

ГЕШТАЛЬТ–ПОДХОД В ТЕРАПИИ ОБСЕССИВНЫХ РАСТРОЙСТВ

Обсессивно-компульсивные (ОКР) расстройства являются распространенной патологией, способной существенно снижать качество жизни людей, ими страдающих, как правило обладающих высоким интеллектом.

Не углубляясь в клинико-психопатологическое описание этих расстройств, остановимся на некоторых феноменологических аспектах проблемы ОКР, а также попытаемся определить основные мишени для психотерапевтического воздействия и возможности применения гештальт-подхода в терапии ОКР.

Одним из основных признаков обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) являются навязчивые, переживаемые как чуждые личности идеи, сомнения, страхи. Степень их выраженности может варьировать от неярко выраженных «мыслей-догадок» до крайне болезненных сомнений, распространяющихся на все самовосприятие обсессивной личности, вплоть до деперсонализации. Совершение любого действия органично связано с невозможностью абсолютно достоверно предсказать результаты к которым оно приведет. У обсессивных личностей имеет место феномен «гипервигильности» т.е. стремление абсолютно достоверно просчитать результаты каждого действия.

Если в случае нормы «жизнь самоочищается посредством преданности силам будущего и задачам, которые увлекают нас в будущее» (В.Е. Гебсаттель), то в случае обсессивности приходится сталкиваться с определенным «дефицитом доверия к жизни». Способность действовать сопряжена с определенным риском, и подкрепляется способностью создавать отношения с непроверенными фактами (т.е. верой). Именно эта часть энергетизирующего волевого процесса у обсессивных личностей отщеплена и извращена, направлена против действия и самореализации.

В данной патологии мы имеем дело с усилением прямо противоположного качества- сомнения, которое, усиливаясь, становится столь тотальным, что иногда приводит к деперсонализации. Неспособность к принятию неопределенности и непредсказуемости жизни как экзистенциального факта, стремление подменить присущий жизни элемент спонтанности сверхпредсказуемым отношением и составляет ядро обсессивности.

Кроме того, для обсессивности характерны чувство вины после совершения действия, сомнение в его целесообразности, ощущение бессмысленности совершаемого, чувство дискомфорта в момент действия, иногда чувства «загрязненности» и «следа действия», а в случае выраженных расстройств и сомнение в реальности произошедшего события, личного участия в нем.

Экзистенциально-ориентированные психиатры и психологи, описывая механизм развития конкретной навязчивости танатофобии (страха смерти) предлагали рассматривать ее как выражение «страха жизни» или «страха быть» с присущим жизни спонтанностью, и устремленностью в неопределенное будущее.

Рассматривая деятельность обсессивного пациента с точки зрения теории гештальт-терапии можно отметить, что он без затруднений выделяет фигуру (точно знает, чего хочет) фигура и «заострена», но разрешение на переход к действию не происходит.

Ретрофлексируя действие, обсессивная личность застревает цикл на этапе сканирования себя и поля (взаимодействия с фоном), и так происходит до тех пор, пока фигура не претерпевает обратную динамику, постепенно теряет четкость, уходит в фон и сливаясь с ним. Этот цикл повторяется вновь, вплоть до того, как сама потребность не начинает переживаться в фоне как чуждая сознанию обсессия, приобретая болезненный навязчивый характер.

Предположительно в создании обсессивного механизма лежит определенная биологическая предрасположенность в виде психической конституции и патологизирующее влияние первичной группы («обсессивное поле семьи», члены которой также страдают обсессивностью в той или иной степени).

Функция идентификации /отвержения, выбора (Эго) блокируются характерным способом «одновременного да и нет» - псевдовыбора. В этом феномене скрыты одновременно и внутренний отказ (или отказ действовать) и внутренняя согласие -«ну ладно, будь по-твоему, но делать я все равно не буду». Такой механизм может быть защитой в ранних отношениях, когда ребенок попросту не имеет права на отказ в выполнении того или иного предписания родителей, либо такой отказ чреват наказанием (в виде родительского гнева, эмоционального отвержения, либо демонстративной обиды). С функционированием этого механизма связана медлительность, обстоятельность и тугоподвижность психического процесса обсессивной личности.

Ф. Перлз в ранней работе «Эго, голод, агрессия» описывал феномен «как-бы» отношения, характеризуя носителей такого отношения в среде как «сверхкомпенсированных паразитов». Он указывал на невозможность этих людей «откусить чисто», «оттяпать свою долю». У нас такой тип отношения описывается как «чемодан без ручки - нести невозможно, а выбросить жалко». Характерно, что разрешение к действию здесь не происходит, «объем незавершенного действия» нарастает, напряженность потребности перерастает в беспокойство и накапливающееся сомнение (когнитивный эквивалент тревоги), приобретает характер тотального.

Из раннего анамнеза обсессивных пациентов представляет интерес патологизирующее семейное влияние в виде «поля сомнения» носителями которого являются один или оба родителя с тревожно- мнительными чертами. Зачастую это связано с гиперопекой ребенка, повышенным контролем со стороны родителей, в результате чего у ребенка не формируется доверия к собственному опыту и способности действовать («еще раз проверь, все ли готово на завтра?») Такой способ отношения к жизни впоследствии интроецируется, превращаясь из внешнего контроля в самоконтроль.

Именно отсутствие доверия к «бытийности» характеризует родителей обсессивных детей, для которых ребенок является экраном для устрашающих проекций. В основе ипохондрической фиксации может лежать сверхценное отношение к его здоровью со стороны родителей, недоверие к способности социальной саморегуляции порождать нелепые запреты и фантазии (проявление интереса к другому полу может интерпретироваться как склонность к проституции, агрессивность как проявление криминальных наклонностей и т.д.)

В результате интроекции сомнения обсессивный пациент вынужден постоянно «просчитывать» результаты своих действий, рационализировать их, объясняя самому себе право на их разрешение, деэнергитизируя, деперсонализируя действия посредством различных ретрофлексий и бесконечного сканирования себя и поля. Этот процесс может вытесняться в процедурную память настолько, что становится неосознаваемым и почти мгновенным, аффект изолируется от действия. По всей видимости, этот механизм лежит в основе обсессивно-фобических расстройств.

В Г.Т. существует ряд стратегических и тактических приемов направленных на постепенное разблокирование и осознание механизмов, лежащих в основе ОКР. С точки зрения стратегии, важно удерживать фигуру клиента, не позволяя ей увязнуть в фоне и фиксировать внимание на осознании перехода осознание/ действие и прерывание этого процесса (такие как «да, но», объяснения, рационализации, сканирование себя и поля до бесконечности). На этапе действия важно способствовать наиболее полному выражению себя и своих чувств в действии, вплоть до ассимиляции опыта. В случае пролонгированной терапии это можно делать и непосредственно на «материале жизни», поддерживая процесс ассимиляции опыта, возникшего благодаря реализации «трудных решений».

Традиционно применима работа с выбором, идентификацией, отвержением, созданием границы через поощрение способности сказать «нет», отстаивая себя. Применяема и высоко эффективна техника полярностей и их интеграции через проживание, как в классической манере («диалог полярностей»), так и в виде арттерапевтических техник («рисование мандалы»), невербальных методов («весы»).

Одной из «мишеней» терапевта является неспособность обсессивного пациента к завершению контакта, выход из него, известная как «хронический контакт с событиями прошлого или настоящего». Осознание этого может быть реализовано в упражнении в «постановке точки» в переживаемом опыте. Это может быть как точка в предложении направленная на «компульсивное говорение», так и проживаемая в терапевтическом эксперименте точка-расставание, завершение отношений с прошлым опытом, ушедшими людьми, нереализованными возможностями (мечты), желаниями и потребностями (в любви, в принятии, одобрении со стороны значимых лиц), иногда с нереалистичными ожиданиями. Конечно же актуальность этого эксперимента основывается на феноменологии клиента, а не на предпочтении терапевта.

Сам этот процесс сопровождается эмоциональной разрядкой, и отношения завершаются посредством «прощания, прощения и благодарности», вернее создаются такие условия для их завершения. При этом разблокируется способность к «отпусканью события» переключению, выходу из контакта, отказу от отношений, возможностей и событий не связанных с актуальным опытом.

Наряду с обсессивностью для ОКР характерна компульсивность (навязчивые действия и влечения). Во многом благодаря обсессивности, при ОКР деятельность приобретает компульсивный характер. Желания и влечения при этом обладают неодолимой силой, деятельность рассогласовывается с мотивацией и вырождается в ритуал (действие без деятельности), носит безобъектный характер. Страдающий ОКР человек колеблется в полярности свехрассудительность-безрассудство. Осознанность рост которой ставит во главу угла терапевт, носит более интегральный характер, включает в себя и когнитивный, и аффективный и экспрессивный компонент вплоть до интенциональности клиента, и часть работы терапевта направлена на превращение

компульсивной деятельности в осознанную. Это достигается за счет фокусировки на переходе от осознания к действию, экспрессивным и моторным актам.

В числе приемов, позволяющих добиться осознанности можно назвать техники осознания внутреннего диалога, осознания невербальных компонентов экспрессивной речи, осознание тела, движения, медитация Випассана (осознание содержания, темпа и последовательности психического процесса). Работа с актуальностью, т.е. с переживанием в актуальном поле, континууме существования, позволяет исследовать и осознать механизм «темпоральной задержки» или откладывания действия, характерный для ОКР. Более острое, сфокусированное осознание элементов поля или частей континуума (время, место, люди) реализованное посредством диалога или метафоры, способствуют развитию алертности и проработке актуальных отношений.

Компульсивный пациент, преодолевая ощущение нехватки времени, связанное с хронической задержкой реализации потребностей на этапе сканирования себя и поля, начинает порой безудержно торопиться именно в тот момент, когда их удовлетворение близится к завершению. Со стороны терапевта важно, остановив клиента «в зрелой фигуре» предложить совершать действие неторопливо, а осознанно переживая и ассимилируя переживания в процессе поддерживающей встречи. Значимы и упражнения, направленные на осознание времени, его границ и ценности как таковой. Это может быть реализовано посредством медитации, метафоры, полярности конечность/бесконечность, поддержание границ времени сеанса как микромоделей времени жизни.

Эти процессы связаны с дезавтоматизацией деятельности, переработкой прерываний хранящихся в процедурной памяти. Важно способствовать развитию «включенности в процесс» у клиента. Под этим подразумевается полное деятельное участие, концентрация на процессе, полное выражение себя в действии.

Другая часть работы, реализуемая в процессе терапии, связана с осознанием и обращением привычных ретрофлексий с восстановлением контактной организмической саморегуляции. Среди них можно назвать превращение самоконтроля в контроль за другими, самонаблюдения в наблюдение за другими, нарциссизма в способность строить отношения привязанности, самообвинение в способность обвинять других, «сомнение в со-мнение», реализуемое в процессе групповой или индивидуальной встречи. В результате напряжение обсессивности падает, раскрытие ретрофлексий лишает ее «питания». Высвобожденная энергия направляется на завершение внутренних и внешних незавершенных дел. Работа с актуальностью позволяет восстановить направленность действия в будущее, вместо характерного для обсессивных личностей ретроспективного характера деятельности, откладывание и задержки действия.

Ассимиляция интроецированных прерываний через проживание выбора, проработку долженствований и запретов уменьшает чувство иррациональной вины. Этому же способствует декларация и присвоение экзистенциальных прав, прежде всего права иметь права, права быть, права на ошибку. В случае патологизирующего влияния семейной системы ведется работа с прояснением границ внутри семьи, над укреплением границы самого клиента поощрением ассертивности и способности к независимому действию присвоением права на «отдельность», осознание экологии микросистемы. Поощрения спонтанности достигается через телесное осознание, уменьшение концептуальной жесткости (упражнение «Рондо» Д. Энрайта). В некоторых случаях проблема смешения ответственности и вины разрешается через направленное фантазирование.

К.Наранхо приводит технику «психологического дзю-до». Этап «разрешения действия» реализуется через иллюзию безответственности (пусть это не так, а твое подсознание, притворись как будто это так...), с разрешением проецировать, что позволяет ассимилировать спроецированный материал в случае, когда ответственность связана с перфекционистской оценкой. Согласно парадоксальной теории изменений, изменения происходят через принятие того, что есть. Разрешение на игру «как будто» позволяет расслабить гипервигильную и «слабоумную» из-за своей ограниченности «собаку сверху», и ассимилировать ее импульсы и активности как свои.

Иногда сверхрассудительность обсессивных личностей мешает им принять игровую форму работы (это не серьезно). В этих ситуациях можно предложить усилить сомнения и язвительность, предложив полностью отождествиться с ними, сознавая части опыта, с этими проявлениями связанные, фокусируясь на переводе их в здоровую напористость. Обсессивный клиент зачастую приносит во встречу формализм, ритуальность, сдержанность, сверхрациональность, перфекционистские ожидания.

Стоит помнить о возможности развития параллельного процесса у терапевта в виде ретрофлексии, дефлексии, с последующей неспособностью удержания в фигуре. Противопоставить этому важно осознанность терапевта, его границ, внимание к трем аспектам встречи (во мне..., в клиенте ... между нами ...) Хочется напомнить и о ресурсах или терапевтических свободах три из которых мне кажется крайне полезными во встрече с обсессивным клиентом. Знание об этих возможностях позволяет миновать те тупики и ловушки в которые попадает сам пациент и способствует творчеству в терапевтических отношениях

1. Ресурс «истинного незнания» - свобода от понимания содержания, концентрации
2. Ресурсы несовершенства - свобода от совершенства формы и перфекционистских установок.
3. Ресурсы веры - свобода от конечного смысла, способность к уменьшению концептуальной обусловленности, приоритет опыта.

Конечно, это не весь арсенал приемов и стратегий гештальт- подхода в работе с ОКР, но существенное преимущество в работе с этими расстройствами гештальт терапия имеет в связи с присущей ей феноменологичностью, диалогичностью и эмпиричностью

ЛИТЕРАТУРА:

- 1) Ф. Перлз «Эго голод и агрессия», 1999 г
- 2) В.Е. фон Гебсаттель «Мир компульсивного».
- 3) К. Наранхо «Психологическое дзю-до».
- 4) А.Бейссер «Парадоксальная теория изменений»ПГ, 2001 г.
- 5) Т.Берли «Размышления об инсайте и осознанности»ПГ, 2001 г.
- 6) К.В.Павлов «Баллада о трех Неандертальских ценностях» 2001 г.
- 7) Г.Ю.Платонов-материалы 8 крымской конференции по психотерапии, 1999 г.