

Статья опубликована в «Тетрадах Гештальт-терапии», № 30, Осень 2012, издательство «L'Exprimerie»

Обзор статьи:

«Вместе с Ивом Мерессом, позиционирующим себя как гештальт-терапевт связи, мы погружаемся в сферу, мало знакомую большинству из нас – исследования и разработки нейронаук. Опора на теории привязанности и на аффективные нейронауки позволяет автору развивать необычайно чуткое внимание к тому, что Дэниел Стерн называет «Настоящим моментом». Чтение данной статьи открывает перед нами тончайшие вариации присутствия, мельчайшие детали, на которых терапевт может отвлечься, беспокоиться, прожить определенное ощущение или образ; она также показывает, как извлекать из этих моментов «сбоя сонастройки» пользу для терапии.

Вклад аффективных нейронаук в работу со случаями сильных нарушений эмоциональной системы

Я посвящаю эту статью Сержу Гингеру, ставшему моим первым проводником в гештальт-терапию.

1. Теоретико-клиническая позиция

Я решил представить вам здесь особое измерение моей позиции гештальт-терапевта связи.¹ Размышления, к которым меня подвели теории о привязанности и привнесения аффективных нейронаук, действительно воздействуют сейчас на мой способ сопровождать пациентов, страдающих от устойчивых нарушений в их манере проживать связи и часто сталкивающихся с депрессивными чувствами, боязнью пустоты или поглощения, близкими к шизоидным переживаниям. Можно также сказать, что речь идет о случаях, когда чувство экзистенциальной непрерывности дает сбой на протяжении длительных периодов.

Выступление Стерна перед Генеральной ассамблеей по Гештальт-терапии (Etats Généraux de la Gestalt-thérapie - EGGT) в 2008 действительно заставило меня задуматься, ведь он констатировал, что гештальт-терапия, по всей видимости, мало интересуется работами по ранней привязанности, как и исследованиями в области аффективных нейронаук. Особенно это касается сложности феноменов контакта, задействованных в ранних связях между младенцем и родителями, и их отражения на формировании психики. Как и Стерн, цитату которого я привожу, я полагаю, что **«существует множество вопросов по феноменологии настоящего, в применении к которым знания о нейронных процессах и развитии могли бы оказаться интересными»².**

¹ Гештальт-терапевтическая психотерапия объектных отношений, основанная на работах Жилия Делиля.

² Дэниел Н. Стерн. Настоящий момент в психотерапии (Le moment présent en psychothérapie). – Издательство « Odile Jacob », 2003. – стр. 42.

Сегодня в нашем распоряжении есть серия работ и гипотез по феноменам аффективной регуляции в течение раннего развития и их длительных патогенных эффектов. Здесь я ссылаюсь на таких современных авторов, как Аллан Н. Шор³ и Питер Фонаги⁴, и их работы о регуляции аффектов в выстраивании связей матери/дети, а также о патогенном воздействии привязанности небезопасного или тревожного амбивалентного типа на таких детей. Эти авторы работают в рамках теорий о привязанности, начало которым дал Джон Боулби, и дополняют их, интегрируя недавние открытия о взаимосвязанности между нейронным развитием и способностью устанавливать связи. Согласно этим исследованиям, регуляция аффектов между грудным ребенком и родительскими фигурами играет ключевую роль в формировании психики младенца, а также в развитии его нейронных структур и его способности вовлекаться в контакт. Регуляция аффектов представляет собой сложный процесс между матерью и ребенком, позволяющий младенцу научиться чувствовать, терпеть, регулировать самого себя, а затем идентифицировать интенсивные эмоции. Увязка эмоциональных циклов мать/ребенок осуществляется через обмен взглядами и чувственными контактами, что должно происходить согласованно и синхронно, а это требует соблюдения обоюдного ритма вовлечения и отстранения, затем нового вовлечения, адаптированных к эмоциональному и когнитивному потенциалу младенца. Во время этих ранних циклов, именно мать приспосабливается к младенцу и регулирует присутствующие аффекты. Она согласует свой уровень активности с уровнем ребенка во время эмоционального и социального общения, имплицитным образом регулирует степень интенсивности аффектов, прислушиваясь к тому, чтобы ее ребенок не был слишком стимулирован и перегружен, или же недостаточно стимулирован и слишком пассивен. Речь идет о том, что Стерн называет циклом сонастройки/расстройки. Если младенец проживает минуты повышенной интенсивности, крайне важно, чтобы мать позволила ему «восстановиться» и дождалась нового сигнала от ребенка, чтобы снова вступить во взаимодействие. Психически и биологически сонастроенная мать адаптирует свое собственное аффективное состояние, чтобы модулировать степень стимуляции ее малыша. Таким образом, она будет регулировать возрастающую способность ребенка испытывать более высокие уровни интенсивных и благоприятных аффектов. Она будет также позволять ребенку терпеть негативные аффекты и возвращаться к безопасности, тем самым способствуя процессу новой сонастройки вслед за периодом разлаженного контакта. Качество данной аффективной регуляции играет ключевую роль для развития нейронных структур и процесса привязанности, между которыми существует непосредственная связь. По мнению Алана Шора: *«опыт отношений с первыми объектами не только вписывается в глубокое бессознательное, но он также будет воздействовать на развитие психических систем, которые обрабатывают бессознательную информацию в течение всей жизни... как следствие, он постоянно обуславливает, адаптирована, или нет, способность индивидуума устанавливать в дальнейшем всю общность его межличностных отношений»*. Слишком часто повышающиеся или слишком интенсивные и плохо отрегулированные уровни стресса в течение процесса привязанности могут позднее повлечь за собой нарушения контакта в форме временного отсутствия, замешательства, мини-отыгрываний. Речь идет о феноменах микро-диссоциации. В слишком интенсивных и патогенных ситуациях диссоциация может служить ответом, позволяющим выжить.

Диссоциация представляет собой сложный защитный процесс, поддерживающий психическую и физическую устойчивость в травматических ситуациях. Она позволяет человеку самому

³ См. А. Шор. Аффективная регуляция и починка селфа (La régulation affective et la réparation du Soi). – Издательство «CIG», 2008.

⁴ См. Питер Фонаги. Теория привязанности и психоанализ (Théorie de l'attachement et psychanalyse). – Издательство «Eres», 2009.

отстраниться от опыта эмоционально и когнитивно, адаптироваться физически и поддерживать видимость соответствия внешним требованиям. Расширяя диссоциацию на травматический отношенческий контекст, человеку обретает возможность больше не испытывать потребностей и эмоций, связанных с данной ситуацией. Таким образом, он убегает от воспоминания об опыте и от его опустошающего эффекта. Диссоциация является преобладающим механизмом защиты при расстройстве множественной личности, синдроме посттравматического стресса и у шизоидной личности. Она также встречается при менее выраженных нарушениях личности, которые часто скрываются под тревогой и депрессией.

Люди, прибегающие к диссоциации как к защитной мере, пережили опыт того, что они вынуждены были защищать и утешать себя сами, столкнувшись с болезненными или заполняющими стимулами, или же при почти полном отсутствии стимулов. Защитные механизмы фиксируются именно тогда, когда нет отношений, отмеченных реальным присутствием – конкретным человеком, надежным и способным включаться в процесс регуляции тяжелых аффектов; и именно тогда люди отчуждают свой телесный и эмоциональный опыт.

Суть работы Шора заключается в том, чтобы изучить, какие следствия несут эти открытия для терапевтического процесса, а в особенности, для выявления и прорабатывания в психотерапии неосознанных, диссоциированных аффектов, которые не были отрегулированы через взаимодействие в процессе развития. Как же мы можем учитывать эти исследования в нашей практической работе?

Итак, я работаю, исходя из **гипотезы**, что некоторые пациенты, пребывающие в состоянии устойчивой депрессии или шизоидной отстраненности, на протяжении длительного времени попадали в травматические аффективные ситуации, в которых их развивающийся организм был перегружен или же недостаточно стимулирован. Они вынуждены были отгородиться от среды и обеспечить себе психическое выживание путем диссоциации непереносимых аффектов. При этом преобладает именно ощущение пустоты и безжизненности. Эти диссоциированные аффекты едва могут быть переданы посредством речи, поскольку они недоступны семантической памяти⁵. Судя по всему, эти процессы диссоциации устанавливаются в доречевой период и регулярно воспроизводятся и в настоящее время в ситуациях, когда в отношениях чувственная близость становится ярко выраженной и активирует более интенсивные эмоции. Таким людям лишь изредка удается прочувствовать, а еще реже идентифицировать эти диссоциированные аффекты. К клиническими признаками относятся ощущение пустоты, невосприятие собственного тела, тревожность, психосоматические нарушения, отсутствие желания.

По мнению Шора, речи идет о первичных эмоциональных зонах, сомато-аффективных состояниях, которые были очень плохо отрегулированы на ранних этапах психического развития и остаются диссоциированными, что крайне обедняет эмоциональные ресурсы и способности к контакту. Исследования показывают, что младенцы, поглощенные диссоциацией вследствие плохо отрегулированных эмоциональных ситуаций, отдают этому невероятное

⁵ Речь идет о раннем эмоциональном и беспорядочном опыте, пережитом до того, как гиппокамп – основной носитель семантической памяти – полностью включится в работу. Следовательно, этот опыт останется в виде энграммы в имплицитной или процедурной памяти, носителем которой является миндалина, функционирующая с самого начала. Данная память не прибегает к образам, представлениям. В процессе контакта смешиваются и действуют оба этих вида памяти.

количество энергии; следовательно, эта энергия уже не может быть направлена на их чувственное, нейронное и когнитивное развитие.

В терапевтической ситуации эти пациенты будут имплицитным и неосознанным образом задействовать эти аффективные зоны в телесных и поведенческих процессах. Например: неухоженное тело, запахи, частые опоздания, несоблюдение границ, соматизация, отмена сеансов, прерывание контакта в ходе беседы, незамедлительные микро-диссоциации вслед за несоответствующим ответом терапевта, и т. д.

Когда контакт становится слишком интенсивным и несет для них риск вторжения, они могут диссоциироваться слишком быстро, чрезмерно адаптироваться или же замкнуться в себе. Подобные феномены будут появляться еще чаще, если терапевт не согласится прочувствовать на себе достаточно длительное воздействие данных имплицитных аффектов; если он пытается слишком рано переходить к интервенциям, обращаясь к описанию пережитого; если он будет слишком скоро пытаться фокусировать внимание пациента на его ощущениях или его эмоциях. Это тем более произойдет, если он будет «отвечать» на ситуацию, задавая вопросы, стремясь уточнять смысл того, что происходит с пациентом или же в данной ситуации в отношениях. Подобные интервенции препятствуют передаче этих непереносимых эффектов от тела к телу, а также от правого мозга к правому, по той оси обмена, на которой происходящее еще не может облечено в речь. Эйткен и Треварзен (1997)⁶ используют термин «пра-разговор» (от англ. *protoconversation*), чтобы описать это визуальное, слуховое, тактильное и телесное общение между грудным ребенком и его матерью, когда она пребывает в состоянии «первичной материнской заботы». Такое эмоционально адаптированное общение воздействует на формирование головного мозга и представляет собой важнейшую основу для развития. В подобном пра-разговоре именно правое полушарие головного мозга доминирует и обрабатывает зрительную, кинестетическую и слуховую информацию. В эти ранние периоды внутренние гомеостатические системы младенца (продолжающиеся развиваться, незрелые и «открытые») регулируются через взаимодействие с более зрелой и более дифференцированной нервной системой его материнской фигуры. В терапевтической ситуации, когда терапевт и пациент не сходятся в подобном типе диалога, происходит сбой сонастройки и существует риск повторения травматического эпизода. Разворачивание текущего селфа пациента и его функционирование через ид замыкаются.

Слишком активная позиция терапевта, который отзывается на манеру держаться пациента, расспрашивает, побуждает к речевому выражению и слишком раннему поиску смысла, может рассматриваться как его способ бороться с собственными тревогами, связанными с присутствием пациента и с его попытками передавать свои архаические аффекты. В поисках регуляции в этих первичных зонах, именно через молчание, пустоту, отсутствие формы, смятение, чувственное отчуждение собственного тела эти пациенты и будут пытаться ввести нас в контакт с их внутренними тревожными состояниями, смутными и едва передаваемыми посредством динамики вербальных отношений. Эта потребность порой также выражается через небольшие удивительные вариации в поведении, которые мы запросто могли бы воспринять как нечто банальное: изменения ритма, внезапная смена темы или же более резкий переход к действию в течение сеанса. Все эти сигналы указывают нам, что что-то произошло или

⁶ См : Колвин Треварзен и Кеннет Дж. Эйткен. Интерсубъективность у ребенка: исследование, теория и клинические применения (Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications)», в «*Devenir* 4/2003» (Том 15). – стр. 309-428.

происходит – некий смутный момент аффективной расстройки в отношениях, последствия которой терапевт не особо уловил.

2. Клинические ситуации

Я попробую проиллюстрировать подобные феномены на основе отрывка из сеанса с Паулой, женщиной 29 лет. В настоящее время Паула проявляет признаки депрессивного состояния, она не может больше тянуть свою работу. Эта депрессия с моментами деперсонализации возникла после того, как она переехала к своему молодому человеку, чтобы начать совместную жизнь. Такая новая ситуация ежедневной близости скоро оказалась проблематичной. Вследствие сильных приступов тревоги и паники она вернулась к родителям, что позволило ей почувствовать, что ее контейнируют.

Эпизод из сеанса: она упоминает о своих переживаниях по поводу денег... и внезапно говорит мне: *«Мне кажется, что вы нудитесь и что то, что я вам рассказываю, не представляет для вас интереса»*. Моя первая реакция заключается в том, чтобы трактовать это как проекцию, ведь, на первый взгляд, я не чувствую себя таким уж невнимательным... мне так кажется. Но настроившись более тщательно, я замечаю, что по-прежнему нахожусь под воздействием предыдущего этапа сеанса, когда она рассказывала, как сильно тревожилась при мысли о том, чтобы снова съездить к своему другу и забрать вещи. Тогда я обозначаю, что был-таки озабочен в тот момент чем-то другим, не стремясь пока оправдаться через содержание этой озабоченности.⁷

После непродолжительного молчания она напряженно всматривается в мои глаза и говорит мне: *«Мне легче от того, что вы мне это говорите»*. Затем следует поэтапная регуляция, во время которой я постепенно осознаю собственные волнения: пока она рассказывала мне о своих финансовых трудностях, я чувствовал страх того, что она может повторить попытку самоубийства. Я делаю выбор озвучить ей это переживание. Тогда она говорит мне, что также об этом задумалась в течение недели, но что она, прежде всего, не хочет никого беспокоить. Мы обнаруживаем ее давнюю привычку защищать других, которые не были способны регулировать ни ее самые мрачные страхи и аффекты, ни свои собственные; *«Нужно было всегда держать лицо»*, - скажет она мне в конце сеанса. Позже она обнаружит, что после ее рождения мать пережила сильную депрессию, замаскированную и не признанную семьей, в которой послание «будь сильным» оставалось запечатленным в сознании сквозь многие поколения.

Становится очевидным, как, на основе ее совершенно справедливого интуитивного видения происходящего тогда в нашем контакте, каждый из нас получает доступ к **обоюдным** переживаниям, связанным с депрессией, потерей, желанием смерти. Те сильные страхи, которые она переживает в настоящее время, по ее словам, присутствовали уже в детстве, как в ней самой, так и вокруг нее. Здесь я подчеркиваю слово «**обоюдный**», ведь этот страх так же присутствует и во мне: одна из моих пациенток во время меланхолической фазы три года назад совершила самоубийство, и этот болезненный опыт, пусть и хорошо проработанный, по-прежнему заполняет меня, когда риск суицида проявляется у кого-то из пациентов.

⁷ Это был четкий выбор, чтобы не слишком рационализировать наше общение и предоставить более широкий диапазон на проработку пациентке.

Мы поймем, что Паула ощущала и воспринимала депрессивные и тлетворные аффекты своей матери, и что тогда она нуждалась в том, чтобы мама ей это выразила, что поддержало бы ее. Она же регулярно наталкивалась на отрицание со стороны матери, неспособной контейнировать свои собственные тревоги. Смутное и тревожное переживание ее первых связей смогло тогда начать обретать смысл, особенно ее ощущение небытия: как же чувствовать, что существуешь, когда твои ощущения и чувства по отношению к другому чаще всего им и опровергаются? *«Порой у меня было чувство, что было бы лучше, если бы я умерла»*, - скажет она мне. Сомато-аффективные состояния, которые улавливаются правым мозгом ребенка в непосредственном движении, но отрицаются фигурой привязанности, заключают субъекта в двойную связку⁸. По словам Алана Шора, проживая подобную экзистенциальную противоречивость, субъект не находит другого решения, кроме ретрофлексии, а затем отрицания этого болезненного и не ассимилируемого опыта путем его диссоциации. Чтобы отобразить подобные клинические ситуации, Жиль Делиль сформулировал понятие дилеммы контакта. Патогенная ситуация определяется им как такая конфигурация, в которой процессы контакта, играющие важнейшую роль для развития селфа на ранних этапах, одновременно содержат как незаменимые элементы, так и настолько непереносимые, что их невозможно ассимилировать.⁹

В подобной ситуации, если наша интервенция касается проекции, воспринимаемой как феномен деформации настоящего контакта, или же если она выстраивается посредством вопросов или фокусировки на *«том, что происходит сейчас»*, то травматический цикл рискует продолжиться. Не чувствуя, что мы восприимчивы к тому, чтобы исследовать то неявное, которое он ощущает в настоящей ситуации, пациент вернется к своему привычному способу прерывания по отношению к этим меж- и внутри-личностным зонам, а травматизм воспроизведется еще раз. Следовательно, крайне важно, чтобы мы могли становиться более чутким к этим непереносимым аффектам, выявлять наши собственные моменты расстройки, а затем пытаться снова со-настраиваться, доверившись этому процессу, проистекающему вдвоем... Да, честно говоря, я думаю, что это нелегко, поскольку речь идет о том, чтобы осмелиться встретить внутри себя зоны небезопасности, эмоционального беспорядка, потери ориентиров. Это те зоны, где «кто есть кто?» становится неясным, и где нас подстерегает хаос.

Вот второй пример с Паскалем, мужчиной сорока лет, у которого проявляется высокий уровень шизоидности и бывают периоды, когда он становится очень отстраненным и просит госпитализировать его в дневной стационар. Наши сеансы продолжаются во время его госпитализаций по согласию лечащего персонала. Эта работа в связке с медицинским учреждением помогла ему заново отыскать безопасную почву, быть менее захваченным страхом преследования. Данный отрывок беседы проистекает в очень позитивный период для течения его терапии. Во время этого сеанса он заново заговаривает со мной о постоянной боли внизу шеи – боли, которая не имеет медицинского обоснования.

«Я по-прежнему испытываю ту боль в шее, о которой мы говорили, и вы же упоминали, что, возможно, когда я был младенцем, меня неправильно носили» (он поочередно находился на попечении то у депрессивной матери, требовавшей многократной госпитализации, то у

⁸ **Двойное послание** (на фр. языке чаще «двойная обязанность/вынужденность», прим. пер.) – понятие, разработанное Грегори Бейтсоном, определяет два обязательства, которые противоречат друг другу: *обязательность* каждого из них содержит *запрет* на другое, что делает ситуацию на первый взгляд неразрешимой.

⁹ См: Делиль. Объектные отношения в Гештальт-терапии (La relation d'objet en Gestalt-thérapie). – Издательство «Du Reflet», Монреаль, 1998.

бабушки, которую он описывал как теплого, радушного человека, занимавшего, однако, много места в родительской паре и в семье). *«Я много думал об этом, это не оставляло меня в покое, кажется, мне что-то снилось об этом, но я не помню содержание сна...»* Мой ответ быстр и довольно банален: *«О! Сон вернется!»* В этот момент я невнимателен к этому забытому сну, так как задет ощущением бессилия; не будучи специалистом по устойчивым болезненным ощущениям в спине и в шее, я нечувствителен к тому, насколько сильно он держится за все, что связано с этим сном.

Паскаль сжимается и говорит мне довольно агрессивным тоном: *«Ну, так что же тогда делать?»*. И сразу же продолжает почти расслабленно: *«В любом случае, с этим ничего не поделать... поговорим о чем-то другом»*. Тон изменился, он более непринужденный, обыденный; поначалу сжавшись, он закрывается, отсекает от себя свою эмоцию и, как кажется, адаптируется к ситуации. Здесь я делаю предположение об очень интенсивном процессе диссоциации. Я вижу, как вследствие этого недостатка эмпатии с моей стороны, появляется незамедлительная реакция, расстройство, а затем возврат к общению, сопровождающемуся мощной ретрофлексией присутствующих эмоций, вероятно злости, а также сильным разочарованием. Паскаль быстро перешел от телесной реакции к прерыванию контакта, а затем к возобновлению диалога консервативным образом.

Что же произошло для меня? Спыхватившись, я замечаю, что впал в унынье, когда Паскаль вернулся к обсуждению этой боли. К этому добавляется тот забытый сон; и правда, он не дает мне ничего, с чем можно было бы хорошо поработать! Уловил ли он эти скрытые аффективные движения во мне? Современные исследования в области аффективных нейронаук доказывают, что имплицитное несогласие прочувствовать на себе воздействие опыта пациента (контр-перенос) улавливается подсознательно и незамедлительно правым полушарием мозга пациента. Сам того не зная, выражением своего лица терапевт раскрывает свою реакцию на передачу негативных аффектов. На самом деле, то, что терапевт проживает внутри, непроизвольно передается за порогом сознания менее чем за 100 миллисекунд. Аффект клиента и реакция на него терапевта сообщаются невербальным образом выражениями лица, интонацией и ритмом голоса, мышечным тонусом тела. Здесь речь идет о прямом имплицитном обмене между двумя лимбическими системами. Мы могли бы также говорить о меж-телесности. В этом процессе диада пациент/терапевт со-выстраивает аффективную ситуацию, содержащую то непереносимое, которое пациент не смог ассимилировать, поскольку ранние аффективные регуляции функционировали плохо или, даже, были токсичными. А. Шор полагает, что данные токсические циклы препятствуют развитию нейронных структур, незаменимых для регуляции в ситуациях эмоционального стресса. Таким образом, в этом следует видеть не сопротивление или недоброжелательное намерение, а бессилие, отчаянье, призыв о помощи, чтобы быть отрегулированным и вернуть себе способность существовать с большей целостностью.

В такие мгновения расстройства, если терапевт аффективно не погрузится в свой болезненный или диссоциирующий опыт, если он не пройдет путь, необходимый для признания своих собственных защитных механизмов перед аффектами клиента, он рискует поддержать феномены диссоциации и, таким образом, натолкнуться на консервативные приспособления пациента в диаде пациент/терапевт. И тогда клиент заново проживет хаотические состояния, очень близкие к нарушениям привязанности, которые он пережил в детстве. И существует риск повторения травматических циклов. Поскольку ситуация не отрегулирована терапевтом, клиент быстро перейдет от фазы повышенного возбуждения при наличии некой потребности и ожидания (симпатическая система), к фазе отстраненности, а затем к диссоциации (парасимпатическая система), и аффект так и не будет полностью прочувствован или

отрегулирован. Без внешних ресурсов в настоящий момент, клиент повторно приспособится, снова диссоциировав текущие аффекты, чтобы защитить себя, защитить отношения, и больше не привлекать внимание, как будто бы *«в такой ситуации он прекращал существовать, чтобы не умереть»*.¹⁰ Для создателей гештальт-терапии *«именно контакт является первичной и наипростейшей реальностью»*. При обсуждении данного понятия, Мари Лу Шак¹¹ настаивала на том, что финальный контакт, когда он удается, может представлять собой возможность опыта обоюдности и взаимности, приравнивая этот опыт к моменту отношений в форме «Я – Ты», о которой говорил Бубер. В этот момент каждый чувствует полноту существования и для себя и с другим: *«Эти последние типы контакта обладают качеством "Я-Ты" и происходят в момент мощного слияния. Крайняя важность данных моментов заключается в том, что они являются формирующей основой человеческих связей и привязанности»*. Если на ранних этапах развития в данных контактах произошел сбой, если важнейшие аффекты у младенца или у маленького ребенка не были отрегулированы в процессе контакта, если данные патогенные ситуации носили повторяющийся характер, то это вызывает негативные изменения в организме и в незаменимых для контакта структурах. Ф. Перлз, Р. Хефферлайн и П. Гудман тонко предчувствовали это, когда писали: *«Личность – это структура, которая создается на основе ранних межличностных отношений, и, обычно, во время ее формирования, в теле уже размещается невероятное количество чужеродного материала, не ассимилированного или даже того, который невозможно ассимилировать...»*.¹²

По моему мнению, исследования в отношении привязанности, а также важнейшей функции регуляции эмоций и аффектов в рамках первичных отношений обогащают и усложняют данную формулировку авторов. Они показывают, что происходит не только *«размещение в теле чужеродного материала»*, но также повреждение и невыстраивание биофизических (нейронных) и биопсихических процессов, являющихся основой для межличностных контактов. Таким образом, люди, пережившие «небезопасную» привязанность, будут испытывать большие сложности в выстраивании их связей с другим, а также в отношениях близости, для которых требуются способности разделять и регулировать такие сложные аффекты как стыд, ярость, ужас, отчаянье, и т. д.

В данной перспективе, важнейшая часть терапевтического курса с этими пациентами будет заключаться в медленной работе по регуляции межличностного поля, создающегося в настоящем между терапевтом и пациентом, в надежде помочь им заново отыскать пути, позволяющие им по-другому и заново интегрировать эти мало отрегулированные или не ассимилированные аффекты. Гештальт-терапия уже давно делает акцент на микро-феноменах, проистекающих на границе-контакт, все тщательнее и тщательнее исследуя процессы, происходящие при выстраивании/деконструкции гештальтов. Следовательно, эти работы нейронаук, интегрированные в подход гештальт-терапии объектных отношений, открывают новые перспективы в сопровождении пациентов, проявляющих тяжелые расстройства личности.

¹⁰ Это выражение использовано Паскалем в течение данного сеанса.

¹¹ В: Джо Мелник, Жан-Мари Робин, Эрнесто Спинелли. Контакт и внутри-психические перспективы (Contact et perspectives intrapsychiques) – IFGT- Мини библиотека гештальт-терапии – издательство «L'Exprimerie», 2008.

¹² Мари-Лу Шак, в выше процитированной работе.

3. Следствия для позиции психотерапевта.

Здесь я ограничусь тем, что намечу несколько больших направлений, каждое из которых заслуживает лучшего прояснения.

- ЗАМЕДЛЯТЬ, СДЕРЖИВАТЬ, КОНТЕЙНИРОВАТЬ, ОСТАВАТЬСЯ В ИСПЫТУЕМОМ

Обхождение с сомато-аффективными состояниями, которые данные пациенты проецируют и реактивируют в терапевтической диаде, требует от нас значительных усилий, а также умения переносить сильное психическое напряжение. Ведь эти сомато-аффективные состояния, с которыми борется клиент, проистекают из крайне болезненных зон, возможно, настолько же конфликтных для нас, как и для него. Чтобы контактировать и работать с ними, терапевт должен позволить себе соскользнуть в опыт, где доминируют первоначальные, базовые страхи. Это желание умереть, поглощение, смятение, распад. Психиатр Р. Д. Лэйнг очень точно высказался об этом в своей работе «Разделенное Я». Следовательно, действие по контейнированию будет предшествовать вербальной проработке, а это предполагает молчание и телесное присутствие, терпимость к медлительности, принятие неясности, смятения, страха, ужаса... Если мы соглашаемся отправиться в эти зоны, мы должны быть готовы к тому, чтобы потеряться, порой без слов.

- ДОПУСКАТЬ ОТСУТСТВИЕ РАВНОВЕСИЯ

Человек имплицитно ощущает, может ли он проживать в диаде свои неотрегулированные сомато-аффективные состояния, соглашаемся ли мы испытать их, или даже переносить их достаточно длительное время. Нам нужно будет распознать эти заполняющие ощущения, позволить им циркулировать по телу, принять их: этот этап необходим, чтобы испытать их, и чтобы затем отрегулировать их с пациентом. Таким образом, он сможет прочувствовать тот факт, что мы работаем с ним для того, чтобы переносить это проецированное отчаянье, не будучи при этом эмоционально разрегулированными. Необходимо согласиться побыть в опасности, побыть некомпетентным, ограниченным, пронизанным размытыми ощущениями, не особо от этого защищаясь. Именно наша способность ощущать эти циркулирующие в связи аффекты, не будучи дестабилизированными, контейнировать их достаточно долго, и создаст условия для гетеро-регуляции, а затем для саморегуляции аффектов.

- ПРОТИВИТЬСЯ стремлению слишком быстро делать интервенции, находить смысл словами, задавать вопросы... Действие по телесному контейнированию непризнанного пациентом опыта должно предшествовать его вербальной проработке.
- РАСПОЗНАВАТЬ наши ощущения, телесные и эмоциональные сигналы дискомфорта, а также нашу способность само-регуливаться, что обусловит, будет ли наш контакт и наше слово в ответ пациенту конструктивным или деструктивным для него и для текущих отношений с нами.
- Медленно ДЕЛИТЬСЯ нашими ощущениями и, особенно, больше облекать их в образы, чем в рациональную речь, использовать сенсорные, визуальные и кинестетические свойства. Пользоваться этими образами, чтобы постигнуть пережитое пациентом, всплывающее в настоящем поле. Не бояться рисковать, вовлекаться, доверять способностям пары исследовать, находить более подходящие зоны в том, что

проживается обоими. Таким образом, в этом процессе пациент постепенно становится со-терапевтом диады, и он растет в те моменты, когда он также становится со-терапевтом внутри отношений.

- **ВКЛЮЧАТЬСЯ** в меж-телесный диалог, в то общение, в котором внутри диады доминирует выражение пережитых аффектов. Медлительность, простота и целостность будут первостепенными в таком виде диалога.
- Очень постепенно **РАСКРЫВАТЬ** наши собственные аффекты в данной ситуации, наш собственный непосредственный опыт в текущем процессе. Крайне важно восстановить нашу способность больше обдумывать то, что происходит в ситуации, чем поддаваться нашим реакциям.

4. Заключение

В данной работе позиция терапевта требует, чтобы он был готов принять то, как его воспринимают, позволял себе проживать аффекты, ощущения в теле, во внутренних органах, был способен терпеть их достаточно долгое время, распознавать те моменты, когда у него происходит расстройка и когда он не может снести текущие аффективные ситуации с пациентом. Следует терпеливо возвращаться к расстройкам, медленно прорабатывать их, уделяя большое внимание феноменам, протекающим на границе-контакт. Таким образом, эта постепенная и очень медленная работа над регуляцией во взаимодействии позволит пациенту идентифицировать его непереносимый аффективный опыт, снести его, назвать и отыскать его смысл. **Этот сформулированный смысл не является чем-то, что раньше было спрятанным или подавленным, и что теперь станет ясным; это нечто новое, что формируется в текущем взаимодействии, с возможными переходами между воспоминаниями и настоящими отношениями.** Новые значения, новое имплицитное чувство себя и другого в связи смогут тогда обрести форму.

Использованная литература:

Delisle, G. La relation d'objet en Gestalt-thérapie (Объектные отношения в Гештальт-терапии) – Ed. Du Reflet, Montréal, 1998.

Delisle, G. Les pathologies de la personnalité. Perspectives développementales (Патологии личности. Возрастные перспективы) – Ed. Du Reflet, Ottawa, 2004.

Hamel, Catherine. Enjeu de l'attachement – Revue québécoise de Gestalt (Задача привязанности – Квебекский журнал по гештальт-терапии) – Editions de l'AQG, Volume 11, 2008.

Melnick J., Robine J.M., Schack, M-L., Spinelli E.. Contact et perspectives intrapsychiques (Контакт и внутри-психические перспективы) – IFGT, Mini bibliothèque de Gestalt-thérapie, 2008.

Miljkovitch, Raphaële. L'attachement au cours de la vie (Привязанность в течение жизни) – PUF, 2001.

Perls F., Hefferline R., Goodman P. Gestalt-thérapie. – Ed. L'Express, 2001.

Schore, A. N. La régulation affective et la réparation du Soi (Аффективная регуляция и починка селфа) – Ed. CIG- Montréal, 2008.

Stern, D. N. Le moment présent en psychothérapie (Настоящий момент в психотерапии) – Ed. Odile Jacob, 2003.