

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 узловое расхождение? 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 практике¹

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 боле 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

¹ 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** уровень², 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 вождление 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 задать 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-