

Гештальт-анализ: интегративный подход

ИГОРЬ ПОГОДИН

*Кандидат психологических наук
гештальт-терапевт, супервизор*

Директор Белорусского Института Гештальта

Настоящая статья предлагает попытку методологического обоснования гештальт-анализа и носит характер размышлений по поводу существующих теоретических и практических проблем в психотерапии. Речь пойдет об интеграции гештальт-подхода и психоанализа, между которыми существует с одной стороны много общего, с другой множество отличий. Очевидно, что общее проистекает из того известного факта, что гештальтистские теория и практика родились из достаточно успешной попытки ревизии психоанализа Ф.Перлзом. При этом был сохранен принципиально важный аспект психоаналитической парадигмы, а именно – фиксация терапевтического любопытства на внутреннем мире клиента с его неповторимой психической динамикой. Отличия также не менее очевидны. Например, акцентирование внимания на процессе, диалоговая модель отношений терапевт-клиент, концентрация на актуальных потребностях и т.д. неузнаваемо преобразовали психотерапевтическую практику. Однако, в своих стараниях Фриц Перлз несколько «перегнул палку», «выплеснув с водой и ребенка». В ходе этой ревизии, на мой взгляд, был отвергнут большой пласт опыта теоретического осмысления клинической феноменологии, а на любое теоретизирование был прикреплен ярлык «bullshit». Нижеследующий текст представляет собой попытку вернуть гештальттерапии эти теоретические ресурсы.

Начать следует с того факта, что в современной психодинамической психотерапии существует два уникальных и совершенных феномена – гештальтистская парадигма и техника, и психоаналитические теории. И обоснование гештальтаналитической школы может на этом и базироваться. Наиболее важным здесь представляется следующее. В новой волне психотерапии приоритет сохраняется за гештальтистской парадигмой. А это значит, что становится возможным использовать колоссальный теоретический психоаналитический опыт при условии идентификации себя как гештальтиста и сохранении базовых ценностей гештальттерапии, а именно: терапия контактом, фокусирование на процессе, выборе и ответственности клиента и др. Некоторые сомнения, правда, вызывает абсолютная вера в организм как саморегулирующуюся систему, так как, исходя из собственного терапевтического опыта (что отчасти согласуется с представлениями самого Ф.Перлза), мне кажется, что прежде, чем клиент будет способен перейти с опоры на окружение к опоре на себя, часто проходит достаточно длительное время.

Не умаляя целостности и эффективности гештальттерапии и психоанализа, они, на мой взгляд, имеют некоторые ограничения. Так, гештальттерапии недостает теоретического аппарата для возможности планировать психотерапевтические стратегии ведения различных клиентов.

Например, каждый гештальттерапевт представляет, как феноменологически существует алекситимия. Однако, просто феноменологического описания для терапии бывает недостаточно. Здесь было бы полезным понять этиологию этого феномена. Так, шизоидный алекситимичный клиент не способен вербально обозначать свои чувства ввиду ужаса и страха быть растворенным и поглощенным другими людьми; и чаще всего это связано с отсутствием какого бы ни было опыта безопасных близких отношений. Напротив, клиент, тотально прибегающий к конфлюенции, не способен называть свои переживания из-за страха обидеть, потерять расположение окружающих или вообще остаться одному. Нарцисстичные же клиенты маркируют алекситимией стыд или превентивную боль повторной травматизации.

Потрясающее разнообразие клинической картины мы можем обнаружить также и при анализе феномена расщепления. Это все лишь незначительная часть примеров, в которых терапевтические перспективы стали бы более ясными, если бы мы привлекли для осмысления клинической картины психоаналитические теории. Так, например, психоаналитические концепции травмы оказывают неоценимую помощь в работе с кризисными клиентами и травматиками.

Теперь несколько слов относительно ограничений классических подходов в психоанализе и гештальттерапии. Если упростить клиническое разнообразие нарушений, с которыми мы сталкиваемся в ежедневной практике, то все расстройства можно разделить на нарушения психического функционирования от избытка и от недостатка. И все более или менее понятно в работе с невротическим регистром психологических нарушений (с нарушениями от избытка). И гештальттерапия, и психоанализ безупречно справляются с восстановлением функции эго.

Что же касается пограничных и психотичных клиентов, то здесь дела обстоят несколько сложнее. Гештальттерапевт в контакте с клиентом будет постоянно встречаться с хронически существующим отреагированием (acting-out), основанным на психическом дефиците (фрагментированная самость, травматический опыт отношений в анамнезе и т.д.). Аналитик же может тщетно пытаться анализировать детский травматический опыт клиента. Упростить жизнь обоим могла бы попытка понять и проанализировать существующие клинические феномены этих клиентов с последующими действиями восстановления способности к актуальному контакту.

Основываясь на опыте психотерапевтической практики, я склонен рассматривать современную психотерапию не как способ изменить нечто неадекватно функционирующее в клиенте, а как возможность восстановить нарушенный некогда процесс оптимального психологического развития. Таким образом, я склонен относиться к психодинамической психотерапии как к эволюционному проекту. Другими словами, любой феномен

психического нарушения (особенно пограничного и психотического регистров) можно рассматривать через призму того, что оптимальный процесс психического развития был когда-то остановлен, разрушен или претерпел значительную деформацию. Тогда наша задача заключается в том, чтобы помочь клиенту восполнить существующий уникальный для каждого случая дефицит. Будь то тотально фрустрированная потребность в признании, безопасности или любви, или же фрагментированная самость и т.д. Для этих целей нам могли бы быть полезны знания относительно механизмов формирования того или иного нарушения.

Клиентка А. 21 года, появившись у меня на приеме, жаловалась на неспособность устанавливать и уж тем более какое-то время поддерживать отношения с другими людьми. При этом в отношениях со мной вела себя крайне настороженно и отчужденно. Спустя некоторое время работы я стал замечать, что А. ведет себя часто сексуально провокативно. Сообщив ей об этом, я столкнулся с потоком ярости и возмущения; кроме этого я был уличен в том, что мне надо того же, что и «всем мужикам». На мой вопрос чего именно, я услышал историю детства А.: с ранней гибелью отца, появлением отчима, который ее любил и сексуально домогался одновременно. При этом ей пришлось столкнуться с двумя одинаково сильными, но полярными переживаниями любви и ненависти, существующими в одно и то же время. Чтобы справиться с этим парадоксальным потоком, она вынуждена была смоделировать некоторый коммуникативный защитный способ отношений посредством проективной идентификации. Вступая в отношения с мужчинами, А. сильно привязывалась, а провоцируя их на сексуальные действия, она получала возможность распоряжаться своей яростью травматического свойства.

Понимание этого механизма дало мне возможность построить стратегию дальнейшей работы с этой клиенткой, в опыте которой отсутствовали безопасные отношения доверия с ближайшим окружением. При этом вне зависимости от актуальной фигуры каждой сессии я помнил про это. Осознание же ею провокационно-привязчивого механизма позволило восстановить способность к творческому приспособлению и возможность строить отношения по-новому. Отношения же со мной явились не только экспериментальной площадкой для творческого приспособления, но и позволили восстановить заблокированный ранее онтогенетический процесс. При этом способность А. устанавливать и поддерживать отношения с окружающими ее людьми значительно возросла. Однако, спустя 1,5 года терапии, когда я вынужден был оставить свою практику в этом городе, несмотря на длительную подготовку к расставанию я столкнулся с сильным аффектом со стороны А. В этом случае в фокусе терапии оказалась фигура одиночества ввиду отвержения А. со стороны близких ей людей, при этом появилась неосознаваемая и давно забытая ею ситуацию детства, когда мать А. оставляла ее одну или с отчимом, уезжая в частые командировки. Возможность осознать зависимость актуального аффекта от истории прошлых отношений А., а также способ реагирования в актуальной

терапевтической ситуации позволил избежать травматизации и негативной терапевтической реакции в виде рецидива симптоматики.

Вышеизложенное, на мой взгляд, демонстрирует возможность гибкого и относительно бесконфликтного сосуществования в рамках одного терапевтического случая гештальтистского и аналитического подходов. Следует отметить, что объяснение терапевтического случая и понимание некоторых закономерностей, выраженных в способе выстраивать отношения клиентом и релевантных его опыту, могут оказаться полезными при планировании терапевтической стратегии работы с этим клиентом. Мне кажется, именно этого часто не хватает гештальттерапевту, особенно если он практикует относительно недавно. Ценность свободы действий в гештальттерапии, иногда граничащей с анархией, оказалась очень популярной на этапе появления гештальтподхода (в период расцвета движения хиппи), однако, «безбашенное» культивирование этой ценности зачастую заводит многих неопытных терапевтов в тупик. Мне кажется совершенно нелишним, если участники долгосрочных программ подготовки гештальттерапевтов во время своего обучения получают необходимые знания относительно некоторых психоаналитических теорий развития и клинической психоаналитической диагностики.

Понятие трансфера также является ключевым в нашей попытке обоснования гештальт-анализа. С позиции ортодоксальной гештальттерапии перенос противоречит диалоговой парадигме, согласно которой наивысшей ценностью обладает контакт (или Встреча) терапевта и клиента. Однако, мне кажется бесперспективным рассматривать диалог и перенос в терапии как некоторую дилемму. Решение этого, на первый взгляд, противоречия я нахожу в словах Ж.-М. Робина: «Терапия заканчивается, когда клиент во мне смог рассмотреть меня». Хотим мы того или нет, но у клиента, который пришел к нам есть свой уникальный опыт отношений с другими людьми, у него есть, в конце концов, родители. А это значит, что он будет склонен устанавливать отношения с нами через призму имеющегося у него опыта.

Механизм же, лежащий в основании трансфера, и в гештальттерапии, и в психоанализе обозначен как проекция. Мы можем не называть этот феномен переносом, однако, в практике терапии все равно с этим столкнемся. Почему бы нам не позаимствовать в психоаналитической теории результаты более чем столетнего теоретического и клинического осмысления этого феномена. Если вслед за З.Зембински обозначить перенос как проявление символического плана терапевтических отношений, а диалог как проявление реалистического плана, то тогда становятся более понятными вышеупомянутые слова Ж.-М.Робина. Тогда процесс гештальт-аналитической терапии можно рассматривать как постепенный переход от символического плана отношений к реалистическому, на достижении которого и заканчивается терапия. И я скорее склонен рассматривать диалог и контакт не столько как средство терапии, сколько как ее результат.

Клиент В., мужчина, 25 лет, директор консалтинговой компании. Женат, имеет 2 дочерей. Обратился по поводу пустоты и бессмысленности

жизни. Испытывал серьезные трудности в обозначении своих чувств и желаний. Достаточно яркой особенностью его клинической феноменологии явилось выраженное расщепление, проявившееся в поляризации его внутреннего мира. По его собственным словам, в нем внутри были «и ангел, и демон», которые как две головы спорили друг с другом, мотивируя своего хозяина то ходить в церковь и оказывать знаки внимания своей жене, то изменять жене и грешить. Однако, чаще всего В. оказывался обездвиженным и парализованным напором его «советников», впадая в депрессию или полную аффективную анестезию. При этом он ощущал жуткое одиночество, а отношения с окружающими сильно осложнялись.

Воспоминания детства для В. были окрашены в серые тона. По его словам, матери В. было достаточно просто с сыном, который «никогда ничего не хотел». В. не мог вспомнить каких-либо ярких желаний и радостей. Отношения с матерью В. смог охарактеризовать только словом «нормальные». Однако, относительно отца у В. напротив были сильные переживания. Отец, по мнению клиента, никогда его не любил, был достаточно сухим и жестким. В. часто желал смерти отцу, а когда тот умер, то почувствовал сильное облегчение и даже некоторую радость. Любопытным является то, что В. унаследовал как раз модель поведения своего отца, которую он репрезентировал в своей семье. Другой важной составляющей клинической феноменологии В. был постоянный яростный протест против любого осознания своей зависимости от окружающих его людей.

Наши отношения в терапии развивались следующим образом. Сначала некоторое время В. настаивал на том, что вряд ли ему поможет терапия. Поскольку настойчивых уверений в обратном с моей стороны не последовало, В. успокоился. Спустя 3 месяца терапии В. заявил, что кроме 2 предыдущих его «голов-советников» появилась еще одна, и это был я. Причем функция моя заключалась в том, чтобы быть разводящим для «ангела и демона». Инкорпорировав меня в свою психическую структуру, В. заметно стало легче, он стал менее конфликтен, в отношениях с ближайшим окружением – гибче. В этот период он стал предъявлять свои претензии на дружбу со мной. Сложности в терапии начались спустя 8 месяцев. В. внезапно сообщил о своем недоверии психотерапии. Поводом послужило чтение одного из учебников по современной психотерапии, в котором автор пишет о необходимости безусловного принятия клиентов, что В. воспринял как проявление лицемерия. На этом этапе терапии клиент часто стал говорить о том, что чувствует себя менее безопасно. Однако, это не мешало ему предъявлять для терапии очень важные для него темы. После 10 месяцев терапии В. впервые заявил о своей ярости. Он объявил меня эгоистом, однако, не смог найти ни одного повода, чтобы оправдать свое мнение. Это его смутило лишь на некоторое время, после чего В. сказал, что просто чувствует, что я эгоист. Сессии становились все более напряженными. В ходе работы выяснилось, что его ярость – это реакция на фрустрированную потребность в еще большей моей любви и заботе. «Не в силах получить от тебя твоей заботы, я хочу тебя разрушить»,- сообщил В. Любопытно, что одновременно с этой темой впервые в терапии появляется страх В., что он

окажется зависимым от меня. Сама возможность этого казалась ему непереносимой и вызывала ужас, который также стал маркироваться яростью.

Как видим, клиент в это время пребывал на пике переноса на меня образа своего отца. Причем достаточно внезапно более ранний интенсивный позитивный перенос сменился таким же сильным негативным. По этой причине я воспринимался им в отношениях как чрезвычайно холодный, отвергающий и жестокий человек, от которого В., кроме всего прочего, находится в эмоциональной зависимости. Единственный доступный В. и известный из его опыта ранних отношений способ обращаться с такой ситуацией заключался в необходимости уничтожить меня. В. часто забывал платить, иногда опаздывал на сессии, что для него было просто невероятно в других условиях, временами не слышал меня и часто почти полностью амнезировал содержание предыдущих сессий.

В описываемый период терапии клиенту удалось осознать взаимосвязь способа взаимодействия со мной с известным ему с детства опытом отношений с отцом. Если вернуться к описанной мною выше схеме развития отношений в терапии, то этот этап характеризовался осознанием В. символической картины наших отношений. И это явилось переломным моментом в терапевтических отношениях, после которого освободилось пространство для реалистического плана отношений. В. осознал содержание хронической ситуации слабой интенсивности, суть которой заключалась в том, что он проецировал на окружающих идеализированный образ своего отца, идеализируя их при этом. Такая ситуация, как правило, провоцировала рост соответствующих нереалистичных ожиданий; после чего ввиду невозможности их реализации В. получал право обращаться со своей яростью, прибегая к помощи глубоко интроецированного образа жестокого и отвергающего отца.

Как видно из приведенного примера суть симптоматической феноменологии клиента, проявившейся в начале терапии в виде сильной поляризации желаний, стала очевидной лишь после осознания им особенностей символического плана отношений. Однако при этом терапевтическая стратегия терапии была направлена прежде всего на поддержку другого – реалистического плана отношений, т.е. восстановление способности В. к диалогу. На мой взгляд, этот пример также наглядно демонстрирует пользу психоаналитических концепций в рамках гештальт-парадигмы.

Подводя итог, необходимо отметить, что предлагаемый подход предоставляет возможность использовать богатый теоретический психоаналитический опыт в работе гештальт-терапевта. Нелишним, однако, также будет напомнить, что примаат в подходе сохраняется за гештальт-парадигмой. Таким образом, большое значение для терапевта имеет идентификация себя как гештальтиста и сохранение базовых ценностей гештальт-подхода, а именно: терапии контактом, фокусирования на процессе, выборе и ответственности клиента и др. При этом программы подготовки гештальт-терапевтов только выиграют при включении в них базовых знаний относительно некоторых психоаналитических теорий развития и клинической психоаналитической диагностики.

Резюме

Погодин Игорь Александрович – директор Белорусского Института Гештальта, гештальт-терапевт (Европейский Сертификат гештальт-терапевта), супервизор и преподаватель гештальттерапии, специалист в области кризисной психотерапии. Член Европейской Ассоциации гештальт-терапии. Кандидат психологических наук, доцент кафедры педагогической психологии факультета психологии Белорусского государственного педагогического университета имени М.Танка, научный консультант отделения кризисной психологии социально-психологического центра БГПУ. Автор нескольких книг по теме кризисной психологии, а также ведущий тематических семинаров и специализаций в области психологического консультирования и психотерапии.