному обращению в процессе терапии, он (терапевт) в большей степени идет навстречу пациенту, чем на это способна реальная жизнь в ситуации депрессивного отступления<sup>60</sup>. Это в том числе связано в подавленной функцией Ид пациента и его «мне ничего не хочется, избавьте меня от этого» в лучшем случае, а в худшем «мне уже ничего не поможет». Часто такие пациенты не в состоянии выразить желание или намерение проходить психотерапию, они также могут быть негативно настроены и на медикаментозную терапию. В зависимости от тяжести состояния можно работать с сопротивлением пациента или быть готовым принять на себя ответственность за выбор лечения.

Другой отличительной особенностью отношений между пациентом и терапевтом будет принимающая и поддерживающая позиция последнего. Об этом же пишет Нэнси Мак-Вильямс: «Наиболее важным условием терапии депрессии является атмосфера принятия, уважения и терпеливых усилий в понимании. Большинство работ по психотерапии — выражают ли они гуманистические идеи, психодинамическую ориентацию или когнитивно-бихевиоральные предпочтения — подчеркивают стиль отношения, специально адаптированный к лечению депрессивных пациентов. Терапевт должен быть неосуждающим и эмоционально постоянным»<sup>61</sup>.

Следующий шаг — это **улучшение контакта с настоящим**. При депрессии происходит ухудшение контакта с окружающей средой,

---

60 Лэнгле А. Дотянуться до жизни. Экзистенциальный анализ депрессии. М.: Гене́зис, 2010.

61 Н. Мак-Вильямс Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Независимая фирма «Класс», 2007.

он становится менее интенсивным и менее насыщенным. Соответственно, задача — это постепенное восстановление контакта с миром. Это осуществляется с помощью структурирования дня — прием пищи, прогулки, общение, отдельно проговариваются периоды отдыха и сна. Объем мероприятий в течение дня определяются совместно с пациентом в зависимости от его возможностей. Депрессивный пациент хочет сразу же «впрыгнуть в норму», ему не нравится отсутствие привычного уровня энергии. Важно поддерживать намерения пациента сохранить способность к выполнению хотя бы небольших задач и, с другой стороны, не перегрузить его. Терапевт должен также поддерживать пациента в том, что он что-то не может делать. Например, пациент тяготится тем, что все время хочет спать и не может из-за этого читать. Необходимо выяснять, сколько в настоящий момент пациент может прочесть, и сколько в течение дня он спит, хочет ли он читать, интересна ему книга или это просто «надо делать». Возможно, сон это то, что ему действительно нужно. Здесь идет активная работа с интроектами пациента по поводу того, что правильно и что надо делать и что он (пациент) на самом деле хочет и реально может в сложившихся обстоятельствах. Можно предложить пациенту записать свои убеждения на листочке, а затем заменить «надо» или «должен» на «могу» или просто проговаривать интроекты, усиливая их словами «всегда» или «никогда».

**Работа с телом** с депрессивными пациентами занимает важное место в психотерапии. Дж.Франчесетти говорит, что тело это часто единственный способ для депрессивного пациента почувствовать себя на границе контакта.<sup>62</sup> Феномены тела (поза, жесты, движения) могут быть использованы для разворачивания ретрофлексии. Работа осуществляется с помощью эксперимента. Предлагаются различные способы — диалог с телом или его частью, фантазирование, психодрама, рисунок. Важно во время работы обращать внимание пациента на ключевые фразы и спрашивать его, чему он научился и что понял благодаря эксперименту.<sup>63</sup>

Также тело может быть использовано для осознания интроектов и проекций. Как уже было сказано, у депрессивных людей мно-

62 Франчесетти Д., Семинар-тренинг «Гештальт-подход в работе с депрессивными расстройствами. Москва 3-5 февраля 2012.

63 <http://irishphoenix.hubpages.com/hub/How-Gestalt-Therapy-Views-Depression>



го различных установок, правил, посланий и большой страх быть отвергнутым обществом в связи с их «несоответствием». Фиксируя внимание на интроективных установках и проекциях можно перейти к напряжению в теле, которое возникает при проговаривании тех или иных утверждений. Предлагаемые техники — диалог с телом или его частями и использование «Я высказываний». <sup>64</sup>

Третий вариант работы с телом это предписание физических упражнений. Гимнастика — одна из наиболее эффективных вещей для депрессии (бег, прыжки, ходьба), сюда же можно включить и прогулки. Объем и интенсивность оговариваются с пациентом.

Другой важной составляющей при восстановлении контакта с самим собой и окружающим миром является **формирование опоры на персональные ресурсы**. При работе с персональными ресурсами необходимо выяснить, что обычно доставляет человеку радость и что из этого, пусть даже в минимальном объеме, он может делать сейчас. Задача — найти как можно больше опорных точек (моментов радости и удовольствия) и начать хотя бы минимально ежедневно на эти вещи опираться. Для того чтобы выявить персональные ресурсы, лучше использовать рисунок. Пациенту предлагается в центре листка нарисовать себя, а вокруг вещи или дела, которые обычно доставляют радость и удовольствие. Например, одна моя пациентка в этом упражнении нарисовала прогулки с собакой, общение с внуком, приготовление пирогов, общение с подругами, поход в театр, разведение цветов. В ходе дальнейшего разговора выяснилось, что с собакой гуляет муж, так как «он ее бережет», общение с внуком ограничено из-за плохих отношений со снохой, с подругами общается редко из-за отсутствия желания, пироги последний раз пекла 3 месяца назад, в театре не была год, цветами не занимается. Далее обсуждается, что можно сделать сейчас, чтобы хоть несколько из этих пунктов появились в жизни пациентки. Некоторые «ресурсы» требуют длительного времени и работы. Так, в случае с этой пациенткой невозможность видаться с внуком и плохие отношения со снохой были одной из ключевых проблем, и этому было посвящено несколько психотерапевтических встреч.

Часто при работе с депрессивными пациентами можно столкнуться с полным отсутствием у них чувства радости. Более того, выполнение привычных действий, связанных в прошлом с ощущением

64 <http://irishphoenix.hubpages.com/hub/How-Gestalt-Therapy-Views-Depression>

радости, и отсутствие этого в настоящем может усилить негативные переживания. В этом случае пациенту необходимо много поддержки от терапевта. Это могут быть, например, многократные обсуждения с пациентом, что такое депрессия и как она проявляется. Для многих понимание того, что отсутствие радости это симптом, является облегчением. А. Лэнгле подчеркивает, что необходимо освободить пациента от ожидания от себя позитивных эмоций и вместе с тем от разрушительного чувства, что он должен радоваться, но не может<sup>65</sup>.

**Работа с самообесцениванием.** Депрессивный пациент склонен обесценивать все вокруг — свои дела, качества, желания, поступки, достижения. Такое же отношение распространяется и на сам процесс терапии. При депрессии человек не замечает маленьких достижений и улучшений в процессе лечения. В ходе работы приходится неоднократно обращаться к сравнению того, что было при первой встрече и есть сейчас, и к тому, что достигнутая разница это уже результат. Хорошим помощником в этой работе являются записи как терапевта о состоянии пациента или даже стандартизированные шкалы, так и самоотчеты, дневник состояния, которые может вести сам пациент.

**Проживание чувства вины.** Выраженность чувства вины при депрессии может быть разная, начиная от излишнего самообвинения и заканчивая стойкими идеями виновности с попыткой суицида. По Лэнгле депрессивное чувство вины определяется, с одной стороны, диффузным чувством ответственности, а с другой — завышенным представлением о ценностях жизни.<sup>66</sup> Тяжелая депрессия с бредом виновности является основанием для усиления медикаментозной терапии, назначением нейрорептиков и госпитализации в стационар. Если же речь идет о депрессии легкой и средней степени тяжести, то чувство вины это одна из мишеней психотерапии, где работа направлена на прояснение реальной ответственности и пересмотра интроективных установок.

**Восстановление способности переживать печаль.** А. Лэнгле называет этот процесс этапом глубокой терапии и считает, что на этом уровне работа с пациентом заключается в том, чтобы вскрыть и сде-

65 Лэнгле А. Дотянуться до жизни. Экзистенциальный анализ депрессии. М.:Генезис, 2010.

66 Лэнгле А. Дотянуться до жизни. Экзистенциальный анализ депрессии. М.:Генезис, 2010.

лать ощутимым то, что привело к выстраиванию негативной установки по отношению к жизни. Она делится на фазы гнева, грусти и мобилизации ресурсов путем дальнейшей проработки отношений и ценностей пациентов<sup>67</sup>. Условно говоря, на первом этапе работы (восстановление истинного контакта с миром и с самим собой) мы помогаем человеку обрести силу, необходимую для того, чтобы встретиться с той утратой, непроживание которой привело к депрессивному состоянию. На втором этапе мы помогаем человеку встретиться с его переживаниями утраты — гневом, бессилием, болью, грустью.

По сути при терапии депрессии мы движемся в обратном порядке от эндогенной депрессии (нарушения контакта с самим собой) к реактивной депрессии (нарушение контакта с миром) и к нормальной реакции горя. Е.Ласая пишет, что для того, чтобы помочь пациенту проделать этот путь, терапевту важно самому иметь смелость соприкоснуться с этими переживаниями<sup>68</sup>.

### **Терапевтические отношения**

Работа с депрессивными пациентами часто сопряжена со столкновением с собственным бессилием. На терапии оказывается человек, у которого больше нет опоры ни в настоящем, ни в прошлом, ни будущем. Чем больше я работаю с депрессивными пациентами, тем больше я обращаю внимание на то, что такие пациенты практически не опираются на свой фон, а главное — они не видят никаких опор вокруг. Депрессивные пациенты не могут просить помощи, в связи с чем у них нарастает ощущение одиночества и брошенности. Забота о себе в широком понимании у них на последнем месте. В этом кроется большая опасность для самого психотерапевта, так как это может быть «заразно». Терапевт зачастую становится первой и на какое-то время единственной опорой для такого пациента. Нэнси Мак-Вильямс пишет, что «депрессивные пациенты быстро привязываются к терапевту, приписывают его целям благожелательность, реагируют на эмпатический отклик, усердно работают, чтобы «хорошо» выполнять роль пациента».<sup>69</sup> Для меня эта стадия

---

67 Лэнгле А. Дотянуться до жизни. Экзистенциальный анализ депрессии. М.:Генезис, 2010.

68 Ласая Е. Депрессия как потеря способностей. Журнал практического психолога. Евро-Азиатский вестник гештальттерапии 2009, №1

69 Н.Мак-Вильямс Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Независимая фирма «Класс», 2007.

отношений с пациентом связана с большими энергозатратами, где я беру на себя активную роль. Чем депрессивнее пациент, тем активнее должна быть я в своей работе. После нескольких таких пациентов нарастает собственное ощущение опустошенности, бессилия и одиночества.

Мне вспоминается группа, на которой одна из участниц сказала, что собирается выпрыгнуть с 9 этажа. У некоторых участников суицид был в анамнезе, других это просто испугало. И все начали ее поддерживать, исходя из собственного опыта и переживаний. Одна пациентка рассказала, как сама чуть не покончила с собой и как ее спас муж, вызвав СМП и отправив в психиатрическую больницу. Другие участники стали выражать свое беспокойство, успокаивать, пытаться выяснить причину, поддержать, одобрить. К сожалению, в количественном эквиваленте нельзя выразить, сколько поддержки получала данная участница, но по моему собственному ощущению это было очень много. Однако суицидальные высказывания стойко сохранялись. Было видно, как группу стал понемногу охватывать страх и отчаяние. Только мое однозначное заверение, что после группы я лично отведу участницу к лечащему врачу и решу вопрос о госпитализации в стационар, вызвало некоторое облегчение. При этом участники продолжали говорить о том, что их беспокоит собственная беспомощность, отчаяние, ощущение невозможности помочь. Этот пример наглядно показывает, как депрессивный пациент не берет оказываемую ему помощь и поддержку. Моя предшествующая индивидуальная работа с этой же пациенткой показала полную (по моим ощущениям) несостоятельность в попытках поддержать ее и найти совместными усилиями точки опоры. После сессии я чувствовала тяжесть, усталость, бессилие. На группе я уже точно поняла, что мне нечем ее поддержать и искала возможные точки опоры для себя с безопасным исходом для пациентки. Поступила очень по-врачебному — отправила в стационар. А было ли иначе возможно?

Это лишь один, на мой взгляд, очень показательный пример столкновения с собственным бессилием, усталостью и безысходностью в работе с депрессивными пациентами. Разумеется, степень выраженности собственных переживаний и способность с ними справиться зависят и от пациента, и от фона собственной жизни. Со временем у меня выстроилась внутренняя стратегия рабо-

ты с депрессивными пациентами. Во-первых, нужно иметь четкое представление о собственных профессиональных и личностных ресурсах. Могу я в настоящий момент времени помочь и поддержать данного пациента? Достаточно ли у меня сейчас физических и эмоциональных сил? Во-вторых, на что или кого я могу опираться, работая с данным пациентом. С кем я могу обсудить данного пациента, попросить совета, помощи, дополнительной консультации? К кому я могу сходить на супервизию? Как я могу отдохнуть, где смогу получить радость и удовольствие? Ситуация, когда у пациента нет никаких опор кроме как на терапевта, тяжелая, но при устойчивости психотерапевта в ней можно «выжить». В том случае, если у терапевта мало опоры на себя, каждая встреча будет его истощать и, в конечном счете, приведет к собственному расстройству.

В целом работа с депрессивными пациентами научила меня активно просить, иногда даже требовать помощи у коллег, друзей, мужа. Я поняла, как важно вкладываться в поддержание социальных связей, не быть одной в проблеме, горе или просто трудной ситуации. Я более отчетливо стала видеть свои ресурсы, то, на что я могу опереться, причем не только в работе, но и в жизни, откуда могу получить радость, удовольствие, энергию. В общем, я активно стала заниматься профилактикой собственной депрессии.

Уважаемые, любимые, дорогие коллеги! При работе с депрессивными пациентами не забывайте заботиться о себе! Есть супервизия, коллеги, друзья, хобби и еще много чего, что может вас поддержать. Мне хочется вновь обратиться к Альфриду Лэнгле и его, на мой взгляд, абсолютно точным указаниям по поводу профилактики депрессии. «Ухаживайте за собственным телом. Для чувств тело — как воск для пламени свечи. Следите за своими силами и обращайтесь пристальное внимание на сферы истощения, правильно организуйте отдых, режим сна и бодрствования, занятия спортом. Ухаживайте за отношениями. Бережно использует свое время. **Ухаживайте за приятными переживаниями, там, где радость, — там жизнь**<sup>70</sup>».

---

70 Лэнгле А. Дотянуться до жизни. Экзистенциальный анализ депрессии. М.:Генезис, 2010.

# ЧАСТЬ 4. АНАЛИЗ СЛУЧАЯ

«Не оставляйте меня одну»<sup>71</sup>

*Ирина Булюбаиш*

## **Глубокоуважаемый читатель!**

Возвращаясь к данному случаю через десять лет после работы с пациенткой, чувствую себя весьма противоречиво. С одной стороны, я хорошо помню то удовольствие, которое испытывала в процессе его написания и свою гордость неопита по поводу того, что получилось... С другой стороны, за этот период моя восторженность несколько поуменилась, а полученный за это время терапевтический и тренерский опыт позволяет мне увидеть массу упущенных возможностей (и пропустить другие) и возможных стратегий терапии. И написала бы я все по-другому, начиная с содержания и заканчивая стилем.

Однако, на одном из гештальт-форумов некоторое время назад появилась тема, где один из участников гештальт-программы попросил гештальт-терапевтов поделиться своим опытом — «Расскажите, как вы начинали!». Вот так и начинала — с сомнениями, вопросами в голове «А так можно, это по гештальтистски или уже нет?», шараханьем из медицинской модели в психологическую и обратно, «от трех стульев к двум», от радости, что терапия получается (yes!) к отчаянью, от смены радужных перспектив на не такие прекрасные — реальные... И, если эта работа станет для кого-то поддержкой в его развитии как гештальт-терапевта, буду очень рада...

*...Уж если вцепится во что ручонкой, так бывалоча  
отдираешь-отдираешь, утомисси весь, а с нее как с гуся  
вода... Держит свою погремушку, смотрит на тебя своими  
ясными очами и так радостно-светло говорит: «Не дам!».*

З. Фрейдинский, «Воспоминания о вторичной выгоде», 1896

*При таком характере можно говорить о страхе  
повторных переживаний детских страданий,  
бессознательной ненависти, подавленной любви.*

А. Лоуэн, «Физическая динамика структуры характера»

---

<sup>71</sup> Впервые напечатано в сборнике материалов МИГТИК «Гештальт-терапия и консультирование», вып.1, 2001. Предисловие написано к повторной публикации в 2006 году.

Мое знакомство с И.А. произошло задолго до того, как я начала с ней работать. Несколько лет назад она консультировалась со мной по поводу имеющихся у нее панических приступов (страх смерти), сопровождающихся сердцебиением, подъемом артериального давления, головокружением, дрожью в теле и полиурией в конце пароксизма. Из анамнеза стало известно, что подобные приступы вместе с ожирением развились постепенно, в течение 7 лет после лечения гормональными препаратами. Будучи вначале четко очерченными, и редкими (1-2 раза в 2-3 месяца), приступы, к моменту консультации, приобрели большую частоту и размытость, как по времени, так и по симптоматике. Снизилась интенсивность страха, приступ стал предваряться сенестопатиями (неприятные тягостные ощущения в области сердца), появилась неуверенность в движениях, страх пошатнуться и упасть назад. Эти пошатывания носили чисто субъективный характер, И.А. называла это «кружением». Я расценила этот статус как паническое расстройство и назначила феназепам и amitриптилин по схеме, препараты сосудистого и ноотропного ряда, что впоследствии значительно сократило количество и интенсивность пароксизмов.

И, вот, звонок через 3 года. Жалобно-умоляющий голос И.А. просит приехать. Я тяну: «Э-э-э-э-э...» — она живет в полутора часах езды от моего дома, но мне обещают оплачивать такси. И.А. просит уже не о консультации — о работе с ней и обещает платить за дальность ровно в два раза больше обычной платы. Что ж, условия меня устраивают, я готова. Несколько смущает терапия на дому, однако И.А. обещает все объяснить при личной встрече.

Итак, первая встреча. Она, как и две последующие, представляют собой интервью. Жалобы И.А., систематически изложенные, представляют целую систему навязчивых страхов.

1. Страх выйти из квартиры (не выходит одна, даже к машине, не ходит по улицам).
2. Боится остаться в квартире одна (страх смерти), оказаться без помощи. При ней обязательно находится либо муж, либо другие родственники.
3. Страхится упасть во время «круженья».
4. Боится находиться в подъезде, так как может упасть на лестнице, и поэтому, несмотря на свою комплекцию бежит так, что родные за ней не поспевают.

5. Есть страх, что на улице (или в поликлинике) унизят из-за лишнего веса.

Продолжающиеся панические приступы легко купируются приемом седуксена или атаракса. Кроме того, она отметила частые головные боли, неприятные ощущения в прекардиальной области, слабость в ногах. Часты аффективные колебания, периоды плохого настроения непродолжительны (максимум одна неделя).

Фобические расстройства появились у И.А. после нелегкой жизненной ситуации. Муж пациентки привез из другого города от бывшей жены (спившейся) своего сына 7 лет. Мальчик последний год практически жил один, «бомжевал», принимал алкоголь и наркотики, воровал. Отец надеялся, что в нормальной семье мальчика можно будет исправить.

Пациентка, живущая с мужем, начинающим свое дело бизнесменом, и сыном в однокомнатной квартире, спокойно восприняла приезд пасынка, однако, неожиданно для себя, оказалась один на один (отец много работал и мало бывал дома, второй сын в садике) с малолетним бандитом, угрожающим убить, ворующим деньги и вещи, снова скитающимся по чердакам и подвалам. Наконец, терпение ее истощилось. Она САМА поставила мужу ультиматум — развод или сына возвращают матери (что и было сделано). Чувства вины по этому поводу не испытывала, по ее словам «натерпелась столько, что не до вины». Фобии, однако же, появились именно после попытки разрыва с мужем. Перестала выходить из дома одна, в городе передвигалась только на машине вместе с мужем.

С медицинской точки зрения, диагноз И.А. не представлял для меня особых затруднений. Ее фобии на фоне вегетативных, сенсомоторных и аффективных расстройств, завершились появлением идеаторного компонента (навязчивые мысли) и возникали у пациентки при одном представлении травмирующей ситуации (диагностические критерии по Н.Д. Лакосиной с соавт, 1994). В какой-то степени радовало отсутствие ритуалов (меньше работы!). Таким образом, диагноз ее укладывался в шифр 3000.2 — невротические фобии по МКБ-9<sup>72</sup>.

Безусловно, мне было интересно понять, как развивалась у пациентки такая симптоматика.

---

72 Этот случай был описан еще до введения МКБ-10 (И.Б.).



Семейные отношения у И.А. и до этих событий строились на конфлуэнтной основе. В этой семье не принято было ссориться и выяснять отношения, кричать, резко разговаривать (по типу негласного договора). Поэтому, опасность разрыва отношений по инициативе самой И.А., с моей точки зрения, резко качнула маятник в сторону слияния. Большую роль здесь могла сыграть и ненадежность системы отношений с мужем (пациентка не была уверена, что он к ней будет относиться по-прежнему), вследствие этого именно фобии оказались способом возврата к прежней системе отношений. В свое время Фрейд (Freud, 1954 «Libidinal Types») описал именно такую структуру характера — «...Ими правит страх потерять любовь, он держит их в особой зависимости от тех, кто способен воздержаться от любви к ним».

Запрос, сформулированный И.А. по моей просьбе, включал избавление от фобий. При этом критерием выздоровления или улучшения состояния послужит возможность самостоятельного передвижения по улице (хотя бы до садика забрать сына или магазина). Помимо этого в запросе тихо, но явственно прозвучало желание пациентки найти, с помощью терапевта, другие способы отношений с членами семьи (для этого был необходим совет терапевта).

Еще две сессии были посвящены отношениям в родительской семье пациентки. Семья эта была полной до ее школьного возраста, после чего «отец бросил мать и спился». Из детских воспоминаний самое яркое — как отец ревновал мать и, приходя с работы, сначала заглядывал в окна — «с кем она?». До 19 лет отца не видела, а когда ей его показали, и он не узнал дочь, испытала сильное разочарование. Это была ее последняя встреча с отцом.

Мать И.А., властная и жесткая женщина, растила дочь в постоянной системе долженствования. Она много работала и была многословна со своими тремя детьми, основное общение, по воспоминаниям пациентки, составляли приказы и поручения. В ее системе воспитания была работа на огороде у ее родителей. Пациентка до сих пор обижается на них (и на мать, которая ее обязывала) за то, что имея своих родных двоих детей, они использовали для этих работ ее и платили деньги за работу матери. Росла в стесненных материальных условиях и после окончания школы сразу пошла работать, «чтобы одеться прилично». Через год, дабы избежать постоянного контроля матери уехала в другой город, где и вышла

замуж. С мужем прожили около трех лет, затем развелись из-за его пьянства. В эту пору старшему сыну было 2 года. Время после развода, И.А. вспоминает с удовольствием. Много работала, получала приличную зарплату, хорошо одевалась и одевала сына, ездила с ним на юг отдыхать.

Через 2,5 года вышла замуж вторично, за А.Д. и затем переехала в Дзержинск. До развития фобий работала в фирме у мужа.

Мое первое впечатление от пациентки было каким-то противоречивым. Женщина явно вызывала симпатию, но и удивление вызывала тоже. С одной стороны, начитанность — имеет представление о психологии и ясный ум, с другой стороны, постоянное лечение у колдунов, дедов, экстрасенсов, смывающих с ее лица «белую, как молоко воду», разговоры о порче и сглазе и т.п. Хорошо излагает свои мысли, подбирает точные слова, речь хорошо продуманна и рациональна. Интересна поза — садится так, чтобы была дополнительная опора, хоть подушку под бок... Когда садится, вся обмякает, такое впечатление, что позвоночник ее не держит. Просит разрешения параллельно лечиться у «дедки» — разрешаю. Размышляю о том, как можно поработать гештальт-терапевту в рамках этих представлений. Однако И.А. вполне обошлась без мифологической модели. Впрочем, все модели терапии в рамках своего мифа... И гештальт-терапия — не исключение!

Уже первые сессии дали представление о преимущественных механизмах прерывания контакта и типе личности пациентки. Естественно — это был невротический тип, использующий конфлуэнцию и интроекцию. Уже первые сессии, как и многие другие, заканчивались традиционной мольбой «Не оставляйте меня одну» или «Не бросайте меня».

Оставалась проблема «ездить — не ездить». В пользу — «ездить» — решило вопрос любопытство, захотелось увидеть пациентку в домашних условиях. На мои осторожные вопросы о семейных отношениях следовало такое благолепное их описание, что этому оставалось только тихо завидовать. Однако мои скромные познания в области психотерапии позволяли предполагать сильные конфлуэнтные тенденции, с помощью которых И.А. строила свой семейный уклад. Любопытно было увидеть это не за кулисами описания, а своими глазами.

Работа с И.А. (24 сессии в течение 7 месяцев) разделилась не столько по содержанию, сколько в связи с постепенно выделяющимися из фона фигурами и акцентами в терапии, на три этапа.

На первом — естественно выделялась мощная фигура СТРАХА, заменяющего во многих ситуациях другие чувства. Работа с И.А. была направлена на осознание и дифференциацию чувств, контакта со страхом. Основная потребность — в безопасности и защите, что выражалось в желании избавляться от неопределенности, непрогнозируемого окружения.

Вторая стадия ознаменовалась стимулированием сознания агрессивного импульса и фасилитацией агрессии, как основной фигуры, покоящейся на солидном фундаменте интроективных запретов. Терапия фокусировалась на восстановлении способности пациентки к идентификации-отчуждению (в контексте проблемы), выделению протеста и его предъявлению. Страх уходит в фон, интенсивность его снижается, панические приступы исчезают.

На третьей стадии фигурой становятся терапевтические отношения, отношения с матерью и мужем. На смену потребности в безопасности приходит (ну, как тут не вспомнить пирамиду А. Маслоу!) потребность в поддержке и заботе, что ведет, в конце концов, к разворачиванию проективного механизма и обнаружению незавершенных ситуаций в отношениях с близкими. Фокус работы с пациенткой — манипулятивные стратегии общения и самоманипуляции, механизмы прерывания контакта, отношения с терапевтом (вопросы зависимости) и родными.

Но вернемся от более отстраненного восприятия работы с И.А. к более непосредственному и раннему по времени.

Первая сложность — пациентка готова говорить о чем угодно в прошлом (3 года или 3 минуты назад — все равно!), но не о том, что с ней сейчас. Настоящее составляло лишь небольшую часть того, что происходило между нами. Вторая сложность — в дифференциации чувств: хорошо знаком только страх, а остальные чувства «сейчас» не бывают (фобия переживаний), только в прошлом. Было некоторое ощущение, что вопросы, адресованные чувственной сфере, звучат для пациентки на иностранном языке. И.А. смотрела куда-то в сторону, говорила, что не понимает, о чем идет речь, погружалась в прошлые события. В общем, гештальт-натиск со страшным вопро-

сом «Что вы *сейчас* чувствуете?» не проходил, не говоря уже о еще более ужасном вопросе «Что вы хотите?».

Вместе с тем, я пыталась использовать все подходящие моменты для стимуляции самовыражения И.А. Хочется привести здесь, для подтверждения собственной правоты, слова К. Нараньо: *«Каждый акт самовыражения является не только возможностью для самосознания, но и раскрытием перспективы действия — интенсивного переживания, в котором пациент учится, до известной степени, что он может быть самим собой, не ожидая катастрофических последствий, разрушая фобийные модели, узнавая, что выразить себя — это и удовлетворение и основа для настоящего контакта с другими».*

Так мы разобрали с И.А. ее страх ходить по улице. Он выглядел как проекция негативного отношения к своей полноте — «всегда найдется человек, который этим ударит». Если по-честному, то ведь не совсем и проекция, такие люди реально находились. Правда, не на каждом шагу, как ей казалось. К этому страху относился и диагноз «алиментарное ожирение», который обижает. При этом, мило улыбаясь, говорит агрессивные по содержанию слова. Ну, тут-то, «истосковавшись по настоящей работе», я ткнула пальцем в явную неконгруэнтность и даже получила согласие И.А. в том, что агрессивный импульс существует. Это было уже кое-что, как и определение интроективного запрета на выражение протеста. И даже установлена связь этого запрета с низкой самооценкой — «протестовать имеют право только люди с высокой самооценкой». Последнее выглядело типичной манипуляцией для сохранения статус-кво, что и подтвердилось «жалобным проективным нытьем» в конце сессии: «меня отрезали от жизни», «меня тащит назад» и т.п.

Под конец выражено и первое недовольство отношениями с мужем. Было бы славно, если бы он всегда был под рукой... Но пациентка понимает, что это невозможно, кто-то же должен приводить сына из садика. Недовольство касается того, что на ее приступы и страхи «он советует взять себя в руки». «Что-то тут есть от невротической потребности в слиянии, а что-то от здоровой потребности в любви и заботе» — размышляю я, но сделать пока ничего не могу — время сессии закончилось. Договариваемся обсудить эту проблему в следующий раз.

На следующей встрече недовольство мужем было ретрофлексировано и «забыто», а И.А. начала ее с недовольства собой как матерью. Причитания по этому поводу перемежались косвенной агрессией в мой адрес. Я злилась, вновь и вновь «натываясь на пустоту» внутри пациентки, ее растерянность и беспомощность. И постепенно начинала соображать, что все означенное (недовольство матерью, мной как матерью, собой как матерью) уже имеет отношение к нашему контакту. А матерью ее мне быть явно не хотелось, этот беспомощный ребенок был для меня пока неподъемным.

В связи с этим, акцент на наших отношениях в работе появился гораздо позже, а в то время, устав от ее манипуляций, я попыталась в течение нескольких сессий сфокусировать внимание И.А. на различении реакции протеста (если что не нравится, так и скажите!) и ее выражении. Попутно, в подходящий момент, был материализован ЕЕ СТРАХ. Честно говоря, я была сильно разочарована. Это был не монстр, а серенький, лохматенький и грязенький страшок, сильно напоминающий ребенка (интересно, насколько он был похож на пасынка?), суetyщийся, жмующийся к углу и, похоже, боящийся хозяйку. На меня же, ей-богу, он (И.А. на втором стуле) поглядывал с ненавистью.

Хозяйка страха была довольно спокойна и сама ничего с ним делать не захотела. Моя провокация — «прогнать!» — была воспринята довольно вяло, а страх уходить не захотел. Проверка отношения к нему вызвала стереотипную реакцию:

— *Боюсь.*

— *А как к нему еще относишься?*

— ?

— *Какие чувства он еще вызывает?*

— *Жалость... удивление...*

И И.А. удивляется тому, что можно испытывать к нему что-либо, кроме страха.

Еще одна попытка увидеть свои страхи — рисунок. И.А. рисует «почему она не может выйти на улицу». На бумаге поочередно появляются барьеры.

**1 барьер** — бабушки на скамейке перед подъездом. Могут унижить (и один раз уже жалеючи сказали:» Ты бы ночью гуляла, что ли!»)

**2 барьер** — угол дома, «там меня закружит и я упаду».

**3 барьер** — улица, толпа, люди... Среди них есть такие, которые могут проявить агрессию. Все три барьера располагает внизу листа справа. Тут и лавочка, и угол дома, и улица и, очень крупно, страх приступа, состоящий из трех элементов: паники (черная извилистая линия), кружения (красным) и толчка (желтая краска). Особенно крупно — черные прямоугольники и квадраты — барьер, не дающий выходить и общаться с людьми. Свой дом, без двери, пациентка рисует в верхней части листа. Дом — желтый, без малейшего намека на опору парит в облаках.

Далее я предложила поработать со страхами, но при этом сделать это так, чтобы встречаться с ними было безопасно. И.А. не без удовольствия рисует красную дорожку в детство (рассказывает, попутно), к озеру, к деревенскому дому, к колодцу, из которого любила обливаться водой, к дереву, под которым сидела... После чего, подходит к первому барьеру и синей краской (вода) уничтожает бабушек на скамейке и толпу, которая так страшна своей возможностью унижить. Совершив, и вполне сознавая это, сей агрессивно-ресурсный акт, пациентка, как это ни странно, могла впоследствии ответить на очередную инсинуацию развлекающих себя пенсионерок и была очень довольна. Эти колдовские, на первый взгляд, действия, а по сути — взаимодействие со своей проекцией, снизили интенсивность ее страхов (пока в фантазии — пациентка без содрогания представляла себя на улице, перед подъездом). Остался страх перед панической атакой со всеми ее компонентами, неприятные ощущения в прекардиальной области («что-то переворачивается»). Сами же панические атаки как таковые исчезли.

Работая с рисунком, я стремилась стимулировать у И.А. переживание страха; как только оно появлялось, она описывала, что с ней происходит, и «не умирала от страха». Кстати, дома во время одного из приступов гипертензии, сопровождавшегося тревогой, И.А. сумела пережить страх без таблеток и отметила с воодушевлением, что давление нормализовалось.

Продолжая «колдовать» с рисунком, я попросила пациентку зафиксировать на бумаге заветное желание (и, что не вырубить топором!), а также одну из реакций во время мысленной прогулки по улице, когда, пошатнувшись, она сказала себе: «Ну, толчок...» (в смысле — «Ну и что? И ничего особенного!»). Такая работа помогла пациентке справиться со страхом перед панической атакой, спра-

виться поочередно с каждым из элементов (технология см. Л.Н. Толстой «Рассказы для детей», притча «Отец приказал сыновьям...», 4 и 5 строчки).

Будучи зафиксированными на бумаге (очевидно прилипли?), страхи утратили свою силу с помощью водных ресурсов (и символического агрессивного действия). В целом же, чем более знакомыми и конкретными становились страхи, тем меньше становилась их интенсивность и значимость для пациентки.

В следующих сессиях пациентка несколько раз уделяет время сравнению родительской и собственной семьи. Ее собственная семья, ее поведение в ней, по утверждению И.А., совершенно противоположны родительской и поведению матери. У нее все по-другому. Это явно напомнило мне негативный комплекс — защита от матери. «Его лейтмотив — все, что угодно, но только не как мать... ..Такая дочь знает все, чем она не хочет быть, однако ей, по большей части, неизвестно, что же она, собственно, помышляет про свою собственную судьбу» (К. Юнг «Психологические аспекты архетипа матери» 1954). В родительской семье мать выполняла жесткую контролирующую функцию, определяя поведение детей (у пациентки есть брат и сестра). В собственной же семье И.А. несет, по сути, ту же функцию, но уже в «мягком» — манипулятивном варианте.

Она сама и ее болезнь — центральное связующее звено в семейных отношениях. У нее «все по-другому» — домработница, личный шофер, массажист и я — психотерапевт. И этим она управляет сама, чему я не раз была свидетелем. Пока она не имеет представления о своем сходстве с матерью и немного знает о различиях. Однако уровень осознания себя у И.А. еще таков, что фокусировать ее внимание на этом бесполезно. Да и тема звучит как-то «бокком». И я пытаюсь стимулировать переживание ею настоящего момента, различение собственных желаний.

Тема начинает звучать громче после звонка матери, которая на ее приглашение жить с ними сказала, что приедет, если ее будут слушаться. Ну вот, опять слышу жалобный голос пациентки: «Можно я Вам буду рассказывать, советоваться» Мне важно мнение еще одного человека». По сути, это скрытый вопрос о том, как лучше управлять матерью, ибо отказать ей И.А. трудно. И вновь фокусирование на границе «Я» и «не-Я», «мои желания — не мои желания», выражение протеста как формы агрессии. Впрочем, вяловато... вялова-

то... И.А. не то, чтобы совсем не имеет желаний, она не имеет *своих собственных, тех, которые бы противоречили желаниям других людей*. Она часто устает от визитов в их однокомнатную квартиру друзей ее сына, но никогда не говорит ему об этом. Ей слишком сложно находиться в оппозиции, требовать, она предпочитает убеждать.

Я явно чувствую, что в наших отношениях с И.А. появилось нечто, мешающее двигаться дальше. Пациентка часто «не понимает и не слышит», о чем ее спрашивают, жалуется и ноет, не выполняет домашние задания, приходит в замешательство и косвенным образом ставит мне это в вину, ведет себя так, как будто бы меня нет... И.А. почти не смотрит на меня, лицо обиженное, но обиду отрицает. После каждой сессии у нее болит голова, о чем она ритуально рассказывает мне в начале следующей. Я же злюсь и устаю, страдаю от ощущения своей неэффективности (ну что-то же можно с этим поделать! Только что?), избегаю тревоги, структурирую ситуацию информацией и совсем не проявляюсь как живой, со своими чувствами и потребностями, человек. Я почти в отчаянии. Куда же это **я** делась?

Наконец, случайная подсказка, как выйти к тому, что волнует меня в наших с пациенткой отношениях, обходя запрет на выражение агрессии. Это метафора, И.А. вдруг дает яркий образ: «Мы с Вами разговариваем, как через стеклянную дверь... И это точно между нами. С этим можно работать!»

В тот же период прошу супервизию у Олега Немиринского. Не могу понять двух моментов. Первое — как это пациентка делает так, что я с ней не конфронтирую. Не то, чтобы я бессильна (нет, я еще хорохорюсь!), но явно потеряла подвижность. Второе — насколько можно себе позволить удовлетворять потребность пациентки в «доброй маме»? Принципиально я не против, да что-то мешает. В конце супервизии вопрос стоит уже иным образом: «А, собственно, почему я не могу себе позволить пожалеть И.А.? «Похоже, что ей действительно не хватает моей поддержки. Временами она напоминает мне несчастного обиженного ребенка... Может быть, боюсь пожалеть? А чего? Зависимости, нытья... а дальше чего? А, ничего! Увижу эту зависимость ярко — разберемся! Надо только продолжить свой страх до конца и ... появляются варианты работы...»

Сейчас я про это думаю так. Здесь важно поддерживать обе трансферентные тенденции. Негативный перенос (то, что пациент-



ка привносит в наши отношения, то, как она организует переживание меня в качестве еще одной авторитетной личности в ее жизни) и ту часть, которая скрыта и существует как идеал, пример для терапевта, скрывающую в себе дефицитарную потребность. Сначала потребность в безопасности, что проявляется в ее стремлении уйти от неопределенности настоящего момента к определенности ее прошлого и сделать мои действия узнаваемыми и прогнозируемыми. Затем потребность в любви и привязанности, в чем у нее нет убежденности, как по отношению к мужу и матери, так и ко мне.

Сомнения же мои и неуверенность относятся к тому моменту, насколько это можно поддерживать, чтобы напряжение оставалось рабочим. С другой стороны, пока не удовлетворена дефицитарная потребность в любви и привязанности, не завершилась эта ситуация, откуда бы взяться потребности в автономии и независимости. Как я понимаю, должен пройти период символического доращивания невротического пациента для обретения им способности к самоподдержке и перехода на более высокий уровень личностного развития. У Е.Т. Соколовой это звучит так: «Спроецировав в Другого часть своего Я или «позаимствовав» ее от Другого, пациент становится с ним неразрывно связанным, поскольку только во взаимосвязи он способен компенсировать ущербность и самонедостаточность. Только относясь к Терапевту, не как к Другому, а как к части самого себя, как к своей собственности, овладевая и управляя им как собой (а собой как им), пограничная личность достигает, пусть иллюзорно, подтверждения чувства самоидентичности, утратив при этом чувство индивидуальности — своего своеобразия и автономности» (Е.Т. Соколова «Психотерапевтический контакт в работе пациентами, страдающими пограничными расстройствами»). И этот период всегда есть! Вместе с тем, в кладовой моей памяти хранится идея совмещения реалистического и символического планов (О.В. Немиринский). С совмещением, признаюсь, пока сложно... но я оптимистично смотрю в будущее!

И это сразу проявилось в терапевтических отношениях. И, хотя И.А. пока не рискует проявить свои чувства ко мне напрямую (с матерью это никогда не было возможным), фантазии про наши отношения стали более свободными, и в них появился намек на сотрудничество: «по улице, вдоль высоких домов мы идем куда-то вместе» (что потом и было осуществлено в реальности!). При этом

мне удается конфронтировать с ее манипулятивным поведением — оправданиями и задабриваниями, молчаливыми притязаниями и спрашиванием разрешения, замаскированными требованиями и утверждениями, имеющими внешний вид вопросов. Пустота и замешательство как будто бы становятся более редкими.

К этому моменту И.А. рапортует, что уже прямо предъявляет свой протест близким — мужу и сыну. Правда, называет это ростом раздражительности, но тут же вспоминает, что исчезли панические приступы и пошатывание. Боится, что они вдруг появятся.

И, наконец, в сессии напрямую говорит о своем недовольстве мужем. Она не уверена в том, как он к ней относится, ведь он разговаривает по телефону со своей бывшей женой и ее родственниками (И.А. все еще боится, что он к ней вернется?). Все финансовые вопросы в семье решает он, у И.А. нет права на голос — деньги зарабатываются не ей. От него трудно добиться ясного ответа, он уклончив.

Именно в конце этой сессии пациентку постигает инсайт — она сама произнесла эти слова: «Наверное, я все-таки не хочу выходить на улицу». А следующая сессия закономерно началась с амнезии этих слов (и так не раз, и не два в наших встречах) и ухудшения общего состояния. И.А. вновь несчастна, «давление скачет»... В то же время, косвенным образом (словами подруги) говорит об улучшении состояния в целом.

И далее, уже без экивоков, снова про мужа: он «не понимает ее», «его не устраивает ее болезнь», «его раздражает, когда она плохо себя чувствует». Между тем, он ни разу не сказал ей об этом напрямую. Ключевым моментом сессии стал вопрос — «Если бы Вы были полностью здоровы и ходили бы улицам спокойно, что изменилось бы в Ваших семейных отношениях?» Ответ пациентки был неожиданным даже для нее:

— Я бы развелась с мужем... И далее в быстром темпе и очень конгруэнтно:

— Он не выполняет договоров... Он все решает сам... Он не дает денег... Он решает, что для меня купить, а что нет... Он не реагирует на крик... Я проваливаюсь, как в вату...

Затем, позволив себе эту агрессию, И.А., по обыкновению (агрессия — вина — агрессия — вина), откатывается назад:

— Он хороший, он зарабатывает деньги для семьи, он много для нас делает...

Здесь я делаю довольно рискованную интерпретацию по поводу того, как пациентка удерживает себя от развода (по сути, акцентируя внимание на ее же словах) с помощью навязчивых страхов и соматических проявлений. И.А. впервые воспринимает эти слова без обычной обиды (а я делаю банальный, но глубоко прочувствованный вывод о пользе своевременных и вреде несвоевременных интерпретаций).

Теперь не страхи, а отношения в семье, становятся главной (и, мне кажется, «настоящей») фигурой терапии и И.А. переформулирует запрос на «решение семейной проблемы». У меня нет задачи разводить пациентку с мужем, вопрос оставаться, перестраивая отношения, или уходить, это ее личная ответственность. «Маленькая месь» пациентки — «ужастик» из жизни современной молодежи в конце сессии (подвалы, изнасилования, наркотики, пытки). «У Вас ведь, кажется, дочь?» — невинно спрашивает пациентка.

В семье, кажется, происходят какие-то подвижки... Даже муж И.А. в краткие периоды встреч в коридоре успевает рассказать мне страшилки. Где произошла и какая авария, что от кого осталось, а также где, кого и как зарезали ножиком... Пугает... Ранее за ним этого не наблюдалось... И, вообще, размышляю о нем, экспериментирую... В ответ, действительно, ни «да», ни «нет», ответы мягки, уклончивы... Собственное ощущение — в этого человека проваливаешься... или проходишь сквозь... Вспоминаю слова И.А. — «его воспитывали женщины».

20 сессия — типичный краткосрочный курс психотерапии закончен. Итак, наши приобретения... Переезд на новую квартиру. И.А. руководит, «циркулирует» из подъезда в квартиру и обратно, остается во дворе одна. Приступов нет, артериальное давление лишь один раз поднялось до 140 на 100. И.А. научилась справляться с тревогой и катастрофическими мыслями без препаратов за 2-3 минуты.

Продолжает тему отношений с мужем. Проблему видит в том, что не уверена в чувствах мужа (я возвращаю проекцию), да и в своих тоже. Пациентка вспоминает, что не знает любви. Фокусируясь на потребности — от мужа хочет внимания и заботы. Пытается добиться этого манипулятивным путем — акцентирую внимание на

прямом выражении потребности, благо и по отношению ко мне таких возможностей порядочно. Конфронтирую с постоянной склонностью И.А. к навязчивым оправданиям (словно ребенок перед матерью или перед собой). «Есть, есть у меня в голове контролер», — говорит пациентка.

Перед последними сессиями у меня возникает четкое ощущение, что меня надувают. Звонки, переносы сессий, договоры и их невыполнение, объективные причины... Проверить невозможно... да и какая разница... жду, что будет дальше, злюсь... не понимаю, что делать...

22 сессия — полгода работы. Утренний звонок, слабый голос И.А. : «Плохо... тревога...неприятные ощущения в предсердечной области... нет опоры...» Что там у них произошло? Вначале сессии — вдохновенный рассказ о заботливом муже сестры и сравнение со своим со слезами, злостью в голосе. Выражение лица — детское, обиженное. Обращаю внимание на слезы, слабый голос, символический смысл мольбы — «будь моим папой (мамой?)...» «Да он и сам без него вырос...» — задумчиво вспоминает И.А.

Впервые в наших отношениях я позволяю себе выразить раздражение из-за срыва сессий. Пациентка пугается, а я задумываюсь, каким образом выразила — вроде бы *от себя*. Скорее, контрпереносной здесь была бы реакция не выражать раздражение в ответ на косвенную агрессию, но это для И.А. не ново. Муж так и делает... Все чаще и чаще отказываюсь отвечать на манипуляции, предъявляю собственные реакции и, с полным правом, хочу прямого предъявления чувств и желаний.

Но вот ситуация обостряется — приезжает мать. И сразу пытается установить привычный стиль отношений — приказы, шантаж (рассказы соседям о плохой дочери), крик. В ее присутствии «защита от матери» превращается в пшик. Две грозных матери на одну пациентку — это уж лишку, и поэтому бдительно слежу за своими реакциями. И.А., по обыкновению, регрессирует: «Не бросайте меня!». «Я здесь, с Вами, и вправе рассчитывать на Вашу взрослую реакцию», — отвечаю в двух планах, символическом и реалистическом. И.А. говорит про этот простой способ сказать «нет», там, где посчитает нужным... И готова это делать. Я ей верю — в этот раз она достаточно энергетична. Хорошо бы поработать и с «да», но «нет!» — пока актуальней...

Через неделю — запланированный торжественный выход на улицу. Идем вместе. И.А. воспринимает это довольно спокойно. Побуждаю контактировать со своим страхом. Гуляем около дома ... вот она уже идет отдельно... оглядывается, возвращается и радостно говорит, что вполне терпимо. Смотрит вверх на дом и чувствует сильный страх. А я почему-то вспоминаю ее слова: «Я смотрю на нее (мать) снизу вверх...». И ... классический пример из зоопсихологии, когда утенок (или цыпленок, не помню) принимает за мать любой крупный, находящийся в его поле зрения, объект... Импринтинг, кажется! Кстати, И.А. в этом случае помогло осознание опоры на ноги и ощущение позвоночника — голова перестала кружиться, и... страх ушел...

Сессия эта (24-я) оказалась не то, чтобы последней... непонятно какой... И.А. звонит мне периодически и говорит, что собирается работать дальше... Поживем — увидим... Пока же она выходит из дома на улицу, выезжала летом на отдых. Дома, по-прежнему, не одна (с матерью). Панических приступов и сильного (парализующего) страха нет, с тревогой справляется, и все чаще без таблеток. Матери четко говорит «нет», когда та нарушает ее границу.

И это, пожалуй, тот самый момент, когда состояние улучшилось, первоначальный запрос удовлетворен, а проблемы стали только рельефнее. Что же, позвонит — поработаем! Про любовь-то мы еще совсем не говорили (см. эпиграф №2)...

*И. С. Захарян*

*Цвет небесный синий цвет  
Полюбил я с малых лет,  
С детства он мне означал  
Синеву иных начал.*

*Н.Баратошвили — Б.Пастернак.*

Открытое обсуждение материала сессий в доступной нам русскоязычной литературе встречается не так часто. В то же время именно этот материал представляет очень большой интерес. Это своего рода заочное супервидение, где все повороты консультативного процесса могут быть обсуждены открыто. Ниже приводится описание работы с мальчиком-подростком, основной жалобой которого были гневные неконтролируемые состояния, а внутренней проблемой — поиск своего места во взрослом мире, своей мужественности.

Он, назовем его Андрей, пришел ко мне из неврологического отделения, пришел вместе с мамой. Ему 11 лет, крепкий, коренастый, какой-то немного «нахохлившийся» — таким показался он мне при первом знакомстве. Итак, что же произошло, с чем они пришли ко мне? Андрей упал с пятого этажа. Упал удивительно удачно, в пяти сантиметрах от его головы остался железный лом, воткнувшийся в землю, он ничего себе не сломал, отделался ушибами. Врач, принимавший и лечивший его, сказал, что он родился в рубашке. Через пять дней его выписали. Но дома с ним стали происходить странные вещи. Он впадал в приступы страшного гнева по малейшему поводу, бил и крушил вещи, мебель, кидался на старшего брата, очень сильно «врезал» младшему, когда тот хотел его успокоить. После приступов приходило отчаяние, когда он часами лежал и плакал, говорил, что лучше бы разбился насмерть. По ночам его мучили кошмары. Страшные сны бывали и до падения, но после они участились и, если раньше гнались и пугали его, то теперь он сам во сне преследовал и жестоко убивал свою жертву. Еще он жаловался на сильное ослабление памяти после падения.

Говорила в основном мама, несколько сумбурно рассказывая мне о себе, своей жизни, своей семье. Основные моменты ее рассказа я

73 Впервые напечатано в журнале «Семейная психология и психотерапия», 1997, № 2.

повторю здесь, т.к. они имеют отношение к пониманию ситуации, в которой оказался Андрей. Анастасия Егоровна (имя условно) — очень крупная и, видимо, сильная женщина — работает поварихой в одной из школ города, встает и уходит на работу в четыре часа утра, приходит вечером, очень устает. Андрей и его младший брат — ее дети от второго брака. Первое замужество было неудачным, по словам самой Анастасии Егоровны, муж пил. Есть сын от первого брака, тоже «неудачный»: мальчику семнадцать лет, уровень умственного развития соответствует десяти годам, учится во вспомогательной школе, два раза лежал в психиатрической клинике, попадал туда после приступов сильной агрессии, во время которых все крушил в доме, выкидывал вещи в окно. У отца с приемным сыном отношения сложные, по словам матери, она «между ними». Отец — ведущий инженер в научно-исследовательском институте, приходит с работы еще позже. Андрей — «любимый» отцовский сын, его «надежда и опора». В отличие от старшего сводного брата он всегда хорошо учился (в одном из лучших лицеев города), был умным и самостоятельным. Он примирял семейные конфликты. Есть еще младший брат, ему девять лет, он занимается спортом (играет в теннис), у него масса достоинств, почетных грамот, дипломов. Но есть одна беда: он страдает энурезом. Маму пугали не только сами приступы Андрея, но сходство поведения среднего и старшего сына. И мать и сын говорили о падении как о каком-то рубеже. Мать думала, что от удара у него что-то «повернулось» в голове, однако обследование головного мозга не показало никаких изменений.

Сразу хочу признаться, что у меня в процессе работы, конечно, возникали интерпретации, идущие от психоаналитических идей. Они прежде всего были связаны с проявлением «эдипова комплекса» у мальчика с «двумя отцами» (реальным отцом и старшим сводным братом). В этой семье сильна конкуренция между двумя старшими мужчинами (тем более, что они не родные), и мать «между ними». С этим связана сложность при формировании сексуальной идентификации. Образ мужчины, находящегося рядом с матерью, раскалывается. С одной стороны, это как будто может упрощать конфликт: все хорошее можно приписать одному, а все плохое — другому. Но ведь мать любит обоих и мечется между ними. Возникает сложный выбор. Эти идеи помогали мне глубже понять происходящее, но что они могли бы дать Андрею, поделись я с ним своими

размышлениями? Актуальное взаимодействие с ним на его символическом материале представлялось мне более продуктивным.

На первой сессии вместе с мамой он следил за ее рассказом о нем, временами раздраженно встревал, поправляя и ругая ее за неточности. Он производил впечатление взъерошенного и обиженного зверька, все вокруг были виноваты: врачи — что рано отпустили, младший брат — что хотел остановить, старший — что вообще существует, — но больше всех виновата была мать, каждое ее движение вызывало раздражение. Его как будто бы не было в его собственной жизни, он весь сосредоточился в отталкивании.

Но уже со второй сессии все стало меняться. Мы начали обсуждать его гневные состояния. Я предложила ему нарисовать свой гнев. Андрей начал медленно. Появился контур человеческой головы, линия переходила в плечи.

— Твой гнев в голове.

— Да, там как будто лампочка загорается.

Он рисует лампочку внутри головы. Интересно, что лица на рисунке нет, это затылок? Я уточняю, Андрей говорит, что это *«просто голова»*. Мое ощущение буквальной обезличенности не рассеивается.

Лампочка внутри начинает разгораться: Андрей берет более интенсивный красный цвет.

**А:** И вот так она загорается, и лучи начинают по всему телу расходиться.

Все сильнее и ярче, напряжение нарастает и, наконец,

**А:** Взрыв! И осколки летят во все стороны.

Красные полосы на рисунке вырываются за пределы синего контура головы как бы нарушая пределы. Так бурно он начинает исследовать границу своего контакта с миром. После «взрыва» он некоторое время молча смотрит на рисунок. И затем на мой вопрос о состоянии говорит, что теперь ему легче, он «остыл».

Эта сессия была в каком-то смысле ключом к нашей дальнейшей работе. Не в том смысле, что она определила главную и единственную тему, а именно в смысле открывания дверей, пути к новым возможностям. В течение этой сессии, как и в трех следующих, мы работали с выражением гнева. Возможность свободного выражения гнева была первой насущной потребностью, которая находила свое разрешение в нашем контакте. Кроме рисунка мы работали с



голосом, с движением, мы вместе искали разные пути выражения агрессивных эмоций. По мере разрядки гнева за ним проявлялась новая фигура, пока неясная, но очень важная для самого Андрея. Начинала звучать тема несостоятельности, неуверенности в себе. В конце четвертой сессии, посвященной прояснению отношений со сверстниками (мы работали в технике двух стульев) он вдруг спросил, сможет ли он еще походить ко мне на занятия после того как его выпишут.

**И:** А тебе это нужно?

**А:** Да, я чувствую себя увереннее, но еще не совсем.

Встречи наши продолжали начинаться его недовольством: окружающие не так с ним обращались, как ему бы хотелось. Описывая ситуации, он как бы расчерчивал пространство руками, обозначая для себя и для меня формы и объемы, его способность и склонность работать с цветом была видна в рисунках. Способом, объединяющим возможности пластического и цветового выражения, стал пластилин, работу с которым я предложила ему на пятой сессии. Он с радостью откликнулся на это предложение. Сейчас не знаю, была ли моя мысль о пластилине результатом рационального соединения «пластики» его описаний с цветом рисунков, скорее всего нет, но именно она стала счастливой находкой в нашей работе.

**А:** Во мне как бы два человечка: один все время хочет драться, он пусть будет красного цвета, а другой его боится, ну, он будет предположим белый.

Говоря это, он лепит сначала красного, потом белого человечка. Он сначала вылепливает параллелепипед, аккуратно подравнивая его со всех сторон, потом разрезает с одного бока, делая ноги, потом приделывает руки и голову. Фигурки крепкие, устойчивые, хоть и несколько грубоватые в своих робото-формах. Я слушаю его комментарии, спрашиваю о возможностях и способностях одного и другого, проясняю место каждого из них в его жизни.

**А:** И потом красный идет на белого. Начинают драться. Белый тоже начинает краснеть, и они вот так в один красный ком.

Он показывает движения красного и белого, красный — в правой руке, белый — в левой, но в общий ком их не сминает, видимо, они нужны ему еще по отдельности. Напряжение нарастает, эта внутренняя драка — стереотипная форма его реагирования на очень разные ситуации: мать не спросила его — наняла репетито-

ра по математике. «Я буду издеваться над ней». Просил принести картошку в банке, принесла в пакете — чуть не истерика — и т.д. Пожалуй, все эти ситуации объединяет одно качество: в них всегда кто-то за него решает. Возможно, своим гневом он закрывается от переживания своей неуверенности. Неуверенности в способности сделать самому свой выбор.

**И:** И что же дальше?

**А:** Дальше появляется желтый и разнимает их.

Андрей берет желтый пластилин. Фигурку желтого он лепит долго, более тщательно.

**И:** Кто этот желтый?

**А:** Отец, может быть.

*И эту ситуацию решает не он, хотя она внутри него.*

**А:** А, может, и не отец. Иногда отец, иногда кто-то другой.

Это, как мне кажется, очень важный момент, Андрей хотя и отчасти пока, но все же принимает ответственность.

**А:** Желтый всегда спит, он просыпается только когда они дерутся.

Вот так, момент драки — момент оживления.

**И:** Только их драка его будит.

**А:** Ну да, остальное время он спит.

Желтый — интегрирующая в этой ситуации часть его «Я», т.к. именно она не «вступает в драку» и не боится, а «разнимает, мирит» красного и белого. Желтый засыпает, отдавая внутреннее пространство гневу и страху, как он сам обозначил роли остальных. Поэтому мне важно здесь поддержать присвоение им его желтой части и в то же время вступить в некоторую оппозицию к его сну.

**И:** А ты вообще любишь поспать.

**А:** Ну да, так.

**И:** Что тебя будит?

**А:** Будильник.

**И:** Видимо, для желтого драка — это будильник.

**А:** Да, наверное.

**И:** Но, возможно что-то еще может быть будильником?

**А:** ... Ничего.

**И:** Ничего...

«Ничего», — довольно драматичный ответ, Андрей долго думает над ним и произносит с какой-то злостью, как говорят «в сердцах». В этой сессии мы остановились на рассерженной ноте. Мне бы, может

быть, хотелось (особенно сейчас, когда я все это описываю), чтобы окончание было каким-нибудь другим, ну, например, таким:

**А:** Но даже когда спит, желтый — начеку.

**И:** Начеку.

«Начеку» — значит «есть», значит «жив», хоть и спит. Но на самом деле так не было. В следующей работе я, возможно, постараюсь не останавливаться на моментах, где решение еще не найдено. Но в его «ничего» было много энергии.

На следующий день Андрей не пришел. Мне было немного тревожно, но я верила в его силы. Это был кризисный момент. Как потом он описывал: «Я ходил по коридору (больницы) и повторял себе: «Ну, просыпайся же, просыпайся». И так разозлился, что сбежал». Сбежал он домой и в тот же день вернулся, в больнице не было никакого переполоха, но в его душе, видимо, был.

Через день была наша шестая встреча. Он был встревожен. Весь час говорил сам, рассказывал истории из своей жизни, лейтмотив которых оставался прежний: кто-то решает за него, он недоволен. Но поменялось его отношение к ситуации: теперь он был недоволен не только кем-то, ясно звучало недовольство собой. Мне важно было прояснить этот мотив в контексте нашей работы.

**И:** Мне кажется, ты на меня за что-то обижен.

**А:** *Я (начинает как-то напряженно соображать, как будто что-то искать) обижен?... Да не может быть... Хотя действительно, сегодня я как-то не так сюда шел. Да... обижен... что же это. Да, ну вот я тут рассказываю, вроде легче становится, но все равно не понятно...*

**И:** Значит я плохо работаю.

**А:** Нет, вы хорошо работаете, но у меня концы с концами не сходятся.

**И:** Ты хотел бы, чтобы сошлись концы с концами.

**А:** Истории-то все разные я рассказываю, не понимаю, как они связаны.

**И:** Тебе хотелось бы их связать.

**А:** Ну да, наверное.

Седьмая наша встреча начиналась его недовольством. Медсестра Вера не дала таблетку, он ее просил — просил, а она как не слышит. И вообще она его всерьез не воспринимает, относится к нему как к маленькому, более взрослым позволяет называть ее «на ты».

**А:** Борьке тринадцать, ему можно ее «на ты» называть. Ну что эти два года, мне одиннадцать.

Он как будто не находит точных слов для определения своего состояния. Он морщит нос, чуть приподнимая верхнюю губу, глаза смотрят вниз, так смотрят на что-то очень неприятное. Я повторяю выражение его лица.

**И:** Одиннадцать, действительно, возраст какой-то

**А:** дурацкий, и не туда и не сюда.

**И:** И не туда и не сюда.

Одиннадцать — какое-то безвременье, которое мы с ним вместе пытаемся превратить в межвременье, а потом и просто в момент жизни. Он продолжает понемножку бурчать и жаловаться на окружающих.

**И:** Ты сейчас что делаешь?

**А:** Нет, я не жалею, это не в моих правилах.

*Он берет в руки пластилиновых человечков, смотрит на них.*

**И:** Как ты думаешь, в трудной какой-то ситуации, что будет делать красный и что белый?

**А:** Ну, красный будет драться, а белый...

**И:** пожалуется кому-нибудь более сильному?

**А:** ...да, наверное. Вот я говорю, что они не мои, они откуда-то плюхнулись в мою жизнь. Их не должно было быть.

В это время он берет желтого человечка и ножом для пластилина ковыряет ему грудь. Отторгнутая (уснувшая) часть «Я», возвращаясь, ищет свое место и продолжение в истории жизни личности.

**И:** Ты сердисься на него.

**А:** Да, я злюсь на него, это он все проспал. А должно было быть все не так. Знаете как должно было быть! Их не было, был один желтый. Должен был появиться синий.

Начинает звучать новая тема, тема восстановления связи времен (в этот «дурацкий» возраст иногда происходит то, чего «не должно было быть», и наступает «не свое» будущее, что-то «должно было» случиться и не случилось). В его словах довольно много энергии, но какой-то рассерженной, энергии неслучившегося. Желтого он отбрасывает и берет довольно длинный кусок коричневого пластилина, лепит столб и делает на нем какие-то зарубки.

**И:** Что это?

**А:** Это как бы такая полка или шкаф. Здесь на таких дискетках записано все, что со мной происходило. И принадлежит он желтому. Желтый должен был передать его синему, когда синий появится. Но синий не появился, а плюхнулись эти двое.

В нашей истории замаячил новый герой — синий. В мальчике должен был проявиться мужчина, но гнев и страх помешали его появлению. В руках его коричневый «информационный столб», он разравнивает пластмассовым ножиком его грани, «стирает» сделанные до этого «полочки».

**И:** Что-то происходит с информацией твоей жизни?

**А:** Да, она стирается. Я забываю.

**И:** Это очень важно, чтобы синий появился.

**А:** Да, но теперь я не знаю где он. Может, он вообще не появится. Или, может, он где-то заблудился. Не знаю я, где он.

**И:** История длилась — длилась и прервалась.

**А:** Да, прервалась. Вот, когда я упал, или даже как-то раньше.

Здесь впервые у Андрея возникает предположение о том, что его внутренний кризис начинается не с момента падения, а «как-то раньше». После падения он «все рассказал», все свои проступки, все, что делал наперекор распоряжениям матери, что составляло его тайну, все «выдал». Он самоутверждался этим противостоянием матери. Но это был тоже своеобразный отказ от самостоятельного выбора: не так, как велит мать, а просто наоборот — это проще, чем искать свой третий путь. В какой-то момент Андрей потерял внутреннюю опору или, может быть, не нашел ее. Он сошелся ближе с компанией сташего брата, хотя как будто бы и не хотел сходиться (а уж родители-то как этого не хотели), чаще стал делать то, что как будто бы и не хотел делать. Чем дальше, тем больше возникало ощущение неслучайности его падения. Это была не только внешняя, но и внутренняя потеря опоры.

**И:** Кто бы мог продолжить историю?

**А:** Никто. ... Желтый..., но он спит.

**И:** А сейчас ты какой?

**А:** Красный.

Нет, это уже старая тема, он был красным — агрессивным в первой половине нашей работы, но не сейчас, и, подумав, он говорит.

**А:** Но я ведь не дерусь с вами. Нет не красный. И не пугаюсь — значит, не белый. Так что, выходит, желтый?

Он думает. Его размышления никогда не бывают холодно логическими. Они больше похожи на прислушивание к себе, к тому, что с ним происходит.

**А:** Да...желтый.

**И:** Желтый и не спишь?

**А:** Не сплю.

**И:** Как же ты проснулся?

**А:** Не знаю...

Он начинает задумчиво говорить о том, что он теперь сильнее и может меньше спать, а руки его сами собой лепят меч из желтого пластилина.

На следующую встречу он пришел радостный. Весь час рассказывал взхлеб истории из своей жизни. Я слушала. Ближе к концу я спросила его, как он себя чувствует.

**А:** Я как будто бы вернулся к тому каким был раньше.

**И:** Ты так точно и детально все помнишь.

**А:** Это только то, что раньше было, а что сейчас — совсем не помню...

Он хмурится, но сейчас в жалобе на память есть явная доля кокетства. Хотя действительно, все истории, рассказанные им в этот день относятся к «былым похождениям».

Девятая сессия начиналась тоже без былого «бурчания». Он вспомнил про своих человечков, стал их «подравнивать», поправлять.

**И:** Как там синий?

**А:** Я думаю, что это только время решит, когда он появится.

Его слова еще раз подтверждают мое предположение о том, что «синий» — некоторое будущее состояние, дорогу к которому он ищет. Ему хочется встретиться с мужчиной в себе, и он не решается.

**А:** Но просто ждать тоже опасно. Он может тогда сам не появиться.

В пространстве его внутреннего мира синий уже появился или, вернее, он стучится в его душу (как пепел Клааса).

**И:** Ты хотел бы почувствовать себя мужчиной.

**А:** Да...

Он как будто в замешательстве. Сейчас чтобы почувствовать себя мужчиной ему нужна какая-то еще поддержка кроме моей.

**И:** Кто-то мог бы помочь тебе.

**А:** Да... но я не знаю, захочет ли он...

«Он» — вот, сейчас ему нужна поддержка какой-то мужской фигуры.

**И:** Ты мог бы представить себе этого человека вот здесь (ставлю второй стул) ?

**А:** Да, пожалуй...

Он смотрит на стул напротив и что-то начинает происходить. Он напряженно смотрит на стул напротив, руки сжимают подлокотники кожаного стула, молчит, потом переводит взгляд на своих пластилиновых человечков, которые стоят на столе возле него.

**А:** *Что-то происходит...* (он толкает человечков «лицом» на стол) *они все не то умерли, не то уснули... как же я без них, это же мои части... Но теперь есть время появиться синему. Времени очень мало, может не хватить.*

Он хватает синий пластилин и начинает лепить синего. Напряжение растет.

**И:** Я могу тебе чем-нибудь помочь?

**А:** Да, вы можете подействовать на них, чтобы они подольше не просыпались.

Это очень важный для каждого из нас момент. В его истории — это проявление нового персонажа. В моей истории — это путешествие в его пространстве. Чтобы дальше он мог путешествовать сам, сейчас ему нужен помощник и мы идем вместе. Психоаналитик, возможно, назвал бы это позитивным «трансфером», «переносом». Я как бы попадаю внутрь его истории, становлюсь одним из его персонажей. Происходит переворачивание треугольника автор-герой-зритель и сейчас он — автор. Вернее, в повседневной жизни он отдает авторство кому-то более сильному, возможно, маме, сам становясь зрителем собственной жизни. Но сейчас я не могу позволить ему быть зрителем, ведь на самом деле автор — он. И я спрашиваю:

**И:** Как я могу на них подействовать?

**А:** Вы можете их загипнотизировать.

В каком-то смысле это звучит для меня как «влюбите меня в себя», и у меня есть выбор: или прямая конфронтация («я не владею гипнозом», например), или попытка прояснения желания, сохраняя игровой баланс символического и реального уровней. Я пробую второй вариант.

**И:** Тем самым я помогу синему появиться?

**А:** Нет, синего должен сделать только я сам.

Андрей лепит синего, он очень спешит, ноги не получаются, он сминает все, лепит заново.

**А:** Желтого я тоже долго лепил, дольше, чем красного и белого. Желтый на самом деле сильный, он только силы своей не знает.

**И:** Желтый сильнее, чем ему кажется.

**А:** Да, сильнее.

Тело синего готово, но еще нет головы и рук. Андрей поднимает желтого человечка.

**А:** Желтый проснулся.

Продолжает лепить. Когда все уже почти готово, поднимает красного.

**А:** Красный проснулся.

И тут же в центр поля он с размаху ставит синего. Руки у него сделаны из пластилина чуть-чуть другого оттенка.

**А:** Успел. Но руки у него временные, потом руки будут другие. Ура! Правда, руки пока временные.

**А:** Да, но что будет, когда красный опять пойдет на белого? Желтый теперь не спит и есть синий. Но мечом можно нанести только один удар.

(Интересно, что это перекликается с архитипическим образом меча, получаемого Парсифалем в замке Святого Грааля. Меч должен сломаться в первом же бою. Обновить его может только тот кузнец, который его делал. «Если кузнец перекует этот меч, он уже никогда больше не сломается». Подробнее об этом см. в кн. Джонсона Р.А. «Он. Глубинные аспекты мужской психологии»).

**А:** А ведь если красный и белый появились в моей жизни, это не просто так, зачем-то они мне нужны.

**И:** Ты хотел бы что-то оставить от них.

**А:** Да, но что... От белого должна остаться осторожность, а от красного — решительность. И информационный столб у синего будет свой, он будет семицветный. Там ведь дети пойдут, жена. Девочка — один цвет, мальчик — другой, жена — третий... Может быть, так будет: красный и белый сцепляются, синий и желтый их обступают и тут удар (все это он проигрывает фигурками), головы красного и белого отлетают, ... все.

**И:** Ты хотел бы, чтобы было так.



**А:** Ну да, так было бы нормально... Но будет скорее всего не так. Красный пойдет на синего, а белый на желтого. Желтый быстро справляется с белым, а вот синий...руки-то у него временные. Красный начинает его побеждать. И тут желтый отрывает половину информационного столба...Вот! Вот мое падение...Или даже раньше, когда я пошел не в ту колею...

Второй раз возникает это «раньше», как момент осознания того, что душевный разрыв, кризис связан не именно с внешним моментом падения, но с тем, что происходило с ним «до того», с тем, что он пошел «не в ту колею». Моя роль могла быть в том, чтобы не обвиняя и не пугаясь его страхов, поискать вместе с ним новый возможный путь.

**А:** И он дает эту половину синему (половику коричневого информационного столба — И.), как дубину. Синий этой дубиной побеждает красного, голова откатывается и они с желтым восстанавливают информационный столб. Вот, теперь я понял, постоянные руки у синего будут из красного и белого. Да, вот так. Мне теперь надо подумать. Но думать я могу только вечером, часов после десяти, когда тихо и темно.

**И:** Что ты сейчас чувствуешь?

**А:** Я чувствую себя сильнее.

**И:** Где твоя сила?

**А:** В голове. Я умею думать.

Проявилась фигура синего как фигура потребности стать мужчиной. Чтобы почувствовать собственную мужественность нужно «победить» (не в смысле «уничтожить», а в смысле «овладеть, стать сильнее, присвоить») свой гнев и страх, своего красного и белого. Но путь, шаг еще не совсем ясен, есть предположения, которые Андрей проверяет в действие, но пока это гипотезы. Несмотря на два проигранных варианта схватки красный и белый пока остаются «в игре».

Десятая встреча начиналась с его рассказа о том новом, что он в себе чувствует. «Во мне спокойствие какое-то появилось,- говорил он.- То, что раньше меня просто бесило, сейчас уже так не выводит». Потом он рассказывает несколько примеров из своей теперешней жизни. Вновь возникает фигура «помощника». На мой вопрос, какой цвет пластилина он взял бы для его фигурки, Андрей отвечает, что он «семицветный».

**И:** А ты напротив него какой?

**А:** Зеленый.

**И:** Ты знаешь, что если желтый смешать с синим — получится зеленый?

**А:** Нет, я никогда краски не смешивал.

**И:** Хочешь попробовать?

Я предлагаю ему эксперимент, связывающий разные цвета. В нем есть желтое (детское) состояние и синее (мужское). Появление зеленого как теперешнего актуального состояния может быть шагом, восстанавливающим прерванную связь.

Здесь автор, нашедший действительное реальное состояние его «Я», — он сам. Но происходит это стихийно, вне связи с прошлым и будущим, вне истории его жизни. Чтобы восстановить эту связь психолог становится автором на момент и предлагает эксперимент. Если эксперимент удачен, он закрепляет «авторство» клиента. Андрей берет акварель, кисточку и смешивает на листе синий и желтый цвет. Эксперимент доставляет ему (и мне) явное удовольствие. На этой радостной точке мы останавливаемся.

На следующей встрече Андрей продолжает исследовать новый опыт «смешивания» красок. Для него неожиданно, что получается не просто «грязный» старый цвет, но интересный новый. Кроме того, у него появляется возможность исследования оттенков. От смешивания акварели он переходит к попыткам смешивания пластилина. Это новый опыт не только для него, но и для меня. Если с кусочком желтого пластилина смешать кусочек синего, действительно, будет зеленый. Мне кажется, это очень важный интегрирующий опыт. Зеленый становится метафорой перехода от желтого к синему, перехода не через «грязно-желтый», а через самостоятельный, отдельный цвет — зеленый. Для Андрея, возможно, это и есть опыт преодоления «безвременья». Не переживания того, что называется «переходным возрастом», а проживания его.

Двенадцатую сессию он начинает тем, что у него есть только одна, но ужасная проблема. Медсестра оставила в палате три иглы от шприцов. Две он ей отдал, а одну оставил себе плести «фенечки» (небольшие веревочки из ниток мулине, которые на счастье завязывают друг другу на руку). Пластмассовый набалдашник отломился, этой иглой он машинально тыкал в подушку своего соседа (сидел на его кровати), и игла ушла в подушку. Он тут же, ничего не гово-

ря, забрал подушку себе, соседу отдал свою. Но ему скоро выпишываться, и его мучает мысль о том, что иголка потом может выйти и вколоться кому-нибудь в голову. Он явно ждет от меня совета, я — «сильный старший товарищ»,- срабатывает старый стереотип. Мы как будто идем по кругу. Пройдя уже некоторый путь на символическом уровне, Андрей во встрече с реальностью «начинает сначала». Но я хочу, чтобы он сам научился ориентироваться в своей жизни, советов не даю.

**А:** Техничкам сказать — так они по голове половиком надают. Я думал, может, распороть, мальчишки говорят, давай распорем. Я как дурак на сто раз уже эту подушку прощупал вот так пальцами. Мамочка там еще одна в нашей палате лежит, она тоже прощупывала. «Вот,- говорит,- нашла». А это большое перо оказалось. Как найти свою иголку в чужом стогу? Иголка-то моя, а стог-то чужой. Матери сказать, она новую подушку купит. Но это ведь она. А сейчас скоро меня выпишывают, кто-то ляжет, или даже я сам через два месяца приду, лягу...

**И:** Тебе страшно даже думать об этом.

**А:** Да, этот страх как будто гонится за мною.

**И:** Какой он?

**А:** Такой белый, большой, как приведение.

**И:** Ты мог бы нарисовать его?

Он рисует ручкой большое белое приведение с черными глазами, длинными руками и огромным ртом. Рисует без особого желания, он как будто не получил, чего хотел.

**И:** Большое белое привидение, а ты какой?

**А:** Тоже белый почему-то.

Я предлагаю ему «побыть» привидением, он отказывается. «Не могу, не хочу, ничего не чувствую». Он начинает рассказывать истории, где кто-то в чем-то его подозревает, а он на самом-то деле не виноват. И я понимаю, что его страх не просто страх (темноты или одиночества), он боится почувствовать себя виноватым.

**И:** Наше время подходит к концу. Как тебе сегодняшняя работа?

**А:** Как-то часто на одном месте толклись.

**И:** Кто-то в этом виноват?

**А:** Я.

**И:** Ты чувствуешь себя виноватым.

**А:** Да, но мне трудно об этом говорить. Я в глаза вам не смотрю. Я вообще людям в глаза не смотрю. (Смотрит в этот момент мне в глаза).

**И:** Но сейчас ты смотрел мне в глаза. Тебе трудно, но ты говоришь о своей вине. Может ты попробуешь выразить свое чувство, глядя на меня?

**А:** Нет, не могу.

**И:** Какой ты сейчас?

**А:** Зеленый.

Он прошел через признание чувства вины в нашем взаимодействии и, может быть, теперь оно не будет так его пугать. На следующую встречу он приходит довольный.

**А:** Я решил проблему.

Он рассказывает о своем решении (распорол подушку), о том, как пришлось все-таки разбираться с техничками, не все получилось так, как он рассчитывал, но сделал он все сам и проблема решена. Еще он говорит о том, что вчера подрался. Но о драке он рассказывает иначе, чем раньше, это не драка в прежнем смысле слова.

**А:** Первым я не лез. Но если ему хочется, я отмазываться не стану. Я всегда давал ему отдышаться, ждал. Или там медсестра идет — мы сели — сидим как ни в чем не бывало. Только она прошла — я не начинаю, может он не полезет больше — нет, лезет. И в больные места я его не бил, ни по морде, ни в живот ни разу не попал.

**И:** Тебе удавалось «сохранять голову» даже в драке.

**А:** Ой, слушайте, мне очень хочется слепить оранжевого.

Он лепит оранжевого человечка и говорит, что он (оранжевый) — наблюдатель. «Как судья на рыцарском турнире» (образ его). Оранжевый может со стороны взглянуть на ситуацию, осадить красного, если он действует не по правилам. Он и сильный и спокойный, сам он в бою не участвует, он наблюдает.

Вот он, тот важный соединяющий шаг. Необходима была способность отделиться, посмотреть на ситуацию со стороны, именно это и стало моментом роста. После появления оранжевого вновь разыгрывается схватка синего и желтого с красным. И теперь они (с помощью оранжевого) побеждают. Белый убегает, желтый догоняет его. Головы белого и красного он оставляет, смешивает их в один розовый комочек, из которого «можно сделать защиты им всем» (желтому, синему, зеленому и оранжевому), прилепив по кусочку к груди.

**А:** *Вот это настоящая история.* (Он доволен и спокоен).

**И:** Я рада, что ты нашел настоящую историю.

**А:** Я тоже рад. Сегодня меня выписывают. Я смогу прийти к вам еще, если будет нужно?

**И:** *Да, конечно.* (Я записываю ему номер телефона, по которому он может позвонить и договориться о встрече).

**А:** Я позвоню вам сам.

Бог любит троицу. В этот третий раз он дошел до конца этой истории. Выбор определялся его внутренним ощущением правды, соответствия избираемого варианта действия чувству и мысли. Он нашел нового оранжевого помощника. В реальной жизни критерием роста стало самостоятельное решение ситуации, которая раньше представлялась неразрешимой. Теперь он может обойтись без меня. Это радостно и грустно одновременно. Страшные сны его больше не мучают, и приступы разрушительного гнева больше не повторялись.

Остановился на том месте серый волк и сказал: «Ну, Иван-царевич, послужил я тебе довольно верою и правдою. Слезай с меня, с серого волка, теперь есть у тебя конь златогривый, так ты сядь на него и поезжай, куда тебе надобно; а я тебе больше не слуга».

Серый волк вымолвил эти слова и побежал в сторону; а Иван-царевич заплакал горько по сером волке и поехал в путь свой с прекрасною королевною.

## Работа с ребенком, подвергшимся сексуальному насилию<sup>74</sup>

*Светлана Шашкова*

Речь пойдет о случае из практики работы в социально-реабилитационном центре (СРЦ) для несовершеннолетних.

Из городской клинической детской больницы поступила девочка С. 4-х лет. В сопроводительных документах на ребенка содержались сведения о том, что ребенок неоднократно подвергался сексуальному насилию со стороны мужчины, который работал штурманом на водном транспорте в московском регионе. В семье С. было еще две дочери: старшей В. — 7 лет и самой младшей Н. — полтора года. По сведениям из возбужденного уголовного дела, их мать, зная точно, через что приходилось проходить детям, отдавала С. и В. за деньги педофилу, который брал их с собой в рейсы. Также эта мать позволяла использовать своих дочерей в порнографических съемках с тем же извращенцем.

Подробности неоднократно совершенных насильственных действий над С. были ужасными. По этой же причине старшая сестра В. позже тоже поступила в наш СРЦ.

Психологическое состояние С. на момент поступления в СРЦ: психика ребенка сильно травмирована, с признаками посттравматического стрессового расстройства (высокий уровень тревоги, плаксивость, яркие эмоциональные вспышки по незначительным поводам, стойкое ощущение надвигающейся угрозы, ночные кошмары, боязнь взрослых мужского пола и мужского голоса, страх повторения насилия, расстройство познавательной деятельности). Первые встречи с ребенком у меня вызывали слезы. Даже представить было невозможно, как такая хрупкая, маленькая девочка выжила после пережитых насилий! Во взаимодействии с С. я чувствовала себя неуверенно, часто ощущала дрожь: амбивалентное желание бросаться и жалеть ребенка, и в то же время не встречаться с ней больше, так как, казалось, я не смогу ничем ей помочь, и вообще такие встречи оставляли горький и тяжкий осадок. Я жила в не проходящем чувстве бессилия и отворачивания. И это был мой первый опыт работы с глубоко травмированным ребенком. Объективные обстоятельства (девочка находилась в группе детей, за которой

<sup>74</sup> Впервые напечатано в «Журнале практического психолога», 2012, № 5.

в качестве психолога закреплена я) и интервизии данной работы с коллегами помогли мне не сбежать из терапевтической позиции. Мне важно было заботиться о себе, о собственной внутренней экологии, чтобы не сливаться с ребенком и давать ей опоры в проживании последствий травмы.

Большую часть времени работа с ребенком проходила в игровой реабилитационной комнате, так как основная ведущая деятельность детей 4-х лет — игра. Конечно, С. не могла осознавать и выражать свои чувства и эмоции как взрослый клиент. Я целиком доверяла игре своей подопечной, шла за ней, наблюдала, спрашивала, помогала ей озвучивать чувства.

Период терапии длился около года и состоял из тридцати встреч.

Первые 7-8 занятий были посвящены мною установлению доверительных отношений с ребенком. В ходе этого процесса девочка вела себя беспокойно: начинала сюжетные игры и бросала свои затеи, задавала много вопросов, обращалась с массой просьб (накрыть домик, в котором она сидит, покрывалом; включить музыку; танцевать по ее просьбе, рассаживать игрушки и т.д.). Я внимательно прислушивалась к потребностям ребенка, показывала ей, что я рядом, что на меня можно рассчитывать и доверять мне. Каждое занятие в игровой реабилитационной комнате начиналось с того, что девочка просила меня вынести из помещения большую куклу, изображавшую мужчину. Сама она очень боялась подходить к этой игрушке. Когда я увидела, что С. ко мне уже более или менее привыкла, мне стало еще сложнее работать с ней на наших встречах, так как у девочки появилась потребность жестко контролировать ситуацию нашего с ней взаимодействия! Она стала мне буквально приказывать, что делать: обращалась ко мне таким тоном, который вызывал во мне ощущения, будто С. пытается унижить меня. Было ясно, что девочке необходимо было как-то управлять отношениями со значимым взрослым, находящимся рядом с ней. Она пыталась делать это директивным тоном, криком, истерикой, скорее всего копируя то обращение к себе, которому она подвергалась до поступления в СРЦ, в том числе в ее истории с насильником. Моя стабильность рядом с ней, озвучивание чувств помогли постепенно легализовать гнев, обиду, отвращение С. к предательству близких. Эти чувства девочка сначала выражала находящемуся рядом взрослому — мне, терапевту. Взрывалась С. по любому мелкому поводу,

впадая в долгую истерику и, в тоже время, бесконечно плача, как беспомощный младенец, на моих руках...

В рисунке «Моя семья» С. изображала всех членов своей семьи, кроме себя. Мама и старшая сестра В. изображались ею в сугубо сером цвете, с окровавленными головами... Эти две сильно заштрихованные женские фигуры прорисовывались с особым нажимом: таким образом, С. выражала свой гнев по отношению к предательству. Позже сестра В., которая подвергалась растлению вместе с С., поясняла, что насильник «попортил С.», а ее нет... Действительно, только С. подвергалась половому контакту. Хотя обеих девочек педофил заставлял удовлетворять себя орально. По всей видимости, защитная проекция В. на С. «испорченности» помогала старшей сестре переживать травму насильственного и «грязного» нарушения всех ее духовных и телесных границ. Фигура отца, напротив, была внимательно раскрашена С. радужными цветами (торс — бирюзовый, ноги в брюках — оранжевые), что в дальнейшем мной рассматривалось как ресурс и возможность восприятия мужской фигуры не только как угрожающей ее жизни, но и как заботливой отцовской. На тот момент, со слов С., отец сидел в тюрьме, он был «хороший», и она по нему скучала. Однако даже на отцовской фигуре С. нарисовала коричневый ремень с яркой пряжкой, что являлось маркером страха и недоверия к мужской фигуре.

Последующие 17 встреч проходили примерно в таком режиме: девочка проживала регрессивные состояния бурно, тяжело. Приходилось носить ее на руках, играть с ней в «дочки — матери», где С. пробовала удовлетворять все свои фрустрированные потребности в безусловной любви, опоре на сильного взрослого рядом и доверии значимому взрослому. Она играла грудного ребенка, вернее, даже не играла, а проживала состояние беспомощности, горя, зависимости от взрослого....

Перед каждой нашей встречей мне приходилось морально себя подготавливать к взаимодействию с девочкой. Ее яркие эмоциональные вспышки по любому незначительному поводу (например, я что-то нарисовала на 1 см длиннее или положила игрушку не в том месте) часто вызывали у меня страх и ощущения, что я точно не знаю, как себя вести с ней. Я проживала свое бессилие и порой вытесняла свой гнев к С. за то, что я тоже не могла хоть как-то контролировать наше с ней взаимодействие. При этом я продолжала



оставаться с ней в отношениях. В этот период мне приходилось обращаться за помощью к психиатру: нервная система у С. была очень расшатана, и девочке была необходима медикаментозная помощь наряду с психотерапией. Ей продолжали сниться страшные сны, просыпалась она с криками по несколько раз за ночь. Аналогичные симптомы наблюдались и во время дневного сна.

В период нахождения С. в социально-реабилитационном центре мне приходилось сопровождать девочку на такие процессуальные действия, как судебно-медицинские экспертизы, консультации с психиатрами, психодиагностику в Центре «Озон».

Каждому подобному выезду сопутствовала необходимость С. вновь и вновь детским языком пересказывать травмирующие обстоятельства совершенных над ней насилий, которые допускала ее «родная, горячо любимая мать» (С. о ней часто спрашивала, очень беспокоилась и ждала посещения). Эти поездки повторно травмировали ребенка, заставляя вновь и вновь возвращаться к страхам и недоверию к значимым взрослым. В дополнение ко всей симптоматике у С. случался энурез.

В ходе одной из судебно-медицинских экспертиз, скорее по неосторожности следствия, был допущен контакт С. с ее матерью, которая в то же время сопровождала старшую дочь В. также на экспертизу. С криками радости С. бросилась к матери в объятия. Мать, конечно, разыгрывала свою заботу о дочери в присутствии представителей следствия и работников социальной сферы. Я испытывала негодование к этой женщине, так как за полгода эта женщина ни разу не навестила своего ребенка, не позвонила и не передала ей хотя бы шоколадку. При этом я старалась сохранять более или менее нейтральную терапевтическую позицию, хотя сама работа с травмой, неоднократно причиненной насильником маленькому ребенку, уже изрядно меня измотала. Как бы ни была лжива мать С., в той встрече я позже нашла некоторый ресурс: С. провела почти весь день в ее объятиях и вернулась в центр с большей энергией и надеждой, что еще скоро увидится с мамой. Видимо, для моей подопечной было слишком невыносимо проживание сразу нескольких психотравмирующих событий, в том числе и горя от очередной вынужденной разлуки с матерью, какой бы та ни была...

Примерно в середине цикла нашей терапевтической работы с С. в центр поступила старшая сестра В., 7,5 лет. Я стала иногда брать

сиблингов вместе в игровую реабилитационную комнату. С. начала испытывать полярно иные чувства к сестре, к моей подопечной стали возвращаться моменты жизнерадостности, появилось больше ощущения опоры, единения и нужности. Слияние с сестрой, которая тоже подвергалась сексуальным домогательствам, в данной ситуации дало новый ресурс к активизации творческого приспособления девочки. И мне также стало легче работать. Я искренне радовалась, видя взаимодействие сестер, а также некоторую заботу и участие старшей сестры в делах младшей.

Постепенно к С. стало возвращаться чувство собственной значимости. Она стала адресовывать свои сильные негативные переживания большой кукле мужского пола и примерно на 23-й встрече позволила себе вышвырнуть это чучело из игровой комнаты самостоятельно. Я, конечно, поддержала ее в этом и порадовалась за ее продвижение на пути преодоления последствий травмы. С этого момента в начале каждой нашей встречи С. самостоятельно выкидывала большую куклу мужского пола из своего пространства. Это давало девочке ощущение своей силы и способности контролировать безопасность того пространства, в котором мы с ней общались и играли.

На следующем этапе терапевтической работы С. начала делать попытки привыкать к нахождению с упомянутой куклой в темной комнате. Зимой рано темнело. С. просила меня выключать свет в комнате и быть рядом с ней, на всякий случай. Я все убеждалась в том, насколько же верен принцип феноменологии в гештальттерапии, а также в том, что психика и организм клиента всегда будут верно указывать на актуальные потребности. Как важно опираться на самого клиента в работе с ним, таким образом, сводя к минимуму влияние проекций и контрпереносов терапевта.

Хотя частые слезы по незначительным поводам у С. продолжались, кошмары все терзали ребенка во время дневного и ночного сна, все же на лице девочки начала мелькать улыбка, она принимала уверенные решения и совершала поступки. Я радовалась вместе с ней и гордилась результатами своей работы.

Неожиданно для нашего СРЦ в социально-правовой отдел пришли монахини из Марфо-Мариинской обители с намерением забрать несколько маленьких девочек под патронаж в церковную обитель. Согласие на это монахинями было получено от органов

опеки и попечительства, которые, в свою очередь, оказались под давлением свыше. Моя клиентка была в числе планируемых к переводу в церковную обитель. Естественно, я и мои коллеги были категорически против этого. Мы понимали, что перевод С. к чужим монахиням, не имеющим даже близко ни психологического образования, ни малейшего представления о детских травмах, грозил срывом достигнутой положительной динамики у ребенка. На вопрос: «Как вы собираетесь жить и работать с глубоко травмированной девочкой?», — они отвечали: «Бог поможет»... Мы были вынуждены провести три встречи С. с кандидатами в опекуны, в ходе которых малышка выражала свое недовольство от общения с женщиной в темной рясе. Я очень злилась на халатную беспечность высокопоставленных людей, от решения которых зависела судьба ребенка и которые при этом даже не удосужились обратить внимание на заключение психолога о нецелесообразности передачи С. в Марфо-Мариинскую обитель. При этом для меня важно было добиться того, чтобы голос С., наконец, был услышан окружающими взрослыми. И чтобы девочку снова не отдали без ее на то согласия каким-то незнакомцам! Если бы это действительно произошло, то надежды на нивелирование последствий психических травм были бы точно погребены. Мне и моим коллегам пришлось написать не одно письмо в органы опеки, проводить неоднократные экстренные совещания в попытках остановить действия монахинь.

Ситуацию спасла счастливая случайность! Внезапно появились кандидаты в опекуны к С. — семейная пара, имеющая влиятельные связи. Эти люди, конечно, со своей историей (когда-то потерявшие сына и уже имевшие к тому моменту под опекой троих детей), рьяно взялись отстаивать интересы С.. При этом супружеская пара была намерена забрать всех троих сестер к себе в семью. Доверие вызывало сотрудничество супругов в воспитании подопечных детей с известными детскими психологами и психиатрами. Яркое желание брать под опеку тяжело травмированных детей рождало гипотезу у меня и моих коллег о потребности компенсировать этими людьми чувство вины перед умершим (от наркомании) сыном. Они сами так проживали свое горе, фиксируясь на стадии вины...

С первой же встречи С. начала испытывать к ним доверие! Женщина сразу же представилась мамой и показала С. ее младшую сестренку Н., которую им уже к этому моменту передали под опеку.

С. начала отвечать взаимностью на направленное к ней взаимодействие новых кандидатов в опекуны. Я чувствовала новый прилив энергии и надежды на то, что удастся помочь С. снова научиться устанавливать доверительные отношения, отреагировать посттравматические негативные переживания, легализовать их, возродить чувство собственной значимости и влиятельности ее голоса при выборе людей для близкого общения.

Уже после второй встречи кандидатам в опекуны было позволено взять С. с ночевкой к себе домой на выходной. По возвращении ребенка было не узнать! Я искренне радовалась за девочку, была просто очарована увиденными изменениями в выражении ее лица: оно было расслабленным! В поведении появилась спонтанность.

В индивидуальной беседе (это была уже предпоследняя наша встреча) С. рассказывала мне о том, что у нее теперь новые мама и папа! Что они играли все выходные и смотрели мультики. Я так радовалась переменам! Однако примерно через 15 минут С. снова впала в уныние, высокая тревога овладела ею. Она стала плакать, жаловаться, что я все делаю не так... У меня снова было опуститься руки от досады: как же сложно было С. проживать стабильно и глубоко радость от близкого доверительного общения с понравившимися ей людьми... Признаюсь честно, мне захотелось выйти с ней из моего кабинета в холл, где были коллеги и новые мама и папа С.. Услышав их внимание к себе, С. подбежала к папе. Теперь я также опиралась на эту семью, которая брала на себя заботу о С., так как вновь погружаться в свое бессилие было уже выше моих сил...

Заручившись папиным принятием и поддержкой, С. вбежала в игровую реабилитационную комнату, вытащила оттуда ту большую куклу-мужчину и бросила ее папе! Это было верным сигналом зарождения доверия к отцовской мужской фигуре. Мне оставалось дальше только облегченно ликовать. Я ждала, когда эта семья, сможет забрать С. и ее сестер к себе навсегда, так как понимала, что больше, чем они, я уже сделать для девочки ничего не смогу. Как терапевт, я сделала все, что было в моих силах. Ребенок был готов к проживанию в семье. Девочка брала внимание и заботу, чувствовала опору, общаясь с новыми родителями. И дальнейшая реабилитация должна была проходить именно у них, конечно, с последующим сопровождением психологов и психиатра.

Наша заключительная встреча с С. произошла после проведенных ею в новой семье новогодних праздников совместно с сестрами. Казалось, девочка даже подросла физически. Она была одета в новую одежду, спонтанна и энергична в поведении. Ходила с папой за руку и я не работала с ней наедине. Я слушала ее рассказ о проведенных праздниках в новой семье в присутствии теперь уже законного опекуна. Я чувствовала прилив сил, подъем энергии, восхищение изменениями в девочке и гордость за то, что я смогла устоять в такой трудной для меня терапевтической истории.

Я выражаю искреннюю благодарность своим коллегам (Порягиной О., Барановой К., Рау К.) за их поддержку, супервизии и надежную опору, оказанную мне в течение всей работы с глубоко травмированным ребенком.

## ОБ АВТОРАХ

**Булюбаш Ирина Дмитриевна** (Нижний Новгород) — кандидат медицинских наук, врач-психиатр, гештальт-терапевт; тренер, супервизор и член Совета МИГТиК, автор книг «Основы супервизии в гештальт-терапии» (2003), «Руководство по гештальт-терапии» (2004), «Я тебя слышу. Феномены языка и речи в практике гештальт-терапевта» (2008), член авторского коллектива в монографиях «Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями (в 2х т., 1999), «Нейрореабилитация» (2002) и др. E-mail: [borka51@mail.ru](mailto:borka51@mail.ru)

**Денисенко Мария Константиновна** (Нижний Новгород) — врач-психиатр и психотерапевт Клинической психиатрической больницы № 1 г. Нижнего Новгорода, гештальт-терапевт, тренер-ассистент МИГТиК.

**Захарян Ирина Сергеевна** (Бохум, Германия) — психолог, гештальт-терапевт, тренер, супервизор и член Совета МИГТиК. E-mail: [zakharyan@t-online.de](mailto:zakharyan@t-online.de)

**Ласая Елена Викторовна** (Минск) — кандидат медицинских наук, врач-психиатр, психотерапевт, ассистент кафедры психотерапии Беларусской Медицинской Академии Последипломного Образования. Гештальт-терапевт, тренер и супервизор МИГТиК. E-mail: [elenalajasaja@tut.by](mailto:elenalajasaja@tut.by)

**Немиринский Олег Владимирович** (Москва) — кандидат психологических наук, основатель и ректор Московского Института Гештальт-терапии и Консультирования (МИГТиК), в 2007-2008 и 2011-2012 - президент Ассоциации Русскоязычных Гештальт Институтов (АРГИ); автор книги «Личностный рост в терапевтической группе» (1999, 2-е изд - 2014), множества статей; с 1992 года преподает гештальт-терапию в России, Беларуси, Украине. E-mail: [migtikon@mail.ru](mailto:migtikon@mail.ru)

**Поддъякова Ольга Сергеевна** (Москва) — психолог, гештальт-терапевт, тренер и супервизор МИГТиК. E-mail: [ospodd@mail.ru](mailto:ospodd@mail.ru)

**Приходько Марина Сергеевна** (Нижний Новгород) — психолог, гештальт-терапевт, тренер МИГТиК.

**Серов Сергей Владимирович** (Нижний Новгород) — врач-психотерапевт, гештальт-терапевт; тренер и супервизор МИГТиК. E-mail: [sergey\\_serov@mail.ru](mailto:sergey_serov@mail.ru)

**Смелянец Юлия Андреевна** (Нижний Новгород) — психолог, гештальт-терапевт, тренер-ассистент МИГТиК.

**Шашкова Светлана Леонидовна** (Москва) — психолог, гештальт-терапевт, выпускница тренинговой программы МИГТиК.

**Шевченко Оксана Геннадьевна** (Москва) — психолог, гештальт-терапевт, тренер и супервизор МИГТиК. e-mail: [Shevchenko.oxana@gmail.com](mailto:Shevchenko.oxana@gmail.com)

*Минимальные системные требования определяются соответствующими требованиями программы Adobe Reader версии не ниже 11-й для операционных систем Windows, Mac OS, Android, iOS, Windows Phone и BlackBerry; экран 10"*

*Научное электронное издание*

**СИМПТОМ И КОНТАКТ:  
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ**

Редактор-составитель *О. В. Немиринский*

Подписано к использованию 03.07.2016  
Формат 12,5×20,5 см.

ООО Издательство  
«Институт общегуманитарных исследований»  
119071, Москва, Ленинский проспект, д.18

Электронная версия данной книги подготовлена  
Агентством электронных изданий «Интермедиатор»

Сайт: <http://www.intermediator.ru>  
Телефон: (495) 587-74-81  
Эл. почта: [info@intermediator.ru](mailto:info@intermediator.ru)

**Московский Институт Гештальт-терапии и Консультирования** проводит последипломную подготовку практикующих специалистов в области гештальт-терапии и консультирования. МИГТиК входит в Ассоциацию Русскоязычных Гештальт Институтов (АРГИ) и Европейскую Ассоциацию Гештальт Терапии (EAGT). Программа подготовки гештальт-терапевтов в Институте соответствует стандартам EAGT.

Долговременные программы профессионального тренинга в  
Московском Институте Гештальт-терапии и Консультирования:

**Первая ступень+вторая ступень:**

**«ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ»**

**ТЕМАТИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ**

- «Семейная психотерапия»
- «Интегративная групповая психотерапия»
- «Основы консультирования организаций»
- «Гештальт-терапия психосоматических расстройств»
- «Психотерапевтическая работа с зависимостями» и др.

**Третья ступень:**

**«СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ В ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ»**

- Семинары, мастерские по различным областям практического применения гештальт-терапии и гештальт-консультирования.
- Теоретические семинары, лекции, разборы клинических случаев.
- Сверхвизорские группы для практикующих психотерапевтов и консультантов: «СУПЕРВИДЕНИЕ В ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ», «СУПЕРВИДЕНИЕ В ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ»

**Справки и запись по телефону: 8-926-215-10-98 Екатерина**

**Адрес сайта: [www.gestalt-therapy.ru](http://www.gestalt-therapy.ru)**

**«Гештальт-подход в терапии психосоматических расстройств»**

(автор и руководитель программы — к.п.н **О.В. Немиринский**)

*Примечание:* этот вариант программы ориентирован на прошедших 1,5 года долговременной программы по гештальт-терапии. Другой вариант программы доступен на сайте [www.gestalt-therapy.ru](http://www.gestalt-therapy.ru)

Программа включает в себя 5 циклов занятий по 3 дня. Большую часть времени занимают тренинговые занятия (индивидуальные сессии, обсуждение работы, терапевтические упражнения, групповая работа, перемежаемые отрезками лекционного и дискуссионно-семинарского характера).



## **Тема 1. Гештальт-терапия психосоматических расстройств**

1. Различные теоретические модели детерминации психосоматических расстройств.
2. Гипотеза соматической (ретрофлексивной) проекции как попытка синтеза двух теоретических линий объяснения психосоматических расстройств.
3. Модель работы группы психосоматической терапии.

## **Тема 2. Частная психосоматика (1)**

1. Пищевое поведение, анорексия, булимия, избыточный вес. «Отношение к телу». Взаимосвязь психосоматических нарушений и зависимого поведения.
2. Заболевания органов пищеварения.
3. Головные боли. Тактика работы с различными типами головной боли, имеющей психосоматические основания.

## **Тема 3. Частная психосоматика (2)**

1. Кожные расстройства. Бронхиальная астма. Проблемы границ и пространства.
2. Психологическая структура аллергической реакции.
3. Психосоматические аспекты эндокринных нарушений.

## **Тема 4. Частная психосоматика (3)**

1. Сердечно-сосудистые нарушения. Возможности психологической помощи при эссенциальной гипертонии, ишемической болезни сердца, кардиалгиях и других расстройствах.
2. Сексуальность. Психологические аспекты сексуальных расстройств.
3. Психотерапия в гинекологии.

## **Тема 5. Практика работы с психосоматическими нарушениями**

1. Динамика терапевтической сессии и длительной терапии в контексте работы с психосоматическими расстройствами.
2. Организационные аспекты взаимодействия психотерапевта и фармакотерапевта.
3. Супервидение практической работы участников программы.

*Примечание:* иногда по желанию группы проводятся отдельные дополнительные циклы по перинатальной психотерапии (проблемы зачатия /бесплодия и беременности), работе с сексуальными проблемами, использованию голоса в работе с психосоматическими расстройствами и др.

**Предварительная запись обязательна.** (Количество мест ограничено.)

## «Интегративная групповая психотерапия»

Программа состоит из 5 основных циклов по 4 дня каждый.

**Руководитель программы** — канд. психол. наук, автор книги «Личностный рост в терапевтической группе» (1999) **Немиринский Олег Владимирович**.

1. Личность психотерапевта. Модель терапевтической группы.
2. Групповая динамика, группа как целое. Модель инкауинтер-группы.
3. Индивидуальный участник в группе. Модель тренинговой группы.
4. Супервидение самостоятельного ведения группы участниками программы.
5. Супервидение ко-терапевтического ведения группы.

**Запись и справки по телефону: 8-926-215-10-98**

## «Семейная психотерапия»

**Тематическая программа профессионального тренинга**

### **Семинары:**

1. Семейная система: признаки, структура, виды. Принципы семейной терапии. Техники исследования семейной системы.
2. Диагностика семейной системы. Виды дисфункций в семейной системе. Системные гипотезы. Символический смысл симптома.
3. Терапевтические интервенции. Стратегия работы, ее развитие. Работа с расширенной семьей. Генограмма, семейная реконструкция
4. Идентифицированный пациент — ребенок. Особенности работы с детьми.
5. Работа с супружескими парами.
6. Супервидение работы участников семинара с семейными системами.

Руководители программы: **Сильнова Ольга Викторовна, Бурцева Елена Александровна**. В проведении семинаров программы принимают участие различные преподаватели МИГТИК.

**Запись и справки: 8-926-215-10-98**

## «Психотерапия зависимого поведения»

### Программа профессионального тренинга психотерапевтов

*Руководитель программы - Бурцева Елена Александровна*

#### **Краткое содержание программы:**

**Семинар 1.** Феномен зависимости. Зависимость как единое личностное расстройство. Эмоциональная, пищевая, игровая, химическая зависимости. Зависимая триада. Зависимость как отсутствие свободы выбора. Локус жалобы зависимого клиента, работа с формированием запроса. Зависимость — болезнь безответственности.

**Семинар 2.** Формирование, развитие, последствия зависимости, травматическая сепарация как источник зависимости. Защитные функции зависимости. Теория травмы, механизмы компенсации травмы, работа с горем и расставанием.

**Семинар 3.** Особенности личности зависимого человека. Нарушения саморегуляции, «личностный дефицит» и специфические механизмы защиты (расщепление, отрицание, обесценивание — идеализация, бессилие — всемогущество, слияние, интроекция). Ложная альтернатива зависимой личности. Избегаемые переживания. Отрицание болезни. Психологическое и социальное функционирование зависимого человека. Ресурсы для восстановления личности.

**Семинар 4.** Этапы психотерапии зависимости. Стратегия и тактика психотерапии на каждом этапе реабилитации. Терапевтические отношения с зависимым клиентом. Перенос и контрперенос. Основные феномены терапевтических отношений: «жертва-преследователь», «спасательство», беспомощность, агрессия. Ресурсы психотерапевтических отношений. Перспективы и прогноз выздоровления. Навыки психотерапевта, необходимые для работы с зависимыми клиентами. Противопоказания.

**Семинар 5.** Зависимость — семейная болезнь. Дисфункциональные сценарии, поведенческие паттерны и роли в семьях зависимых клиентов. Система поддержания симптома. Вторичные выгоды болезни. Созависимость. Использование семейной терапии для освобождения от зависимости.