

Третьяк Леонид

СТОП-СИГНАЛ

Гештальт-терапия
невротических страхов
Очерки невротологии
для клиентов



Леонид Третьяк

**Стоп-сигнал. Гештальт-
терапия невротических страхов.**

«Автор»

2023

Третьяк Л. Л.

Стоп-сигнал. Гештальт-терапия невротических страхов. /
Л. Л. Третьяк — «Автор», 2023

Эта книга для людей, страдающих тревожными расстройствами. Автор-практикующий гештальт-терапевт с 25 летним опытом. Прочтение этой книги позволит Вам подготовиться к прохождению курса психотерапии и поможет разобраться в природе собственных невротических страхов.

© Третьяк Л. Л., 2023
© Автор, 2023

Леонид Третьяк

Стоп-сигнал. Гештальт-терапия невротических страхов.

Вам никто не поможет—но Вы сами справитесь!

Слушая людей, обращающихся за помощью, я заметил, что несмотря на обилие информации о беспокоящих переживаниях тревоги и страха, наши клиенты не всегда представляют основное направление нашей работы и не всегда понимают, чего ожидать. Наша работа будет гораздо более успешной, если предварительные представления о содержании работы будут сформированы до ее начала. Поэтому мне захотелось написать это маленькое авторское обозрение для наших клиентов с подобной проблематикой. Надеюсь, что прочтение этой книги подготовит Вас ко встрече с Вашим психотерапевтом, позволит задуматься о причине и проявлениях собственных беспокоящих эмоций, что сможет поддержать Вас в процессе психотерапии и последовательной работы над преодолением эмоциональных проблем. С нашими страхами можно подружиться, их можно принять, чтобы расшифровать их значение и появление в нашей жизни. Буду рад, если в процессе чтения книги Вы можете вспомнить собственный опыт, задуматься, и поразмышлять. Уверен, что неизбежные противоречия и шероховатости текста не отвлекут Вас от анализа внутреннего содержания.

К нам часто обращаются люди, которые устали бояться собственных мыслей и ощущений, испытывают мучительную тревогу, отчаялись найти способы справиться с собственным выходящим из-под контроля состоянием. Благодаря интернету современный человек может получить большой объем информации по беспокоящему его вопросу, но иногда она бывает бесполезной, а иногда вредной. Социальные сети как реки средневековых городов – из них черпают воду и туда же сливают нечистоты. Главным мотивом служит раз-очарование. Люди, которые ищут в Другом спасителя, часто ждут волшебной таблетки, палочки, слова. А очень многое из того, что действительно надежно, создается повторяющимися и достаточно напряженными усилиями. Философ Мераб Мамардашвили подчеркивал, что самая жизнь есть усилие. Как только усилия прекращаются, жизнь замирает. Возможно, страх возникает тогда, когда усилия прилагаются не туда, куда мы на самом деле хотим. Посмотрите вокруг. Большинство вещей, домов, устройств создано многопоколенным трудом и поиском предыдущих поколений. Ожидание чудесного является ловушкой, куда попадает человек, чья психика еще не созрела, когда взрослый человек по-детски ждет, что ему помогут родители.

Поиск чудесного исцеления от тревоги и страха начинается с поиска самого опытного специалиста, лучшей методики, лучшего лекарства. И потом наступает разочарование, после чего эти люди пишут и говорят знакомым и незнакомым людям, что они пробовали ВСЕ и им НИЧЕГО из этого НЕ ПОМОГЛО! Когда мы слышим от кого-то, что у него не получилось, а свои высказывания он формулирует кратко, эмоционально и безапелляционно, наша вера в собственные силы разрушается. Разочаровавшиеся люди, ожидающие чудесного исцеления, годами не могут вырваться за пределы собственного цикла, обнадеживаются и бросают при первых же возникших трудностях. Мы же обычно не ожидаем, что после 10 уроков с инструктором по вождению или репетитором по английскому языку мы научимся водить автомобиль или будем свободно и бегло говорить по-английски? Но почему-то от занятий с психотерапевтом продолжают ждать немедленного исцеления.

Ис-целение означает восстановление целостности. Невротические симптомы как раз и характеризуются небольшим, но мучительным нарушением психической целостности. Невротический страх становится неуправляемым стоп-сигналом, который включается самопроизвольно и неуместно в ситуациях, которые не несут никакой угрозы. Страх – это интенсивная

эмоция, и ее возникновение опосредовано нашими мыслями и представлениями. Наши эмоции несут для нашей психики сигнальную функцию, но иногда, вместо того чтобы ориентировать нас в пространстве нашей жизни и пространстве отношений начинают мешать нашим действиям, осложняя нашу жизнь, мешая нашей. И тогда страх тормозит наше жизненное творчество, мешает радости, отравляет жизнь. Человек лишается многих возможностей из-за развивающегося ограничительного поведения, избегая фантазийно опасных мест (открытых пространств, общественного транспорта, закрытых пространств, лифтов). Он все время пытается сохранить стабильное состояние. Но чем больше он старается избежать ситуаций, вызывающих беспокойство, тем шире становится круг возможных избегаемых ситуаций и тем меньше ему это удается.

Вегетативная (от лат. *vegetos-растения*) нервная система воплотеснивает наше психическое напряжение на протяжении как минимум нескольких месяцев, но и отдает его тоже не быстро. Катастрофические фантазии и являются той средой, которая выращивает кристалл тревоги. Избыточная эмоциональная реакция является сигналом, который привлекает наше внимание к внутреннему миру и способам контакта с ним.

Наши чувства призывают задуматься

Эмоции (слово происходит от франц. *émotion* «эмоция», далее из ст.-франц. *emouvoir* «волновать», далее из лат. *emovere* «выдвигать; волновать, колебать», *ex-movere*-двигаться от) содержат в себе направленность, и когда они появляются, всегда направлены на объект. Когда мы так или иначе взаимодействуем с кем-то или чем-то, что вызывает отрицательные эмоции, мы начинаем испытывать напряжение, сдерживаясь от их непосредственного выражения, которое может быть чревато последствиями: мы можем потерять любовь человека, стать ему неприятным, вызвать обиду и недовольство значимого человека, что может повлечь за собой разрыв отношений или увольнение.

Наше воспитание заставляет нас вести себя очень предсказуемым образом. В раннем детстве у нас формируется крайне привлекательный детский идеал невозмутимости. Способность держать в руках самого себя, держать в узде свои реакции и порывы у маленьких детей считаются признаком зрелости и взрослости, которую они отчаянно стремятся достичь. С целью сохранения отношений мы начинаем вытеснять связь между эмоциями и ситуациями, которые ее вызвали. Мы стараемся не думать об этом, не замечать, игнорировать, не отвлекаться на сигналы, в результате чего напряжение становится смутным, плохо различимым. Невротические симптомы, связанные с потерей эмоциональной управляемости, возникают тогда, когда наш душевный контейнер переполняется. Переполненность напряжением отягощает и тормозит нашу спонтанность, мы пытаемся справиться с ситуацией, взять себя в руки, отмахнуться от возникающих чувств. Спутником человека становится неспособность расслабиться, из-за чего нарушается засыпание и глубина сна, появляется внезапное раздражение в относительно нейтральных ситуациях, волнение, плаксивость, ощущение не проходящей после отдыха усталости, избыточные реакции на резкие звуки, неожиданные ситуации.

Физиологией этого процесса управляют подкорковые структуры, которые поддерживают наше решение сохранять невозмутимость в ситуациях, требующих возмущения. Ведущей структурой, организующей здесь переживание страха, является миндалевидное тело, располагающееся в области височных структур головного мозга. Реальный страх является результатом нашего осмысления ситуации, он ориентирует нас в сложном поле отношений и коммуникаций. Невротический страх, напротив, дезориентирует нас, являясь плодом нашего болезненного воображения, которое устав от хронического напряжения, начинает искать символический выход. Миндалевидное тело способно производить реакции страха, не имеющие объекта, реагируя на сигналы нижележащих подкорковых структур (зрительного бугра или таламуса, эпителиума и гипоталамуса). Для расшифровки вегетативной реакции страха требуется осмысление, понимание чего же именно мы боимся. Это осмысление выполняет префрон-

тальная кора нашего головного мозга. Именно она связывает эмоцию с контекстом ее возникновения, делая нашу реакцию психологически объяснимой. Но предыдущий опыт подавления, стремления забыть и вытеснить из памяти неприятные события ослабляет связь и координацию этих частей нашего мозга, сигнал «сбивается» и плохо связывается с контекстом. Когда же нам становится трудно опираться на собственную эмоциональную реакцию, из-за внутреннего конфликта мы начинаем сомневаться, перестаем доверять самим себе, и начинается обратный процесс—*вотелеснивания* незавершенной эмоциональной реакции, приводя к появлению стойкой вегетативной тревожности.

Хроническое напряжение создает очаги постоянного возбуждения в области гипоталамуса, который, готовя нас к хронической стрессовой ситуации низкой интенсивности, стремится оставить нас в бдительном состоянии даже тогда, когда мы хотим и стремимся заснуть. Возбуждение области гипоталамуса переживается нами как очень смутные внутренние ощущения, возникающие на фоне общей болезненности, слабости и разбитости, напоминающие готовность к плохому. В результате усиленной работы гипоталамуса по поддержанию напряжения наши вегетативные реакции начинают, образно выражаясь, «гулять». Появляется внезапное учащенное сердцебиение, возникают скачки артериального давления, учащается и становится поверхностным дыхание, появляется учащенное мочеиспускание, мышечная скованность, тягостные ощущения в области живота и сердца. Потеря управляемости естественных, и до того не замечаемых функций, вызывает у человека фантазии о том, что он не в порядке, заболел и даже может сойти с ума, если начинает происходить что-то подобное. Потеря физиологического контроля становится мотивом обращения к психотерапевту или врачам общей практики, так как человек чувствует себя больным.

Мы часто хотим жить так, чтобы у «нас все было, и ничего за это не было». Гештальт-терапевт Клаудио Наранхо называл эту нашу склонность базисом любого невроза—*психодуховной инерцией*, желанием оставить все как есть, когда наша жизненная ситуация требует изменений. Это стремление заставляет нас избегать неприятных переживаний. Невротический страх является сигналом того, что мы слишком долго откладывали важные жизненные решения. Сигнал нашего организма начинает звучать очень громко и искаженно, он пытается нам донести что-то очень важное для нашего сознания, но мы не можем разобрать слов, а громкий голос нашего подсознания пугает нас целым ворохом фантазий. Гештальт-терапевт приглашает клиента в процесс дешифровки симптоматики, чтобы совершить перевод символического языка симптома на язык эмоций, а язык эмоций позволяет нам осознать текущую ситуацию более полно, заметив сложившуюся конфигурацию (нем. *Gestalt*) отношений.

Основными техническими приемами гештальт-терапии являются *челночное связывание* и *эмоциональное фокусирование*. Тот, кто видел и помнит швейные машинки, знает, что челнок – это один из самых важных исполнительных ее узлов, фактически ее «сердце». Он подает нижнюю нить через шпульку, переплетает ее с петлей верхней нити и формирует двухниточный стежок. Так из заранее раскроенных кусочков сшивается наша одежда. Челночное движение в гештальт-терапии сшивает нашу психику посредством поиска объединяющих общих паттернов переживания в ситуации «здесь-и-сейчас» и «ситуации-там-и-тогда». Гештальт-терапевты используют доминирующую эмоцию как проводник, позволяя сшить эмоциональный опыт и дешифруя сигнал симптома, старается сделать его осмысленным и понятным для человека, восстанавливая связь между беспокоящей эмоцией и сформировавшей ее ситуацией.

С этой целью гештальт-терапевты используют также технику *озвучивания- (вербализации) эмоций*. Например, они не просто регистрируют эмоции, как врачи-психиатры, записывающие переживания в историю болезни перед вынесением спорного медицинского приговора, а пытаются понять и осмыслить субъективное значение эмоции, постоянно конкретизируя переживания и помогая связать их с текущим контекстом. Они не просто слушают рассказ о чувствах, а стремятся превратить рассказ в способ выражения. Гештальт-терапевт может пред-

ложить клиенту завершение высказывания путем ассоциирования. «Попробуйте продолжить фразы— «мне тоскливо от того, что...», «я боюсь того, что...», «мне тревожно от того, что».

Например, когда клиент говорит «я испытываю страх», он переживает страх как что-то активное, а себя- пассивным свидетелем его возникновения. Если человек меняет формулировку на «я боюсь...», то в этой формулировке уже заложена возможность выбора и проследживается связь с конкретным объектом («чего именно Вы боитесь?»). Когда клиент проговаривает возникающие эмоции, он начинает связывать их с конкретными ситуациями, в которых он их испытывает. Принимая собственное авторство переживания, клиент может заметить, что его способность к самопониманию значительно возрастает, подоплека беспокоящих переживаний становится все более очевидной.

Каждая эмоция является *показателем* нашего отношения к кому-либо или чему-либо, и ее *интенсивность прямо пропорциональна значимости* этих отношений. В эмоции присутствует вегетативный компонент (наши телесные ощущения), и когнитивный, сигнальный компонент. Сигнальный компонент отражает направленность эмоции на конкретный объект. Подавленные эмоции могут быть малоразличимы и плохо дифференцированы, для их распознавания гештальт-терапевты используют технику усиления (*амплификации*). Амплификация включает повторение, гиперболизацию, преувеличение слов клиента, чтобы усилить проявляющийся эмоциональный контекст.

Мы часто произносим эмоционально окрашенные фразы, не осознавая заряда эмоции. Гештальт-терапевт может попросить своего клиента повторить фразу несколько раз, и тогда клиент начинает переживать то, о чем он говорит в отстраненной и описательной манере. Применение подобной техники в данном случае, имеет несколько задач. С одной стороны, таким образом, мы способствуем распознаванию эмоции, и, фокусируясь на ней, задействуем эмоциональную память человека. Это позволяет использовать эмоциональный фокус как проводник к поиску общего паттерна переживания. Обнаружив его, мы выявляем историю паттерна для последующего *челночного связывания*.

Беги прочь—и кролик превратится в льва

Отличительным признаком невротических страхов, *неврозом избегания*, является избегание неприятного эмоционального опыта. Избегание опыта оставляет конфигурацию нашего опыта (гештальт) в напряженном и неразрешенном состоянии. Чем больше мы его способны пережить, тем более устойчивыми мы становимся, наша психика начинает понимать, что сигнал прочитан, эмоция переносима и содержит значимую для нас информацию. Это одна из ведущих стратегий работы с фобической тревожностью, так как перевод избегающей установки в исследовательскую способствует лучшему самопониманию. А способность клиента ориентироваться в собственных сложных чувствах возрастает, его личная сила справляться с ситуациями, опираясь на собственные эмоции растет.

Префронтальная кора занимается поиском объяснения нам самим наших же эмоций, пытается связать их с контекстом, придает смысловое значение нашему переживанию, находя для него слова-обозначения. Это наше "*объяснительное*". Вербализация эмоции, являющаяся одной из частных техник гештальт-терапии, позволяет преодолеть барьер в выражении и осмыслении собственных переживаний. Гештальт-терапевты просят называть эмоции для того, чтобы восстановить связь между префронтальной корой, которая занимается анализом и объяснением происходящего в сфере эмоций и действий, и миндалиной, которая реагирует автоматической сигнальной тревожностью. Получив объяснение, бдительная миндалина успокаивается, снимая красный режим террористической опасности среди всего организма. Эмоция всегда направлена на конкретный объект, и в гештальт-терапии мы всегда конкретизируем эмоцию, стремясь осмыслить ее значение в актуальном поле отношений:

На кого или на что злишься?

Чего конкретно боишься?

Перед кем и за что именно ты испытываешь вину?

Челночное связывание эмоции и ситуации ведет к растелесниванию (десоматизации) переживания. Перед этим мы часто проводим *эмоциональное фокусирование*:

Соберите вместе мозаику неприятных телесных ощущений, когда Вы переживали интенсивный эмоциональный дискомфорт

Попробуйте выделить в теле самую беспокоящую эмоцию

Обозначьте и назовите ее

О какой потребности она говорит?

Какую потребность мы пытаемся удовлетворить, испытывая и выражая ее? (иногда, когда мы злимся, мы хотим обеспечить безопасность, испытывая вину, сохранить отношения и.т.п.);

Что важно сделать, чтобы потребность была удовлетворена?

Каких изменений требует текущая ситуация?

Эмоции могут быть первичными и вторичными. Например, грусть естественна и является врожденной реакцией на потерю. Некоторые эмоции социально обусловлены, зависят от социальных норм и ценностей—стыд, вина, зависть. Гнев может первичной реакцией на угрозу безопасности и нарушение установленного порядка, а также служит сигналом того, что наши границы нарушены или проломлены. Тревога же очень часто является вторичной реакцией и напоминает пену на поверхности моря, когда что-то начинает подниматься из глубин.

Некоторые эмоции могут носить также *инструментальный характер*, то есть являются инструментом для формирования отношения окружающих. Так, например, демонстрация страха может способствовать привлечению внимания, равно как и демонстрация беспомощности. В такой ситуации люди начинают его активно поддерживать. Это формирует порочный круг подкрепления тревожности—неуверенный человек демонстрирует страх и беспомощность, окружающие включаются в ситуацию, стараясь его поддержать и помочь избежать этого переживания, что подкрепляет у него представление о собственной беспомощности.

Подобного рода цикл часто происходит в детстве у людей, которые вырастают тревожными и неуверенными в себе людьми. Родительская тревожность наследуется не только путем передачи генов предрасположенности к тревожным реакциям. Это осуществляется путем косвенного или скрытого научения. Ребенку в возрасте от двух до пяти лет важно научиться справляться с собственными эмоциональными реакциями, и в первую очередь, со страхами, подружиться и приручить их. Ведь в этом возрасте даже самостоятельный контроль дефекации не всегда удачен и красив. В процессе своего развития ребенок учится контролировать свои реакции, сдерживая собственные порывы—возмущение, недовольство, капризность, желание заплакать. Незавершенные реакции (гештальты) в течение ночи продолжают проигрываться в фантазии, принимая образы пугающих фантастических фигур (ведьм, колдунов, мертвецов, вампиров, инопланетян), которые наделяются признаками собственной подавленной агрессии.

Сон становится беспокойным, и ребенок может проснуться не полностью, его тело сковывает сонный паралич, и в полном сознании он встречается с гипнагогическими галлюцинациями, которые отличаются удивительным правдоподобием. Он бежит в спальню родителей, и успокаивается, только прижавшись к маме. Если родители препятствуют вторжению в пространство родительской спальни, ребенок научается справляться с собственными страхами, он замуривает глаза, дышит, молится, и постепенно научается снова засыпать после такого пробуждения. Он не убегает из «опасной» собственной спальни, и начинает верить в себя, верить в то, что он способен справиться. Если же родители поддаются его желанию, и при первой же возможности оставляют его при себе, они подкрепляют его механизм избегания, во взрослой жизни он не будет верить в себя и находить собственные ресурсы, и при возникновении страха не будет способен справиться, а будет искать кого-то или что-то, на что сможет положиться.

А лишаясь такого ключевого, *регулирующего* эмоции *объекта*, он будет чувствовать себя беззащитным и беспомощным.

Формированию тревожности способствует еще и способ воспитания. Здесь играет роль потворствующая или контролирующая гиперопека родителей, которая мешает ребенку поверить в собственные силы, на чем мы остановимся ниже.

В первом случае родители пытаются что-либо сделать за него, чтобы их малыш не столкнулся с ужасающей реальностью. Вместо того чтобы опираться на группу, находить себе сверстников-единомышленников, друзей, которые будут его поддерживать, он начинает опираться на своих родителей, и без их поддержки чувствует себя растерянным, беспомощным и внутренне уязвимым. Мамы таких детей, по-своему, сквозь призму собственной родительской тревожности, искаженно восприняв идеи известного детского психолога, начинают беречь ребенка от любых проявлений встречи с неприятными сторонами действительности.

Мамы стремятся вырастить ребенка в полной душевной стерильности, как индийский князь отец своего сына принца Гаутаму, ограничивая его контакт с болезненной реальностью. Тревожная мать, переполненная собственными навязчивыми страхами, прощаясь с ребенком, уходящим с нянечкой в детский сад, смотрит на него полным тоски и ужаса взглядом, что ребенок начинает ожидать, что там, в садике случится что-то страшное. Оказавшись без родителей, он чувствует себя чужим среди своих, группа кажется ему враждебным, а другие дети угрожающими. Он точно понимает, что без мамы он не справится, папа его не защитит, и он начинает страстно желать вернуться к маме. Вырастая, такие люди боятся оказаться в незнакомой и неконтролируемой ситуации, а уже во взрослом состоянии у них формируется агорафобический симптомокомплекс. Как только они отдаляются от безопасного места, в котором им все знакомо и привычно, они начинают испытывать сильный страх.

Во втором случае родители постоянно вмешиваются в самостоятельные действия ребенка, перепроверяя правильность совершенных действий. Ими движет тревога, они его воспринимают как слабого и беспомощного, и крайне болезненно переживают его ошибки, потому что именно им приходится их исправлять. Поэтому они постоянно перепроверяют совершенные действия: «ты дверь закрыл?», «свет выключил?», «телефон взял?». Ребенок начинает сопротивляться такому вмешательству, но прямо сделать он это не может, взамен начинает проявлять собственную пассивную агрессию, игнорируя именно те области ответственности, которые они пытаются контролировать. Чем больше его подгоняют, тем дольше он копается, чем больше его проверяют, тем более рассеянным он становится. Бессознательно действуя таким образом, он пытается утвердить собственную независимость, способность контролировать и решать что-либо в своей жизни в состоянии защитного транса.

Во взрослой жизни такого человека борьба с внешним контролем родителей превращается во внутренний самоконтроль, он начинает сомневаться в правильности и завершенности собственных действий, что становится почвой для возникновения *навязчивостей повторного контроля* (многочисленных перепроверок совершенного действия—закрыл ли квартиру, выключил ли электричество, газ и т.п.). У ребенка также закрепляется представление о себе как о слабом, беспомощном неудачнике, он перестает верить в свои собственные силы, перестает доверять самому себе. Его будущее начинает казаться пугающим и неопределенным, и он научается постоянно контролировать себя и готовиться к возможной неопределенности, становясь реагирующим автоматом. Он готовится справиться с тем, с чем в жизни может и никогда не столкнется.

Такой человек старается предусмотреть все возможные неприятности и максимально избежать попадания в них, а уж если он ошибается, то переживает свою ошибку крайне болезненно. У таких людей оптимистическая мотивация достижения сменяется *мотивацией избегания*, а жизненным лозунгом – известное всем «как бы чего не вышло!?!». Их подсознание, скрыто мечтающее о свободе поведения и собственной силе, все время подбрасывает фанта-

зийные ситуации, в которых есть риск не справиться. Человека переполняют пугающие мысли «а что, если вдруг?», он начинает уходить в них, они его перегружают. Все свободное время его сознание занято подготовкой к пугающему будущему, человек готовится к фантазийным проблемам, и совсем перестает жить настоящим, теряя наслаждение и удовольствие от текущей жизни. Даже делая что-то приносящее удовольствие, он не может позволить себе полностью погрузиться в деятельность, приносящую наслаждение, он все время подсознательно готовится к «черному дню», который может наступить. Такие люди могут парадоксальным образом успокаиваются, когда ситуация действительно становится опасной, потому что они внутренне готовились для встречи с ней, и когда дамоклов меч уже упал, ожидание внешней угрозы прекращается.

Гипоопека со стороны родителей, заброшенность и неконтролируемость обстановки в семье создает предпосылки для хронической *генерализованной тревожности*. Такой человек вырастает в обстановке непредсказуемости. Иногда такую обстановку создает пьющий отец или эмоционально-неустойчивая мать. Привязанность ребенка к таким родителям носит противоречивый характер. Задача и функция родителей состоит в том, чтобы передавать собственный опыт восприятия и обращения с реальностью. Эмоционально-неустойчивые родители подменяют картину реальности палитрой собственных эмоциональных реакций. И тогда сама реальность для ребенка становится пугающей и враждебной.

Воспитание – это система поощрения и наказания, а как учил нас Иван Петрович Павлов— «счастье находится где-то между свободой и дисциплиной». Ребенку крайне важно одобрение родителей, он боится потерять их отношение, в связи с чем он начинает связывать их эмоциональные реакции с собственным поведением. А их эмоциональные всплески, взрывы гнева и ярости могут быть абсолютно не связаны с его действиями. В семьях, в которых циркулирует много тревоги, напряжение плохо контролируется, оно непредсказуемо скачет как в неисправной электросети.

Гнев также может быть *вторичной* эмоцией. Родитель, находящийся в напряжении, вызванной ситуацией непрерывной неудовлетворенности, выживания, связанной с социальными причинами (неустроенность, бедность, нужда, внешнее давление, последствия семейного алкоголизма), при помощи гнева может прерывать коммуникации, сталкивающие его с собственными труднопереносимым переживаниями: беспомощности, чувствами вины и стыда. И родитель срывается на ребенка, как на самого слабого, не способного дать ему отпор близкого. А перед этим вытерпывает оскорбления начальника, или непрерывную критику супруга или партнера, в условиях нарастающего давления непростой жизненной ситуации. Ребенок в таком случае не может понять, почему вчера его за это же хвалили и вместе с ним играли за полночь, а сегодня на него за эту же игру в это время орут и ругают. В результате он научается не доверять собственным чувствам, его привычкой становится ожидание плохого, тело тренируется находится в состоянии напряженной бдительности. За дверью детской комнаты раздаются крики, громкие звуки разносимой мебели, плач и душераздирающие визги. Преодоление хронической тревожности у такого человека может занимать несколько лет, так как этот паттерн хронического ожидания неприятностей формировался в течение всего детства. Но это не значит, что от такого переживания невозможно избавиться. Это значит, что избавление может не произойти быстро.

Тревога является признаком нераспознанного возбуждения, она содержит в себе смесь первичных эмоций и катастрофических фантазий. Для проработки данной эмоции требуется сосредоточение на ее сути—*эмоциональное фокусирование*, потому что тревога сигнализирует нам о наличии чего-то, что требует новой конфигурации отношений, необходимости переориентироваться в ситуации, прислушаться к внутреннему сигналу, и ее сигнальная функция состоит в привлечении внимания к чему-то важному. Текущая конфигурация наших пережи-

ваний, смесь и клубок наших чувств содержат в себе наши противоречивые тенденции и намерения в отношениях, которые мы поддерживаем, и этот клубок нуждается в распутывании.

Послойный анализ переживаний этой конфигурации и составляет суть *эмоционального гештальт-анализа*. Наши переживания носят целостный характер, эмоции приводят нас к породившей их ситуации, и тем фантазийным ситуациям, которые проигрываются в воображении, они тоже вызывают эмоции, их содержание становится ключом к внутренним конфликтам клиента. Невроз — это психогенно-обусловленное и конфликтогенное заболевание, которое субъективно переживается как болезнь, однако также является "самодельным" переживанием, расстройством, сотканным из материалов собственных фантазий пациента.

Мюрриэл Шиффман [19] предлагала использовать послойный *эмоциональный гештальт-анализ*, чтобы выделить общий эмоциональный рисунок (паттерн) для последующего челночного связывания актуального и ранее пережитого опыта. Приведем пример аналитической проработки всплеска раздражения, которое спровоцировало семейную ссору:

Сфокусируйтесь на избыточной (неадекватной) эмоции (например гнев)

Выделите поверхностную эмоцию (гнев)—*я раздражаюсь, потому что он говорит об этом...*

Выделите более глубокую эмоцию (страх) в данном случае —*...мне страшно слышать то, о чем он говорит...*

Выделите еще более глубокую эмоцию (в данном случае печаль и тоску)—*он нагнетает, говорит так, как будто готовит меня к плохим известиям...*

Выделите общий рисунок эмоционального переживания (паттерн)—*так говорили мои родители, когда готовили к известию о чем-то неприятном, я вспоминаю как они сообщили мне о смерти любимой бабушки...*

Психотерапия представляет собой помощь в распознавании и дешифровке индивидуальных смыслов и значений симптомов, лежащих за ними конфликтов и незавершенных жизненных ситуаций, в которых мы выбрали возможность пообвыкнуть, вместо того чтобы что-то в них менять. Если сигнальная тревожность расшифрована, мы выбираем не раздувать дым тревоги, а потушить огонь конфликта, который поддерживает навязчивый характер наших страхов и фантазий о страшных финалах.

Невроз напоминает попытку усидеть на сломанном табурете—вроде бы и сидится пока, но спокойно усидеть не получается. Для развития навыков самопонимания, проработки беспокорящего опыта требуется хороший альянс. Как говорится в одном старом анекдоте: Вопрос: «Сколько требуется гештальт-терапевтов, чтобы закрутить лампочку?». Ответ: «Достаточно одного, но важно, чтобы лампочка сама этого хотела». Альянс—это готовность пройти вместе в исследовании эмоционального опыта, даже если он будет неприятным. Гештальт-терапевт обеспечивает поддержку в осознании, усилении самопонимания, моделировании изменений, необходимость которых вызвана текущей ситуацией жизни, возвращая человеку авторство его собственного пути.

Голос симптома

Диагноз в медицине ранее всегда воплощал свернутый план лечения. Чтобы совершить вмешательство, врач должен был ориентироваться в том, что происходит с его пациентом. Считалось, что в большинстве случаев нужно установить причину, и тогда устраняя причину воздействия, мы влияем на последствия воздействия болезнетворного фактора. Подобной логикой руководствовался когда-то и знахарь. Чтобы понять причину воздействия, знахарка в полночь растапливала воск церковных свечей и выливала его в воду. Воду она выливала в отхожее место, а восковой отливки начинала толковать, стараясь разглядеть фигуры стекающего воска. Если видела остроконечные части, она предполагала, что порчу навел мужчина, если были круги и полумесяцы, то, скорее всего это сделала женщина. Иногда, подключив воображение, она пыталась увидеть в отливке какую-либо сцену или ситуацию, она делилась этим открытием

со своим клиентом, а дальше, применяя метод «холодного чтения», отмечала, какие именно гипотезы совпали с переживаниями и внутренними объяснительными моделями собственного страдания самого клиента. А клиенту становилось легче от того, что происходящее с ним приобрело объяснение и смогло быть выражено.

При нынешнем объеме знаний интерпретации стали значительно точнее, причинно-следственные связи удалось выявить, изучить и доказать. С развитием естественных наук причины некоторых болезней удалось визуализировать, например, были найдены ранее невидимые возбудители инфекционных болезней. Бактерии, вызывавшие тяжелые инфекционные болезни, стали видимы под микроскопом. Методом проб и ошибок, были изучены эффекты химических соединений, существующих в живой природе. Так, при изучении грибов были открыты продукты их жизнедеятельности, названные впоследствии антибиотиками. Они мешали бактериям развиваться, приводили к их гибели, что сопровождалось видимым и быстрым клиническим улучшением состояния больного. Этот принцип поиска порождающего расстройства агента—патогенной причины был распространен на область всей медицины. Патогенными причинами стали восприниматься внешние воздействия и механические причины, нарушающие функционирование органа, в различных сферах, от хирургии и неврологии до эндокринологии и гинекологии. В фокусе внимания врачей находились патогенетические механизмы, процессы, приводящие к болезни.

Классификации болезней выстраивались по этиопатогенетическому принципу— нахождение общих механизмов развития заболеваний. Причины некоторых психических расстройств были найдены, описаны и четко установлены. Так, были подробно описаны последствия черепно-мозговых травм, психических расстройств вследствие инфекционных болезней. Но механизмы развития множества психических расстройств, к сожалению, не установлены до сих пор, их поиск продолжается. Психоаналитически ориентированные психиатры принялись искать истоки психических расстройств в особенностях развития пациента, динамике его переживаний, подчеркивая, что для развития ряда расстройств патогенной является сама ситуация, а их психическое страдание становится результатом нарушенной попытки адаптации к меняющейся ситуации жизни. Именно тогда и возникла классификация психогенных расстройств, в частности невротозов, построенная на поиске общих патогенных психогенетических механизмов развития. Однако в соответствии с представлениями того времени, когда они разрабатывались.

Считалось, что ведущим механизмом развития невротозов становится внутриличностный конфликт. Часть личности старается жить по инерции, сохранить привычный способ жизни и конфигурацию системы отношений, в то время как другая часть стремится изменить ситуацию, отвечая вызовам окружающей действительности. Именно в первой половине двадцатого века были заложены основы современной, ориентированной на поиск причин (патогенетической) психотерапии. Заложены основные принципы психологической терапии—вмешательства в ход и содержание психических процессов с помощью разговора, поведенческого моделирования, психологического анализа фантазий и работы с воображением.

В середине прошлого века тяжелые психические расстройства пытались также лечить успокоительными средствами, влияя на симптоматику, но, по-прежнему не очень понимая причин. Затем были открыты нейролептики—вещества, позволяющие снять психомоторное возбуждение. Однако, помимо этого, их применение приводило к ослаблению выраженности бреда и галлюцинаций у психотических пациентов, что сделало их поведение более управляемым и упорядоченным. Примерно в это же время случайным образом было установлено, что у людей, получающих противотуберкулезный препарат, повышается настроение.

Таким образом случайно были открыты антидепрессанты, и тогда же на опыте подтвердилась гипотеза, что симптомы депрессии связаны с обменом медиаторов-катехоламинов (серотонин, дофамин, норадреналин). В психиатрии началась эра психофармакологии. Впоследствии, эта гипотеза была подтверждена методами инструментального и биохимического

исследования, и сфера применения антидепрессантов расширилась. Было установлено, что они не только повышают настроение (*тимоаналептический эффект*), но и успешно снижают тревогу у большинства пациентов, регулируют вегетативную деятельность, и уже тогда эти препараты стали применять достаточно широко у людей с затяжными невротическими состояниями. Эффект достигался достаточно быстро (в течение 6–8 недель), и в ряде случаев стойко сохранялся.

Но эта революция имела и негативный эффект—психосоциальные направления в области психиатрии стали сокращать, меньше финансировать, были свернуты некоторые программы в области психотерапии. Научные исследования в области психиатрии финансировались в основном фармакологическими компаниями, которые стали зарабатывать огромные деньги и реинвестировать их снова в разработку новых лекарственных средств. Ученые, действовавшие в области психиатрии, стали скрыто финансироваться фармкомпаниями, активно поддерживая распространение их продукции. Например, в постсоветский период личные доходы университетской профессуры определялись не мизерными зарплатами в бюджетной сфере, и не собственной консультативной деятельностью, но в большей степени вовлеченностью в клинические исследования эффективности того или иного препарата. Кто платит, тот и заказывает музыку в ресторане.

Так и в психиатрии стали звучать преимущественно фармакологические ноты, и среди научных исследований преобладали те, которые отражали интересы фарм-лобби. Стоит отметить, что психофармакотерапия гораздо быстрее давала выраженный клинический эффект—ослабление симптоматики, прежде всего уменьшение выраженности негативных эмоций (тоски и тревоги). Правда этот эффект не очень стойкий, особенно в случае невротических и личностных расстройств, связанных с напряжениями в системе отношений, но вполне соответствующий задачам социальных посредников (страховых компаний, регулирующих органов государственных систем) и самого невроза пациента, пытающегося избежать осознания внутриличностной конфликтности. Невротическое стремление сохранить субъективную зону комфорта в проблемной ситуации поддерживает у человека желание не знать, не переживать, и не замечать болезненных аспектов реальности.

Эмоциональные расстройства являются результатом не одной единственной причины, а уникального сочетания множества факторов. В частности, удалось понять, как длительный стресс влияет на биохимию и психофизиологию мозга. Хотя некоторые психиатры продолжали во всем винить исключительно биологию, путая предрасположенность с причиной. Сведение причин расстройства исключительно к биологическим проблемам, позволяет некоторым людям, налепив на себя ярлык психически больного, избавиться от необходимости совершать неприятные жизненные выборы, сохраняя теплый комфорт привычного болота, в которое превратилась их жизненная ситуация (неудовлетворяющие близкие отношения, нелюбимая работа, подвешенное состояние).

Такие люди очень часто любят называть себя больными и искать всемогущего врача, который им обязательно поможет изменить их жизнь, но без их активного участия («доктор, сделайте мне гипноз или гельштат, когнитивка на мне не работает»). Из позиции "тяги-толкая" помочь таким людям очень сложно. Их страдание имеет условно выгодную сторону, эта выгода мешает им самим, но принятие ответственности пугает их намного сильнее.

Мультифакториальная обусловленность означает, что ряд расстройств, в частности расстройства настроения и другие эмоциональные расстройства могут возникать вследствие сочетания ряда факторов: генетической предрасположенности, влияния семейной истории, пережитых психотравм, под влиянием стойких и слабо контролируемых стрессовых ситуаций, и в каждом случае это сочетание индивидуально. Успешное применение антидепрессантов уменьшило внимание исследователей к изучению роли психосоциальных факторов, область и формы применения психотерапии сильно сократились.

Упрощенная унификация и стандартизация вмешательств хоть и защищала от произвола некомпетентности, однако сильно ограничивала элемент творчества во врачебном искусстве. Классификации психических расстройств стали носить статистический характер, они стали кодом, шифром, по которым представители разных национальных школ психиатрии пытались договориться об обоснованности применения тех или иных препаратов в лечении, что так или иначе выгодно регуляторам, страховым и глобальным фармакологическим компаниям. Статистический принцип, принцип учета и отчетности тормозил не только само врачебное искусство, но и подлинно научный подход к проблеме психопатологии оттесняя принцип поиска субъективных причин расстройства в угоду статистическим компромиссам номенклатуры. В целом, медицинская психиатрия стала утрачивать характер искусства, постепенно превращаясь из основного метода лечения невротозов в приложение к фармакотерапии. В этом процессе сыграла свою роль система социальных надстроек, организовавших рынок страховой медицины.

Как указывал современный исследователь Скотт Миллер, медикализация психотерапии и заигрывание с системой страховой медицины постепенно заводили развитие специальности в тупик.

Известный психотерапевт, автор популярных книг по психотерапии Ирвин Ялом, в 2015 году с сожалением писал:

«Большая часть программ, часто под давлением комиссий по аккредитации и страховых компаний, предлагает обучение только краткосрочным, «эмпирически подтвержденным» видам терапии.

Они состоят из очень конкретных техник работы с четко определенными диагностическими категориями, такими как депрессия, расстройство пищевого поведения, панические атаки, биполярное расстройство, зависимости или специфические фобии.

Я опасаясь, что такая направленность современного образования приведет к утрате целостного восприятия человека, и что гуманистический, холистический подход, которого я придерживался в работе с этими десятью пациентами, может скоро исчезнуть».

Клинический диагноз перестал быть планом лечения, становясь лишь единицей статистического учета. Врачи-психиатры стали использовать диагнозы преимущественно формально. Намечался тренд обратной биологизации расстройств настроения, игнорировались психологические и межличностные факторы. Из международных классификаций исчезли сами понятия "невроз" и "психогенные расстройства", их заменили удобными для фармакологии категориями по типу «смешанное тревожно-депрессивное расстройство». Некоторые расстройства исчезли из классификаций по причине неблагозвучности и непolitкорректности (например истерия), другие по причине неприменимости фармакологического лечения (неврастения). Были открыты механизмы, влияющие на развитие навязчивых состояний, например обсессивно-компульсивного расстройства у детей, начинающегося после простудного заболевания. Оказалось, что аутоиммунные механизмы влияют на развитие этой симптоматики в гораздо большей степени, чем стиль воспитания, семейная ситуация, и внутренние конфликты пациентов.

К сожалению, со временем практика лекарственной психиатрии стала напоминать узаконенную аддикцию (как в тексте известной песни Сергея Шнурова— «...Все это похоже на какую-то разводку, наркотики нельзя, но можно водку»). Например, сформировалась традиция использования антидепрессантов при любых формах эмоциональных и поведенческих расстройств без особой необходимости. Выписывать их стали врачи общей практики при первых признаках эмоциональной нестабильности. Серия расширенных подростковых суицидов, с массовыми убийствами школьников и собственных близких, в конце восьмидесятых или начале двухтысячных была совершена подростками, которые длительно принимали антидепрессанты (прозак, эффексор, симбалту). Эти препараты обладают активирующим и стимулиру-

рующим действием, но в качестве фонового побочного эффекта они избирательно снижают интенсивность эмоций вины и страха, притупляя моральные ограничения.

Развитие психотерапии в нашей стране также было сильно заторможено идеологическим давлением в этой сфере. Возрождение психотерапии состоялось благодаря врачам, работавшим в системе общемедицинской практики и встречавшим большое количество пациентов, страдавших неврозами (в СССР были сформированы ленинградская, московская и харьковская школа психотерапии). В 1975 году в советских поликлиниках появились кабинеты психотерапии, а потом, в 1985 году по приказу Минздрава СССР была введена новая врачебная специальность — "врач-психотерапевт". Сферой деятельности врача-психотерапевта становились пограничные нервно-психические расстройства (неврозы, зависимости, психосоматические и социально-стрессовые расстройства). Бум интереса к психотерапии на постсоветском пространстве пришелся на конец 80-х и начало 90-х годов прошлого века.

Психотерапии стали обучаться врачи всех специальностей на факультетах последипломной подготовки, а также практические психологи, в том числе из сферы образования. Были импортированы методы психотерапии и их элементы, развивавшиеся в основном на Западе. В то время как система обучения отечественной психотерапии все еще не сложилась окончательно. Хотя была предпринята серьезная, основательная, но увя незавершенная попытка разработки отечественного метода интегративной психотерапии, который старался вобрать все работающие элементы из других подходов, позволяющие помочь пациенту на основе индивидуализированного лечения. Профессиональному образованию в этой сфере не хватает системности и последовательности, развитие сферы психотерапевтического образования происходило благодаря энтузиастам из числа врачей и психологов, снизу, и не благодаря, а вопреки обременительным и часто бессмысленным ведомственным инструкциям. Но мы надеемся, что развитие этого метода продолжится.

Развитие врачебной психотерапии в нашей стране было вновь заторможено нормативными актами. В то время как на постсоветском пространстве активно развивался капитализм, общество потребления, рыночные отношения, специалистам было сложно перестроиться, они все еще ориентировались на социалистическое прошлое. Бюджетные учреждения неуклонно сокращались, а частная врачебная практика не развивалась, так как лицензировали не специалистов, а помещения, в которых они работали. К тому же сама специальность врач-психотерапевт стал напоминать сказочного «тяни-толкая» из-за возложенного объема противоречивых функций. Потому что врач работает с организмом преимущественно как с биологическим объектом, а психотерапевт работает со своим клиентом, как с субъектом, с его душевными переживаниями. По утверждению Клаудио Наранхо, психотерапия начинается как подлинное волшебство, а заканчивается как занудная бюрократия. Попытка регулировать, призванная ограничить произвол, часто становится душающей удавкой для свободы и творчества.

Часть наших пациентов склонна делать других ответственными за собственные переживания, поэтому мы часто слышим от них новомодные ярлыки в адрес их собственных близких («абыюзер», «газлайтер», «нарцисс», «садист(ка)» и т.п.). При рассмотрении подобных оценок важно руководствоваться *принципом возможной значимости*, понимая, что субъективное описание может разительно отличаться от объективной реальности.

Тонкая грань допуска к душевной жизни нарушалась и со стороны специалистов. Некоторые специалисты злоупотребляли доверием своих клиентов, втягивая их в решение собственных личных проблем и ставя терапевтические отношения с ними на службу скрытым интересам, переходя к эмоциональному использованию и душевной эксплуатации с постепенным размытием ролевых позиций (навязанная клиенту дружба и использование его возможностей для решения собственных проблем).

При этом, к сожалению, профессионального независимого экспертного сообщества, способного защитить как интересы пациента, так и интересы специалиста в нашей стране пока не

сформировано, несмотря на попытки энтузиастов профессионального цеха. Поэтому деятельность врачей оценивают люди, не знакомые с содержанием психотерапии. Тогда оценка случая находится на усмотрении конкретного следователя и конкретного судьи, а не на основе профессиональной экспертизы конкретных обстоятельств. Медиализация психотерапии поощряет как произвол специалистов, позволяя им занимать более «вертикальную позицию», но и «потребительский терроризм» некоторых клиентов, безосновательно обвинявших специалистов в нанесении умышленного вреда. Стоит отметить, что судебные инстанции все же занимали более взвешенную позицию, однако ничем не ограниченные действия отдельных лиц с обеих сторон не способствовали благоприятному эмоциональному фону для развития специальности.

Из-за этих дефицитов и проблем в области практической деятельности стали доминировать психологи. Они, в отличие от врачей, оказались более активными, гибкими и ориентированными на потребности клиента, менее скованными неработающими ограничительными нормативами различных ведомств, бессодержательными бумажками и инструкциями. В контакте они чаще держались проще и человечнее, не претендуя на нимб сокровенных познаний. Именно благодаря живости психологов, удушающая хватка регуляторов-бюрократов, воспринимающих все живое потенциальным источником хаоса, не заглушила их любопытства к внутреннему миру своих клиентов. По крайней мере, пока.

Во всем мире психотерапия признана свободной и независимой профессией, дисциплиной гуманитарных наук, требующей высокого уровня теоретической и клинической подготовки. Около двадцати лет назад у нас доминировали методы психодинамического и гуманистического направлений психотерапии. Затем в страну стали проникать все новые разработки когнитивно-поведенческой терапии, отличавшейся ясной структурой и последовательностью интервенций. Наличие структуры, некоторая директивность и регламентированность интервенций очень импонируют людям, которые плохо переносят неопределенность, вызывающую у них интенсивную тревогу и недоверие.

Люди с *пограничной личностной организацией* нуждаются во внешней структуре, и с большим доверием относятся именно к тем методам, которые предоставляют подобную структуру и очевидную логику интервенций. Но противоречие состоит в том, что им также сложнее удерживаться в четко регламентированных рамках с большим количеством самостоятельной работы и структурированных домашних заданий. Они как бы в этом нуждаются, но получая инструкции, начинают им сопротивляться. Структурированные методы выбирают также люди прагматичные, целеустремленные, ориентированные на конечный результат, также предпочитающие структуру, логику, полагаясь на научное обоснование объяснительных моделей.

Когнитивная терапия особенно успешна там, где имеют большое значение идеаторные процессы, где доминирует автоматическое негативное, идиосинкразическое мышление. Человек попадает в ловушку переживаний, созданных собственным мышлением. За счет когнитивных искажений, построенных на ложных допущениях, человек начинает переживать безвыходность там, где ситуация содержит множество выходов и возможностей. В случае тревожных расстройств доминирующими когнитивными искажениями становятся *эмоциональное преувеличение* (*катастрофизация* последствий—"это ужасно, я этого не вынесу"), *сверхобобщение* ("все, всегда, каждый"), *персонализация* ("это случилось из-за меня"), *черно-белое мышление* (все или ничего).

Гештальт-терапевты не обязательно фокусируются на когнитивных оценках опыта, обращаясь к эмоциональному анализу, но также учитывают оценочный компонент эмоционально опыта в собственной работе. Наш опыт целостный, и взаимосвязанный, и в каждой сложной эмоции присутствует когнитивный компонент оценки (как я узнаю, что это страшно? как Вы понимаете, что это произошло из-за Вас?). В ходе сеансов гештальт-терапии мы всегда обращаем внимание клиента, на то, как искаженные оценки опыта формируют проблемные пере-

живания. В проблемное переживание очень легко можно свалиться, сливаясь с искаженными оценками. Допустим, если мы начинаем использовать неуместное свехобобщение, мы теряем способность к критическому анализу текущей проблемной ситуации, и перестаем что-либо контролировать, чувствуя беспомощность. Автоматическое использование свехобобщения делает нас субъективно беспомощными в ситуации, с которой нам справиться объективно по силам.

Некоторые когнитивно-поведенческие терапевты проявляют творческий подход, легко импровизируют, способны вовлечь клиента в увлекательный процесс исследования собственного мышления. Некоторые, напротив, выбирают лечить протокол, а не человека, теряя гибкость и диалогический характер коммуникации, превращая процесс психотерапии скорее в натаскивание и отработку навыков. Эта манера привлекает людей, нуждающихся в структуре и направлении, ясности интервенций и ориентированных на предсказуемый результат. Однако проблемы, носящие экзистенциальный характер, сложно обрабатывать с помощью структурированных вмешательств.

Гештальт-терапию чаще выбирают люди, любящие свободу, не любящие жестких ограничений, ведомственных инструкций и моральных регламентаций, заинтересованные в эмоциональной коммуникации, предпочитающие таблицы ярким художественным образам, прозу поэтическим метафорам, ценящие отношения с другими, живость, интуитивность, удобство и чувство юмора. Иногда этот метод также выбирают люди, которые не хотят быть винтиками социального механизма еще и потому, что уже были таковыми и очень устали от выполнения ролевых задач, лишенных спонтанности и творчества. Их невротическое напряжение и без того связано с регламентами и структурами, им хочется сместить собственное внимание от результатов жизнедеятельности к процессу, способности получать наслаждение в процессе самой жизни. Они нуждаются в человеческом контакте и предпочитают интуитивно-понятные методы с минимальной регламентацией. Есть люди, предпочитающие неспешность, внимательность к собственной подсознательной и фантазийной активности, любящие глубину анализа, они могут предпочитать разновидности психоаналитической терапии, которая при помощи интерпретаций дает возможность переосмыслить содержание собственных фантазий и страхов.

Люди—разные по своей сути, отличные по своей типологии, выбирают то, что больше соответствует их природным склонностям и предпочтениям. Моральные принципы метода сформулировал в своем классическом учебнике по техникам гештальт-терапии чилийский психиатр, гештальт-терапевт и философ Клаудио Наранхо:

Жить сейчас: концентрироваться на настоящем, а не прошлом и будущем.

Жить здесь: иметь дело с тем, что есть, а не с тем, чего нет.

Не давать воли воображению: воспринимать реальность.

Прекратить ненужное обдумывание; лучше пробовать и видеть.

Выражать, а не манипулировать, объяснять, оправдывать, судить.

Отдаться неприятному и болезненному как удовольствию; не ограничивать сознание.

Не принимать других «долженствований», кроме своих собственных: «Не сотвори себе кумира».

Будь полностью ответствен за свои поступки, чувства, мысли.

Будь таким, каков ты есть.

В группе создателей гештальт-терапии были практикующие психиатры того времени, и они подчеркивали философский и общегуманитарный характер метода, необходимость выхода за пределы узких лечебных задач, для разрешения жизненных проблем человека. С этой целью они стремились к интеграции работающих техник, поощряя опору на практическую значимость в работе с переживаниями (атеоретический эмпиризм).

Для применения гештальт-терапии в клинической практике необходимо профильное образование специалиста в этой области. В настоящее время таким критериям соответствуют врачи-психотерапевты и клинические психологи. Для допуска к работе с клинической проблематикой, в частности неврозами, для практических психологов необходимо прохождение дополнительной профильной специализации в области клинического применения гештальт-терапии.

Целью гештальт-терапии является восстановление целостности, развитие навыков творческого приспособления в текущей жизненной ситуации. Если мы движемся верным курсом в психотерапии, способность к самопониманию растет, а беспокоящие симптомы и переживания ослабевают. Но ослабление или устранение симптоматики не является конечным пунктом терапевтического процесса, пациент (пассивный потребитель помощи), превращается в клиента—активного заказчика процесса изменений. В начале психотерапии пациент—пассивный страдалец, ищущий помощи. Он приносит симптомы, перечисляет их, хочет избавиться. Но он не совсем представляет в чем его личный вклад в формирование этих симптомов, и ему мало понятна роль разговора в устранении симптомов. В процессе разговора о том, как симптомы появляются и в каком контексте проявляются, у человека появляется понимание ответственности за происходящее, его внимание переключается с самих симптомов на ситуации, которые приводят к их возникновению. Он начинает видеть повторяющиеся закономерности. Фокус терапии постепенно смещается в сторону актуальных отношений и потребностей клиента, связанных с личностным ростом. Сейчас это довольно «затертая» формулировка, значение которой от частого употребления стало обесцениваться. Но это не отменяет сути. Этапы психотерапии описывает наш коллега, Г.И. Малейчук [12]:

1 уровень. Клиент бежит по кругу, не осознавая, что это круг. Он воспроизводит в своей жизни одни и те же проблемы—постоянно наступает на одни и те же грабли и искренне удивляется, как он оказался в этой ситуации.

2 уровень. Клиент догадывается, что он бежит по кругу, но не знает, как из него вырваться. Он начинает понимать, что «уже где-то видел эти грабли»

3 уровень. Клиент знает, что бежит по кругу, знает где может прервать этот круг, но его еще многое удерживает от этого привычка, страх, стыд и.т.д. Клиент не просто догадывается о своих граблях, он хорошо знаком с ними, но расстаться с ними не может.

4 уровень. Клиент предпринимает попытки вырваться за пределы круга, рискуя, экспериментируя, получая новый опыт, его желание вырваться из заколдованного круга сильнее, чем страх.

Невротические симптомы подвигают нас к осознанию личностных дефицитов. Чего мы не умеем? Что лежит в основе наших проблем? Нам трудно понимать себя? Трудно строить отношения? Сложно делать их взаимными? Сложно понимать других людей? Трудно разрешать конфликты? Сложно управлять эмоциями? Все эти «проблемные места» нашей личности нуждаются во внимательном исследовании и развитии. Некоторые наши проблемы вызваны тем, что мы научились что-либо делать очень хорошо, но это создало перекося в наших отношениях и нашей жизни. Каждый невроз содержит в себе переразвитую склонность. Например, избыточная старательность помогает добиваться успехов в работе, но лишает человека радости и удовольствия спонтанности, способность нравиться людям и привлекать их внимание обеспечивает признание и одобрение со стороны других людей, но становится источником раздражения окружающих, затрудняя собственное развитие, постоянная мягкосердечность и добродушие приводит к накоплению душевных травм, поощряет злоупотребление и ранит доверие самого человека. Первичной лабораторией исследования того, как проблемные места проявляются в контакте, являются рабочие отношения с терапевтом, а затем, при необходимости, и групповая терапия. Это не бесконечный процесс, но он требует времени. Если в процессе психотерапии обнаруживаются стойкие личностные паттерны, то ожидать перемен можно в

течение одного до трех лет. При относительно «свежих» неврозах личностные изменения происходят гораздо быстрее—в течение примерно двадцати сессий с регулярностью один-два раза в неделю (что занимает примерно полгода). А в некоторых случаях может быть достаточно одной или двух консультаций для ориентировки в текущей ситуации.

Психотерапевтический диагноз – это набор рабочих гипотез, которые обсуждаются с клиентом при исследовании его переживаний, и любые вмешательства в психотерапии осуществляются на основе добровольного информированного согласия. Мы не можем сделать ничего хорошего и полезного с клиентом без клиента. Поэтому между нами заключается устный или письменный контракт, на основе которого создается рабочая рамка для эффективной работы. В этом работа психотерапевта гораздо ближе по ролевой позиции к работе тренера, инструктора, репетитора, чем к работе врача. Клинический диагноз—это лишь одно из измерений психотерапевтического диагноза, он служит подспорьем в оценке природы его эмоционального страдания. Ведь невротические страдания в основном замешаны на материале собственных фантазий клиента, он беспокоится о том, чего никогда не произойдет, но вероятно возможно. И автор этих фантазий—сам клиент— является самым главным экспертом в понимании и толковании собственного опыта.

Терапевтический процесс предполагает последовательную проработку беспокоящих симптомов. Однако особенностью терапевтических отношений с клиентами, обращающимися с проблемой длительных тревожных состояний, является нестабильность альянса. Причины этой нестабильности различны. Основная состоит в том, что для большинства людей с тревожными расстройствами, само переживание тревоги является труднопереносимым. Непереносимость тревожности обусловлена сочетанием наследственности и воспитания—многие люди генетически запрограммированы на более интенсивные вегетативные реакции, и вырастают в семьях, где принято избегать переживаний. Тревожные родители сами не справляются со своими эмоциями, как же им выдержать еще и эмоции своих детей? Культура избегания переживаний формируется в семьях, где попытки прояснения приводят к повторяющимся и сложно разрешимым межличностным конфликтам, фоном детства является нависшая атмосфера не разрядившегося эмоционального напряжения, удержанных и невыраженных эмоций. В начале проработки их переживаний парадоксальным образом, тревога может немного усилиться. Но вместе с этим, переносимость тревоги увеличивается, за счет того, что становятся различимы эмоции более глубокого пласта переживаний. Благодаря эмоциональной фокусировке становится более очевидной их связь с ситуацией, распознаются потребности и вызовы текущей ситуации, вследствие чего растет самопонимание клиента.

Люди с так называемой *невротической личностной организацией* обычно вежливы, сдержаны в суждениях, довольно исполнительны, доброжелательны, и настроены на совместную работу. Невротической этот тип личностной организации называют потому, что эти люди платят своими неврозами за то, что пытаются вести себя порядочно с непорядочными по отношению к ним людьми. Они формируют альянс легко, быстро втягиваются в увлекательный процесс, проявляют заинтересованность к процессу самоисследования, и довольно быстро добиваются клинических изменений. В течение небольшого периода (5–7 сессий), клиническая симптоматика у таких людей ослабевает, и мы переходим к процессу обсуждения отношений, формирующих внутриличностный конфликт. А затем основная тема наших встреч меняется—вместо беспокоящей симптоматики мы все чаще обсуждаем отношения, и вызовы текущей жизненной ситуации.

Их общими чертами является эмоциональная стабильность, последовательность поведения, они довольно легко строят и поддерживают поддерживающее окружение, как правило, имеют удовлетворяющие их рабочие и семейные отношения, поддерживают отношения с родителями и в то же время психологически отделены от них, ведут себя свободно и независимо (ассертивно). Но в текущих значимых отношениях у них есть четко очерченная зона проблем-

ных напряжений, которая вызывает противоречивые чувства. Они часто находятся в ситуации «чемодана без ручки», отношений противоречивой (амбивалентной) привязанности.

В качестве примера можно привести ряд похожих ситуаций: мама, которая ухаживает за больным ребенком, дочь, которая ухаживает за больным отцом, женщина, находящаяся в браке с пьющим супругом, мужчина, находящийся в беспокоящих его отношениях адюльтера (параллельного романа), мужчина, который работает на очень высокооплачиваемой должности, но при этом занимается нелюбимым видом деятельности. Какое-то время человека устраивал компромисс собственных потребностей, а затем он стал беспокоящим препятствием, переросшим в их конфликт.

Все эти ситуации объединяет переживание двойственности. Платой за хроническое напряжение становится периодический сброс напряжения путем психовегетативных пароксизмальных (приступообразных) приступов паники. Паническая атака с точки зрения психофизиологии – это симпатoadреналовый криз, резкий одномоментный выброс адреналина (*ad-ren* (лат.) - "*над почкой*"), гормона стресса, вырабатывающихся в надпочечниках. Это сигнал нашей физиологической системы «бей-беги». Если же мы находимся в ситуации – «не ударить и не убежать» – адреналин начинает периодически сбрасываться, вследствие этого выброса начинает скакать вверх давление, а дыхание становится учащенным и поверхностным, запуская порочный круг паники. Хроническое напряжение вызывает рост коры надпочечника (*cortex* (лат.) - *кора*) и выработку гормона стресса кортизола, который способствует физиологическому поддержанию телесной тревожности. Она сохраняется даже тогда, когда внешние стимулы отсутствуют, что может приводить к развитию сопутствующих психосоматических и соматических заболеваний, в старте которых играют важную роль психогенные факторы. Чем больше человек пытается избежать ситуаций, вызывающих тревогу, тем острее и ярче она проявляется.

Поэтому задачей психотерапевта становится преодоление избегающего поведения, которое создает порочный круг навязчивых страхов. Гештальт-терапевт предлагает клиенту фокусироваться на эмоциональном анализе и расшифровке катастрофических фантазий, лежащих в основе страха, с исследованием ситуации, которая поддерживает существование симптома. Вначале я отмечал, что в современных социальных сетях образуются сетевые сообщества разочаровавшихся пациентов, внутри которых царит безнадежность, скепсис и обесценивание. Основу такой группы часто составляют люди с так называемой *пограничной личностной организацией*, чье поведение характеризуется «*стабильной эмоциональной нестабильностью*». Они склонны к очень быстрым оценочным и часто поляризованным суждениям, категоричному черно-белому мышлению, быстро идеализируют терапевта, навязывая ему врачебную патерналистскую позицию, например, обращаясь к нему «доктор», даже если знают, что с ними занимается психолог без медицинского образования. Демонстрируемые эмоции у них часто носят инструментальный характер, они обжились в роли «хронического больного», получая некоторые вторичные выгоды.

Как утверждал Фрейд, первичной выгодой невротического симптома является устранение из сознания беспокоящих переживаний, переключение внимания из сферы отношений в сферу телесности. Вторичной выгодой становится получение эмоциональных бонусов, человек получает больше внимания, от него гораздо меньше ожидают и с него гораздо меньше требуют, таким образом возникает легитимный способ не делать того, что ему не нравится. По выражению Фрейда, задачей психотерапии является ситуация, когда на место «Оно» (болезни тела, нашего симптома) приходит «Я» – наша способность выбирать. Перефразируем это как задачу для нашего клиента – «Пойми, что делает симптом, но сделай сам и без его участия».

У клиентов с более стабильной личностной структурой отождествление с симптомом и раскрытие личностного смысла происходит более легко, без выраженного сопротивления. У клиентов с пограничной структурой слишком поспешная проработка может вызвать большое

сопротивление. Их особенность состоит в том, что им очень сложно переносить двойственность в разных сферах, и когда что-то в действиях, словах и реакциях психотерапевта начинает их задевать, они не обсуждают это прямо, а без всяких объяснений стремятся прервать процесс психотерапии (иногда в течение первых трех-четырех сессий), часто защищаясь обесцениванием и переходя к поиску нового волшебного специалиста, нового лекарства и нового метода.

Их действия и реакции часто являются бессознательной попыткой поделиться с другим человеком собственной психопатологией. В близких отношениях они часто становятся партнером, "сводящим" другого с ума. Они с легкостью раздают негативные оценки окружающим. Больше всего парадоксально достается тем, кто сближается с ними и пытается им помочь. В начале такой помощник ими идеализируется, они восхищаются его добротой и терпением, а потом также сильно разочаровываются и обесценивают весь предыдущий опыт отношений с ним. В конце концов, у них формируется собственное «кладбище домашних животных», куда они коллекционируют психотерапевтов-неудачников, в которых они разочаровались, туда же попадают малоэффективные препараты и методы лечения. В препаратах они разочаровываются еще быстрее, чем в людях. Прием лекарств длится не более 7–10 дней, они находят множество побочных эффектов, которые описывают как невыносимые, и на этом фоне бросают прием лекарств по собственной инициативе, не советуясь с врачом-психиатром, который их назначил. «Бросая» психотерапевтов сами, они чувствуют себя брошенными, использованными и обманутыми, а свое страдание неизлечимым и нераспознанным, и пытаются найти единомышленников, объединенных чувствами разочарования, и убедить тех, кто страдает похожим расстройством и все еще имеют надежду.

У людей с подобной личностной структурой тревожные состояния имеют склонность к затяжному течению, их невротическая симптоматика проявляется в течение большого количества лет, иногда до нескольких десятков. Чтобы справиться с беспокоящими эмоциями, они начинают прибегать к систематическому злоупотреблению психоактивными веществами (алкоголь, производные марихуаны, седативные препараты, барбитураты (корвалол, валокордин) транквилизаторы). Это приводит к тому, что из людей с невротической симптоматикой они превращаются в химически зависимых, или больных хроническими заболеваниями (часть из которых спровоцирована интенсивным медикаментозным лечением).

«Трудные пациенты» характеризуются рядом общих черт: жалуются на одиночество и трудность построения близких отношений, им свойственны частые и повторяющиеся конфликты с окружающими, частые смены места работы и места проживания, враждебные или чрезмерно близкие отношения с родителями, невозможность найти собственное удовлетворяющее занятие, профессию, дело, им трудно переносить одиночество, они склонны быстро формировать отношения эмоциональной зависимости, а завершать их одномоментным разрывом.

Поэтому с такими людьми психотерапевты стремятся уделить гораздо больше внимания деталям рабочего контракта и упреждающей проработке возможного сопротивления. Ведь потребность человека в последовательности собственного поведения заставляет упорно повторять свои ошибки, игнорируя здравый смысл. Для этого важно честно и откровенно обозначить сроки психотерапии, и наряду с внушением надежды, еще и подчеркнуть необходимость внутренней работы. В таком случае устойчивые результаты могут быть достигнуты в течение более длительных сроков, от полугода до нескольких лет. Важно прямо и честно обсудить их финансовые и временные возможности, готовность соблюдать регулярность встреч, оплачивать пропуски и обсуждать с психотерапевтом динамику отношений напрямую, а не «за глаза».

Психотерапевт предупреждает, что приближение к зоне внутреннего конфликта может вызвать у них учащение приступов тревоги, важно заручиться их готовностью пройти курс в сотрудничающей позиции, прямо и откровенно сообщая о мотивах собственного поведения, эмоциональных отношениях, и полном понимании своей роли и задач, как клиента в процессе терапии, а также роль и ответственность психотерапевта, и утвердить общие согласованные

цели в этом процессе. Психотерапия может быть эмоционально болезненной, но при этом вдохновляющей и освобождающей. Не случайно, одной из первых форм психотерапии был *эмоциональный катарсис*. Катар—это греческое наименование желудка, и эмоциональная очистка напоминала рвотную процедуру. В моменте это неприятно, но затем человек чувствует облегчение. Так и в процессе психотерапии «психический желудок» нашей психики, освобождается от токсических эмоций, проглоченных оценок других людей, иррациональных убеждений, приводящих нас к эмоциональным проблемам. «Черные маги» нашего детства активно внушали нам собственные представления о нас в целях контроля и удовлетворения собственных потребностей или подсознательных амбиций. Подрывая самооужание и веру в себя. Со временем мы сливались с их суждениями, начиная считать, что мы и являемся такими, какими они нас описывают. Выявляя их, мы начинаем чувствовать токсичность этих оценок. Это может вызвать неприятные воспоминания, возмущение, слезы, задумчивость, стыд, отвращение, растерянность, печаль. Проживание этих чувств освобождает переполненный душевный контейнер, и после эмоционального катарсиса человек чувствует, что его напряжение значительно уменьшилось.

Выбирайте своего психотерапевта сердцем, не ориентируйтесь полностью на его статус, звания и регалии, намного более информативен взгляд, которым он на Вас смотрит. Взгляд психотерапевта говорит о нем больше, чем его регалии, он передает то многое, что сложно выразить словами быстро, для этого потребуется время. Перлз предупреждал, что для эффективности психотерапевт не должен быть удобным. Важно найти баланс в той полярности, которую описывал Носрат Пезешкиан—между вежливостью и искренностью. Если психотерапевт слишком вежлив, то возможно он не очень искренен, если он не очень вежлив, он может быть более искренним и прямым, но небезопасным для клиента, не готового к подлинным изменениям. Две крайности гештальта – условно «сопливый гештальт» где очень много душевной поддержки, много безопасности, но мало эффективности из-за преувеличенного терпения к способам самообмана. И условно—гештальт-травматология, где жестко, резко, прямо говорят болезненную правду, сталкивают клиента с его собственными интенсивными эмоциями, к переживанию которых он еще не готов. Баланс можно найти между двумя этими полярностями. Клиенты обычно чувствуют собственную «зону ближайшего развития», и их готовность к темпу определяет выбор терапевта, обладающего стилем, соответствующим их готовности. Ведь мы не всегда готовы к прямоте, она может быть для нас слишком болезненной. Психотерапевты выбирают собственный стиль, отвечающий их естеству и личностной типологии, и у каждого метода и стиля есть сильные и слабые стороны. Хорошие психотерапевты заранее сообщают о своих возможностях и ограничениях, не вводя в заблуждение своего клиента. Плохие прибегают к некорректной рекламе, используя «заманухи», рекламируя собственные услуги за счет очернения конкурентов и подчеркивания собственной уникальности. Так же делают в продовольственных магазинах, когда лежалому и некачественному продукту нужна дополнительная реклама и яркая упаковка, чтобы его купили.

Гештальт-терапия использует эмоциональную поддержку (свободу самовыражения, выбора, опору на собственные чувства и потребности) и фрустрацию (препятствие избеганию чувственного опыта). Мы поддерживаем у клиента способность к осознанию, переживанию и выбору с полным принятием ответственности. А вот избеганию неприятного чувственного опыта мы чаще препятствуем (уход в болтовню, объяснения вместо переживания настоящего). Соприкасаться с избегаемой эмоцией (виной, стыдом, страхом) не всегда приятно. Но почти всегда полезно исследовать содержание опыта, вызывающего эти эмоции, от этого их переносимость только усиливается. Выбирайте что Вам больше подойдет— безопасно, но медленно и не всегда эффективно, или более прямо и решительно, но не так комфортно. Лучше здесь заранее позаботиться о себе, не пытаться начинать езду на горных лыжах с «красной горки». Однако психотерапия не должна быть просто безопасным, удобным и комфортным дружеским

разговором, где Вас только нячат, баюкают и успокаивают. Если после встречи с психотерапевтом Вы не чувствуете, что идет внутренняя работа, смело сообщайте ему об этом, это ускорит и катализирует процесс. Не менее важным критерием является уважение со стороны специалиста. Он не обязан быть абсолютно хорошим и принимающим, но быть уважительным и внимательным—обязан. И не только к Вам, Вашим чувствам и переживаниям, но и к себе, своим чувствам и реакциям. Они часто являются зеркалом, позволяющим прочувствовать на себе часть Ваших переживаний. Устойчивый психотерапевт умеет защищать свои границы и имеет право требовать взаимности в уважении. Уважение создает безопасность, готовность к признанию значимости собственной личности и собственного опыта.

Клиент бессознательно ищет в психотерапевте ролевою модель отстаивания собственных границ, поэтому неосознанно он начинает делать со своим психотерапевтом то, что другие делают с ним (проявлять пренебрежение, обесценивать, критиковать, заставлять сомневаться в себе, подрывать веру в эффективность работы). И чаще подобные действия не носят сознательного характера, они как бы «случаются», постепенно разрушая рабочие отношения. Клиент может начать опаздывать, переносить и отменять встречи, болтать как будто бы ни о чем, игнорировать некоторые вопросы, раздражаться на низкий рабочий темп. В таких случаях бывает очень полезно совершить челночное связывание этих действий клиента с его собственным ранее пережитым опытом отношений с другими людьми, которые научили его не верить в собственные силы с помощью подобных действий по отношению к нему самому в *его* личной истории. Психологические травмы наносят нам системы, где нами пренебрегают и нас «расчеловечивают», опираясь на узаконенное насилие. Важно понять, что любой специалист может ошибаться, способность признавать свои ошибки, возвращаясь к здравому смыслу—это показатель живости и защиты от «бронзовения».

Невротический симптом – это всегда способ коммуникации, при помощи которого лишь частично осознаваемые конфликтующие части нашей личности пытаются достучаться до сознания. Задачей гештальт-терапии является восстановление целостности поведения и переживания. Мы исходим из того, что невротические страхи формируются на основе отвергнутых нами форм реакции, которые продолжают проигрываться в воображении. Если мы правильно прочитываем сигнальное сообщение нашего симптома, он становится ненужным и это подтверждается ослаблением симптоматики. Если же симптом «прочитан» не точно или поспешно, и его послание не услышано, он продолжает устойчиво возвращаться. Поспешная интерпретация закрывает способность точнее расшифровывать сигналы телесной чувствительности, не позволяя обнаружить в себе скрытую сторону конфликта.

Бой с собственной тенью

Невроз – это заболевание, созданное нашим воображением. А что же заставляет наше воображение так истоиво писать многочисленные сценарии возможных фильмов-ужасов, которые вероятно никогда не будут сняты из-за недостатка финансирования? Внутренним сценаристом является наша теневая часть. Согласно утверждению Фрейда (1926) «...фобии имеют характер проекции, которая замещает внутреннюю, инстинктивную опасность внешней, воспринимаемой опасностью», таким образом внутренние побуждения проецируются на внешнюю среду, которая из-за этого становится «заминированной» нашими собственными фантазиями.

С позиции гештальт-терапии наша личность – это система поляризованных выборов, сделанных когда-то под влиянием ситуации, когда этот выбор реакции был наилучшим из возможного. Приспосабливаясь к ситуации, мы пытаемся подобрать подходящую форму для собственной личности. Помните сюжет, когда человек пытается выйти на свет через узкую пещеру. Он скрючивается, пригибается, протискивается, потому что только так он может пройти к желаемому, к свету, к морю. А представьте, что будет, если он там застрянет? Когда его вытащат спустя несколько суток, ему довольно сложно будет разогнуться. Жизнь ставит нас в подобные

ситуации, когда мы вынуждены занять подобную «психическую позу», Но так как проблемные ситуации могут длиться годами, наша поза становится фиксированной, и мы забываем, что умеем ходить прямо.

Страх часто содержит в себе побуждения отторгнутой полярности. Например, человек, боящийся открытого конфликта, вежливый, предупредительный, сглаживающий острые углы останавливает свой гнев и раздражение, когда они действительно необходимы. Его может останавливать фантазия о возможной разрушительной силе собственного гнева и грядущих эмоциональных последствиях (сожаление, раскаяние, чувство вины). Чем больше человек подавляет собственное раздражение, тем более небезопасным кажется ему его окружение. Отторгнутые части собственной личности проецируются вовне. Такая проекция в психологии носит название дополнительной. На принципе исследования отторгнутой полярности строится методика психодиагностики, метод портретных выборов Сонди. Автор разработал методику на коллекции портретов сорока восьми человек, страдавших разного рода психическими расстройствами. Если мы принимаем в себе эти черты, мы выбираем портрет носителя этой психологической особенности как понравившийся, если мы отвергаем эти склонности в себе, мы откладываем портреты носителей этих черт, автоматически оценивая их как неприятных и отталкивающих. Таким образом, то, к чему мы чувствуем отвращение, в какой-то форме связано с нашим способом функционирования. С позиции ранней психоаналитической теории влечений, отторгаемые и вытесняемые характеристики «запруживают» наше подсознательное функционирование. С позиций Карла Густава Юнга мы отождествляемся с социально одобряемым образом себя—*Персоной*, а вытесненные импульсы формируют нашу *Тень*. Свойства нашей собственной Тени мы начинаем проецировать на другого и внешние объекты. Тогда объект становится пугающим, потому что он наделен именно теми качествами, с которыми мы не хотим встречаться. Он также содержит в себе качества собственных процессов, которые мы в себе не принимаем (например, собственную агрессию, отвращение, скользкость, демонстративность, нетерпимость).

Например, чего боится человек, избегающий лифтов? У каждого человека в основе лежит индивидуальная фабула, однако есть и общие черты. Людям, испытывающим избыточное напряжение, вызванное необходимостью подавлять собственные импульсы, часто кажется, что стены лифта или маленькой каморки *давят на них* и могут раздавить, то есть на стены проецируется собственное внутреннее давление. В истории их жизни часто обнаруживается опыт психологической стесненности (невозможность выражения реакции, ограниченность ресурсов, длительное объективно безвыходное положение). Возникает риск, что привычный рисунок поведения снова будет востребован, пробуждая пугающие ассоциации. И тогда гештальт-терапевт может предложить исследовать эту фантазию, связывая ее с теми ощущениями, которые сопровождают фантазию о сдавливании.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.