

Принципы применения гештальт-терапии в клинической практике

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 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:

- * биологический - уровень организмической саморегуляции,
- * индивидуально-психологический - уровень переживания, уровень личностных смыслов того или иного явления, соотнесение психических явлений с процессом актуализации и удовлетворения потребностей и пр. и
- * социально-психологический уровень, 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 "придушенном" 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 избежать 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 вожделенное отношение к объекту потребности и предлагает быть собранным и неторопливым, замечающим 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 вожделение 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 желаний, 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 эгоизме - 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 клиента 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 связаны 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 (Немировский, 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 целомудренным. 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 взаимодействий 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 уровневого 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:

- * поддержка и отвержение конкретных переживаний,
- * понимание психосоматического симптома как сплава ретрофлексии и проекции,
- * 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 способностями 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 какой-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 отвращения (“другие люди испытывают ко мне отвращение”), которая может оказаться и механизмом образования симптома. Задача ассимиляции проекции связана с восстановлением способности самому испытывать отвращение к другим. Восстановление отвращения 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 отвращения.

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.

По материалам <http://gestaltplus.narod.ru/TEXTS/nemerprinc.htm>