

## ФАСИЛИТАЦИЯ КОНТАКТА В ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ (АНАЛИЗ СЛУЧАЯ)

О.В.НЕМЕРИНСКИЙ\*

Пациентка, назовем ее Светланой, – женщина 43 лет, замужем, имеет двоих детей (сыновья 19 и 14 лет), работает инженером. Первоначально обратилась за помощью к психиатру в связи с невротической депрессией (сниженный фон настроения, плохой сон, повышенная утомляемость). Лекарственная терапия дала позитивный эффект, редуцировав симптоматику. На фоне состояния, которое можно было обозначить как субдепрессивное, пациентка поделилась с врачом своими трудностями в семейных отношениях и, кроме того, призналась, что не хочет «всю жизнь сидеть на таблетках», спросив о возможности психологической работы. Врач, согласившись с необходимостью психотерапии, рекомендовала пациентке обратиться ко мне.

### ***1. «Пациент»: восстановление жизненности***

В ходе первой встречи обсуждались как проблемы в ее взаимоотношениях в семье и на работе, так и клинические особенности ее состояния. На первый план выступила массивная интроекция фигуры покойной матери (оба родителя Светланы уже умерли), проявлявшей довольно высокий контроль по отношению к дочери. Одновременно в отношениях с мужем и сыновьями она сама стояла в довольно контролирующей позиции, будучи фактически главой семьи, расплачиваясь за это сексуальными проблемами в отношениях с мужем и плохим пониманием детей. И то, и другое ее, человека хорошо воспитанного, интеллигентного и деятельного, беспокоило. С другой стороны, очевидным было наличие субдепрессивного состояния, проявлявшегося в плохом настроении по утрам («нет удовольствия от предчувствия начинающегося дня»), и в общем «недостатке радости жизни». Кроме

---

\* *Немеринский Олег Владимирович* – психолог-психотерапевт, руководитель обучающих программ по групповой психотерапии и гештальт-терапии в Московском Гештальт Институте, научный сотрудник МНИИ психиатрии МЗМП РФ.

того, на основании краткого, по ходу беседы, экспресс-тестирования ее контакта со своими чувствами, можно было предположить наличие характерного для депрессивных пациентов подавления своего волнения.

О последнем «симптоме», о взаимосвязи волнения и депрессии, стоит сказать подробнее.

В физиологическом плане переживание волнения есть не что иное, как отражение волн возбуждения, волн дыхания, волн кровообращения, волнообразности метаболических процессов. Волнение – признак бодрствования, жизненности организма. В психологическом же плане волнение являет собой базу любого эмоционального процесса. Волнение, если можно так выразиться, – самый простой уровень психологического анализа. Далее идут уже физиологические механизмы. Любая эмоция стоит на фундаменте волнения. Это касается и таких чувств, как страх, тревога, тоска. Более того, это касается указанных чувств в первую очередь, поскольку они есть не что иное, как результат обращения волнения в форме затруднения волнения (тревога), подавления волнения (тоска) и т.п. Если волнение тем или иным образом подавляется, не может проявляться в свободной форме, и это касается не сиюминутных, а устойчивых особенностей человека, то можно смело предполагать наличие депрессивной тенденции.

Итак, депрессия есть подавление жизненности. Стержнем депрессии, ее центральным психофизиологическим механизмом является подавление волнения. Конечно, стопроцентного подавления, как справедливо замечал Ф.Перлз (*Perls, 1969*), не происходит. Приближение к этому мы можем видеть лишь при апатической депрессии в рамках шизофрении и при некоторых формах дефекта. Чаще мы имеем дело с блокировкой свободного течения и выражения волнения, со связыванием его, в результате чего происходит трансформация качества эмоционального фона душевной жизни (тревожные, тоскливые и т.д. депрессии).

В связи со всем сказанным фасилитация свободного волнения играет весьма важную роль в работе с депрессивными пациентами. Однако гештальт-терапия, в отличие от множества телесно-ориентированных подходов, не ограничивается контактом пациента со своим телом, со своими ощущениями. Она всегда движется в двух плоскостях одновременно: в плоскости контакта со своими переживаниями и в плоскости контакта с внешним миром. Гештальт-терапия – это совмещение двух линий контакта. Поэтому чисто технологические средства фасилитации свободного волнения (работа с дыханием, сознание телесных ощущений и пр.) могут привести к красивым эффектам, но не к устойчивому терапевтическому результату. Для достижения последнего необходима интеграция контакта с телом и контакта с внешним миром, с теми его сферами, которые касаются важнейших и актуальных потребностей пациента.

Попытаюсь на примере нескольких сессий продемонстрировать, как в этом направлении шла работа с пациенткой.

Вскоре после начала пятой сессии я заметил, что выражение лица Светланы, до этого спокойное и «деловое», изменилось. На вопрос о том, что с ней происходит, она ответила:

«Я немного волнуюсь. Но ничего... Сейчас пройдет». Я предложил ей осознать, как она собирается гасить свое волнение, где, в какой части тела она чувствует мышечное напряжение, как она дышит. Мы легко выяснили, что она сдавливает грудь и сдерживает амплитуду дыхания. Я предложил ей не спешить с подавлением своего волнения, а выяснить, как она относится к нему, и выразить это фразой, интонацией, жестом, обращенным к своему волнению. Она сказала: «Я тебя презираю... и хочу спрятать!» – «Так вы относитесь к своему волнению... Есть кто-то в Вашей жизни, кто так относится или относился к Вам?» Светлана озадаченно посмотрела на меня, но вскоре с грустью сказала: «Мне приходит на ум то, что моя мама всегда была недовольна, если видела меня взволнованной...» – «Но сейчас, в этой комнате мы вдвоем. Ее здесь нет, а я не хотел бы, чтобы Вы скрывали свое волнение...» – «Ее вообще нет на свете. Но я не могу прогнать ее даже из этого кабинета. Как же? Нет... Хотя, конечно, я была бы рада видеть себя волнующейся...»

Расщепление и замешательство.

Я предложил ей несколько раз повторить «Я хочу волноваться» и «Я боюсь мамино недовольства» и посмотреть на то, как меняется ее состояние. Диалог двух позиций обнаружил и диалог двух ощущений в области грудной клетки: тепла и тяжести. Убедившись, что мы действительно имеем дело с актуальной потребностью в прояснении отношений с интроектом, я предложил ей поработать в технике «двух стульев», проведя диалог с мамой. Не буду подробно его описывать, отмечу лишь, что окончился он словами: «Мама, я сама пришла к психологу, и мне надо побыть здесь одной. Пожалуйста, оставь меня... Оставь». Сессия закончилась потеплением в области грудной клетки и несколько приподнятым состоянием пациентки. Теплота в груди сочеталась с небольшой дрожью в ногах («побаиваюсь»).

На следующую встречу Светлана пришла не столько взволнованной, сколько встревоженной. Тем не менее, выглядела она свежее, чем в первые наши встречи. Она сразу повела светские и деловые разговоры, а в ответ на мой вопрос о том, как прошла неделя, начала издалека. Я немного послушал ее, а затем попросил связать свой рассказ с содержанием предыдущей встречи.

Из рассказа Светланы: «В четверг, после встречи, было хорошо и спокойно. А в пятницу утром – страх, захватывающий страх, и мысль: «Как же я так подставила, предала свою маму? Вот когда она так тяжело вставала и уходила из своего кресла напротив...» Думала позвонить Вам, но не решалась так рано. Это было в шесть утра... В конце концов, взяла свой страх за руку и пошла с ним на работу. А там стало понемногу отпускать, рассеялось...»

«Как Вы думаете, почему я так боюсь свою маму?» – спросила у меня Светлана. «Попробуйте задать этот вопрос себе. Может быть, Вы обнаружите какой-то интуитивный ответ...» – (После паузы) «Нет... Нет ответа...» – «Может быть, Вы и Ваша мама – все-таки разные люди...» Светлана опешила. «Но мы с ней так похожи...»

В ответ на мою осторожную попытку дефлуенции Светлана отреагировала растерянностью. На этом чувстве растерянности от идеи о существовании двух разных людей – ее и ее мамы – и закончилась шестая наша встреча.

Между шестой и двенадцатой сессиями фигура мамы продолжала занимать довольно значительное место. Как можно было видеть, для успешной работы с интроективными и проективными тенденциями необходимо было преодолеть, к счастью, несильно выраженные остатки конфлуентных отношений. На следующей сессии Светлана заговорила о своих сексуальных переживаниях. Ей с трудом давалась открытость в этой теме, и я не возражал, когда она перемежала эту тему с анализом проблем на работе, во взаимоотношениях с сослуживцами и начальником. Тем более, что как в том, так и в другом случае акцент в терапевтической работе делался на стиле ее взаимоотношений с людьми.

В начале двенадцатой сессии Светлана сказала, что какой-то отрезок работы, по-видимому, близится к концу. «Мое состояние улучшилось, а проблемы остались, – сказала она. – Мы достигли минимума, а что дальше?»

Опрос-оценка клинического состояния действительно показал, что с психиатрической точки зрения ее можно считать здоровой. Да и выглядела она уже по-другому: исчезла бледность, появился блеск в глазах, оживилась мимика и пластика, более звонким стал тембр голоса и отчетливей запах духов.

Светлана была настроена на работу с сексуальными проблемами, но в тот день, опираясь на свое актуальное состояние, она захотела рассказать мне свой сон, который вызывал у нее смутную тревогу.

Во сне она видела обнаженную мужскую фигуру, без рук и без ног. Она лежала на животе, на чем-то вроде операционного стола в больнице. Врачи подняли ее за нос и стали вырезать что-то в области копчика. Светлана отчетливо слышала хруст. Сон сопровождался ощущением страха и как будто предвосхищения боли.

Я попытался поработать с этим сном в технике «двух стульев» (возможно, я оказался в плену клише или своего очарования от перлзовской техники работы со сновидениями), но, честно говоря, добился весьма немногого. Этот образ стал ей чуть ближе, но вряд ли можно было говорить об «обращении проекции». В ходе диалога пациентка связала этот сон с перенесенной некогда гинекологической операцией. Можно было бы фантазировать в психоаналитическом духе о связи этого сновидения с психотерапевтическим процессом и т.п. Но я не стал этого делать. Вскоре значение этого сновидения, значение образа

безрукого и безногого мужского существа стало очевидным. Прояснение произошло не в результате «свободного ассоциирования» и не в результате применения техники «двух стульев». Оказавшись неожиданно простым и, в общем-то, очевидным, оно было связано с особенностями межличностного контакта, присущими пациентке.

## ***II. «Клиент»: фасилитация контакта***

В начале четырнадцатой встречи Светлана призналась, что два последних дня и сейчас находится в состоянии ярости. Это проявилось и на работе, и дома, в отношениях с сыном и с мужем. Говоря о своем состоянии, она охарактеризовала его как «слепую ярость». «Я разъярена и не вижу никого перед собой».

Я попросил ее сконцентрироваться на тех чувствах и ощущениях, которые она испытывает в данный момент.

«Ноги дрожат... Ярость... Щеки напряжены...»

Светлана говорила вслух, но как будто в себя, никому. «Попробуйте сказать это мне. Скажите, что Ваши ноги дрожат, что Вы разъярены». Она боязливо, мельком посмотрела на меня. Налицо был шанс поработать со «слепым чувством», вернее, с такой ситуацией, когда чувства актуально сознаются, но не выражаются другому человеку, теряют свою межличностную обращенность.

В ходе работы была сконструирована техника одновременного говорения-из-себя-о своих чувствах и видения другого человека в его зримой конкретности. В качестве вспомогательного средства я предложил ей образ траектории («я говорю из себя, из своего тела к поверхности тела другого человека; мои слова рождаются в моем теле, отдаются в нем и достигают другого человека»).

Когда Светлана уже достигла некоторых успехов в ощущении телесной укорененности своего голоса, я почувствовал, что чего-то не хватает, и предложил ей начинать фразу с моего имени. Это озадачило ее. «Я очень редко обращаюсь к людям по имени», – призналась она.

Мы вместе конструировали процесс межличностного контакта, акцентируя наиболее важные его моменты. В окончательном виде каждый акт контакта был разделен на четыре части: 1) погружение в себя и осознание своих чувств, желаний, ощущений; 2) обращение к терапевту по имени и тем самым подтверждение его присутствия, его зримой конкретности; 3) возврат к своим чувствам и ощущениям; 4) говорение изнутри этих чувств к другому человеку. При этом наша задача состояла не столько в том, чтобы добиться технически безупречного выполнения четырехзвенной операции, сколько в том, чтобы на основании сознавания своих чувств и живого присутствия другого человека восстановить способность к межличностному контакту, что включает в себя целостное переживание всего богатства каждого акта общения с другим человеком.

Когда Светлана первый раз без сбоев прошла все четыре звена, она в ответ на вопрос о своем самочувствии сообщила о сдавленности в груди и

о том, что голос скорее идет из горла. Одновременно она облегченно улыбнулась и почувствовала, как исчезает напряжение в щеках.

Наше общение продолжалось с прежним вниманием к процессу контакта. Под конец она отметила у себя состояние «мягкой грусти». «Я даже сестру не называю по имени, говорю «сестра», – призналась Светлана. «Как Вам в этой «мягкой грусти?» – «Хорошо. Это не неприятное чувство».

Впоследствии мы еще неоднократно возвращались к структуре контакта, к тому, в какой мере он является подлинно межличностным в ее поведении.

Любопытно, что вслед за этой сессией началась будто новая фаза работы, отличающаяся по содержанию от предыдущей. Во-первых, появилась фигура удовольствия. Светлана стала уделять своему удовольствию больше внимания и, я бы сказал, заботы. Получила широкое развитие тема сексуальных проблем и сексуальных переживаний. Во-вторых, в ретроспекциях место матери, об оглядке на которую Светлана говорила раньше столь часто, заняла фигура отца. Если в отношениях с матерью Светлана была вовлечена в сплав конфлуентных, интроективных и проективных тенденций, то в отношениях с отцом больший вес приобретала ретрофлексия. Нельзя, конечно же, говорить о полном исчезновении одного ряда искажений контакта и совершенном преобладании второго. Но тенденция была налицо, и это – третий из замеченных мною параметров изменений. Начали всплывать и активно прорабатываться ретрофлексивные и эготические механизмы.

В последующей работе с клиенткой хочется выделить два отрезка. Первый – это довольно длительный (несколько месяцев) период работы в основном с ее сексуальными переживаниями. Второй – закрепление достигнутых в предыдущие фазы результатов в ходе интенсивной терапевтической группы.

### ***III. Внутри контакта: реабилитация сексуальности.***

На фоне оппозиции удовольствия и долга все больше места в работе стали занимать сексуальные проблемы Светланы. С одной стороны, было очевидно, что она дискредитирует своего мужа, сохраняя таким образом высокую степень контроля, препятствующую освобождению сексуальности. С другой стороны, контроль доходил до того, что она не допускала пиковых эмоциональных переживаний и была весьма близка к аноргазмическому статусу. Как-то вспомнив свой сон о безруком-безногом существе, она вдруг сказала: «Может быть, я больше похожа на мужчину, чем на женщину...?» – ? – «Я не отдаюсь мужчинам...» Эта «пиррова победа» независимости подкреплялась отголосками фрагментарных, дисморфофобических тенденций из подросткового возраста.

Вначале больший акцент в ее работе приходился на отношение Светланы к своему телу, на ее разрешение себе получать удовольствие от

тела и признавать его как несомненную базу своей женственности. Однако главную роль здесь сыграло совершенно другое, а именно процесс принятия чувства стыда.

К тому времени Светлана уже была способна к таким переживаниям, как волнение и страх. Страх, как правило, уже не парализовывал ее, и, принимая чувство страха, она часто возвращалась к свободному волнению от встречи с новым опытом. Но переживание стыда было еще за кулисами.

Однажды Светлана призналась, что ей стыдно говорить со мной о своей женственности. При этом она покраснела и заерзала на стуле. С уважением относясь к психоаналитическим концептам, я отметил про себя, что это могло бы называться «манифестацией трансференции». Я также понимал, что терапевту в подобных ситуациях нужно пройти между невольным «запретом» на демонстрируемое поведение и невольным «соблазнением» пациентки. Эти соображения, однако, остались на втором плане, а главной моей заботой была возможность поддержки/реабилитации свободного выражения чувства стыда. Эта работа, опять же, шла по двум направлениям. Одна линия – это мое принятие ее стыда. Я отметил, что, испытывая сейчас чувство стыда, она выглядит весьма женственно и привлекательно. (Конечно, это была чистая правда!) Вторая линия – исследование того, какие ощущения несет с собой это чувство. Оказалось, что по мере принятия стыда и освобождения своего дыхания, сдавленность в груди заменяется приятной теплотой, которая затем разливается по всему телу.

В дальнейшем еще несколько встреч начиналось с того, что Светлана сообщала о своем присутствующем здесь-и-теперь (как только мы усаживались друг напротив друга) состоянии, включающем в себя «немного страха, но больше волнения и стыда».

По ходу описания хочу заметить, что в своей практике я неоднократно встречался с тем, какую важную роль играет чувство стыда в преодолении трудностей сближения вообще и сексуальных проблем в частности. Стыд – это сигнал о сближении. Можно сказать, что это чувство возникает тогда, когда степень близости не соответствует степени любви. Оно побуждает человека соизмерять внешнюю близость и свое отношение к другому человеку. Подавление чувства стыда (в противоположность его снятию в акте любви) часто приводит к тому, что сближение носит механический характер и оборачивается причудливой смесью слияния и отчуждения.

Еще одна важная особенность чувства стыда состоит в том, что то ли под влиянием воспитательного поведения взрослых по отношению к ребенку («как тебе не стыдно!..» и т.п.), то ли по каким-то другим причинам чувство стыда часто оказывается смешанным с виной. Это предопределяет субъективное отнесение его к классу «неприятных переживаний». Однако принятие этого чувства, очищенное от самообвинений и подавления, показывает, что его непосредственное и «непредвзятое» переживание оказывается скорее приятным. Довольно

часто в таких случаях можно наблюдать переход от ощущения сдавленности к ощущению тепла или жара в груди и других частях тела, как то было с нашей клиенткой.

Адаптировавшись к чувству стыда, Светлана сделала следующий шаг: она рискнула выразить свое восхищение мной. Однажды она даже попросила разрешения встать передо мной на колени и подержать мою руку. Секунду поколебавшись, я согласился. С одной стороны, я видел ее неподдельное желание оставить чрезмерный контроль и подтвердить свою способность к открытому выражению симпатии. С другой стороны, в моей голове мелькнуло напоминание о необходимости быть осмотрительным в ситуации переноса, мысль о «невротической зависимости» и т.п. Я все же решил подстраховаться и после 30-40 секунд ее стояния на коленях мягко сказал ей, что я надеюсь, что в своем восхищении она ощущает себя равной мне. Она отреагировала на это как на банальность. «Конечно, – сказала Светлана. – Просто мне важно это сделать... убедиться, что я способна на это»

В ходе этой работы заметно росла степень ее самопринятия. Это касалось и отношения к своей женственности, и к своему телу, и некоторого смягчения в отношениях с сослуживцами, и дальнейшего улучшения взаимопонимания в отношениях с сыном. Вскоре, однако, Светлана вернулась к дискредитации своего мужа. И тогда я спросил у нее о том, испытывала ли она когда-нибудь чувство стыда по отношению к нему. Ее ответ сводился к тому, что она в свое время выбрала именно такого мужчину, перед которым она не испытывала этого чувства. Не вдаваясь в детали терапевтической технологии, отмечу, что теперь мы сфокусировались на том, как она избегает чувства стыда в отношениях с мужем.

После означенной сессии нам пришлось прервать работу на три недели (я уезжал в отпуск). Когда после перерыва Светлана пришла ко мне, она с радостью и смущением рассказала, что провела с мужем на даче прекрасное время.

#### ***IV. Участник группы: индивидуальная и групповая динамика***

К тому моменту, когда я предложил Светлане принять участие в работе группы, она была в терапии уже около года. Группа была довольно интенсивной (30 рабочих часов в течение 5 дней). Любопытно, как в течение групповой работы вновь актуализировались различные ее проблемы, и как она вновь разрешала их в связи с различными задачами, стоящими перед группой в целом в ее динамическом развитии.

Оказалось, что содержание различных стадий индивидуальной терапевтической работы с клиенткой отразилось в ее поведении на различных стадиях групповой динамики.

На первой стадии знакомства, формирования взаимного доверия и первичной общности перед Светланой стоял вопрос о расширении ее жизненности в общении с другими людьми, о том, насколько она готова



спустить в свои переживания других людей, допустить свою эмоциональную связанность с другими. Я был озабочен тем, что в самом начале работы группы она демонстрировала нечто близкое к формальному самопредъявлению, весьма прохладно реагируя на вопросы и реплики других участников. Однако, спустя некоторое время (не без помощи ведущих) она с удивлением обнаружила черты сходства ее проблем с проблемами и переживаниями других людей. Светлана стала внимательнее смотреть на других людей, ее взгляд перестал казаться безадресным, а речи – направленными в пространство, а не «к поверхности тела другого человека».

На второй стадии групповой динамики (стадия конфронтации) Светлана решилась на открытое выражение своих агрессивных чувств. Но любопытным оказалось то, что хотя она громко и взволнованно говорила другой участнице: «Я ненавижу тебя!», она (вновь!) не смотрела на нее, будучи больше занятой своими чувствами, чем живым взаимодействием. Так как я уже «привык» к тому, что, когда Светлана перестает смотреть на другого человека, это – сигнал о страхе перед новым опытом, то я предложил ей назвать другую участницу по имени и не отводить взгляда. Она повторяла: «Галя, я ненавижу тебя!». Потом посмотрела на других. «Ты не забыла, как нас всех зовут?» – спросил я. «Да... Я помню...» – ответила Светлана, и вдруг стала обращаться по имени к другим участникам, делясь своими чувствами.

Когда группа подошла к третьей стадии (стадии подлинной близости), Светлана вдруг изменилась и почти выключилась из взаимодействий. Царственная гордость и независимость читались на ее лице. Эпизодические атаки оставляли ее невозмутимой.

Я несколько раз обращался к ней, задавая по сути два вопроса. Я спрашивал, что происходит в ее груди, и как долго она собирается бороться с собой. Кажется, у меня было мало возможностей для продолжения работы с ней, так как ее отклик был весьма вялым. В последний день работы группы, на фоне атмосферы любви и эмоциональной наполненности, Светлана вдруг сказала: «Мне стыдно... Потому что я не с вами». – «Значит, тебе хочется к нам?» – с интересом спросил один из участников. Она покраснела, как маленькая девочка. «Да...» – «Как в груди?» – спросил я. – «Тепло... Боже, наконец-то тепло...»

Таким образом, в ходе группы Светлана последовательно возвращалась к различным этапам своего психотерапевтического пути. Характерные для нее трудности сначала реактуализировались, а затем преодолевались в ходе групповой работы.

После окончания группы она была у меня два раза, причем вторую из этих двух встреч она начала с сообщения о том, что эта сессия будет последней. «Я теперь могу и без Вас», – сказала Светлана. Мы подвели итоги. «Я не со всем согласна из того, что Вы говорили, – сказала она, – но благодарна за все, что было». «Кажется, она обменяла долю своей

реактивной независимости на кусочек аутентичности», – подумал я и поделился с ней этим соображением. Мы договорились, что она позвонит через месяц. Она действительно позвонила ровно через месяц и подтвердила, что может прожить свою жизнь сама.

\* \* \*

В заключение хотелось бы еще раз вернуться к одной из идей, высказанных в данной статье.

В настоящее время в нашей стране весьма популярным стало словосочетание «телесно-ориентированная гештальт-терапия». В некоторых случаях речь идет о телесно-ориентированных техниках, вспомогательных средствах, могущих продуктивно использоваться в терапии. Порой, однако, подразумевается существование некоей «телесно-ориентированной гештальт-терапии», весьма близкой к различным формам медитативной практики. В таких случаях гештальт-терапия рискует потерять свое человеческое (то есть обращенное не только внутрь, но и к другому человеку) лицо. Здесь мне хочется напомнить известный тезис Фрица Перлза: «Переживание происходит на границе между организмом и его окружением... Переживание является функцией этой границы, и психологически реальными являются «целостные» конфигурации этого функционирования, некий обретенный смысл, некое завершенное действие. «Целостности» переживания включают не «все», а лишь определенные объединенные структуры; на психологическом уровне все остальные характеристики организма и окружения являются либо абстракцией... либо потенциально содержащимся в переживании намеком на другое переживание. Мы говорим об организме, контактирующем с окружающим миром, но именно сам контакт есть простейшая и первейшая реальность...» (*Perls, Hefferline, Goodman, 1951, p.227*).

Гештальт-терапия практически всегда является телесно-ориентированной, но она практически всегда является не только телесно-ориентированной. Она прежде всего ориентирована на контакт. Гештальт-терапия представляется совмещением двух плоскостей контакта – контакта со своими переживаниями (при фасилитации которых часто незаменима опора на телесные ощущения) и контакта с внешним миром, прежде всего с другими людьми.

## ЛИТЕРАТУРА

- Perls F., Hefferline R.E., Goodman P. Gestalt Therapy. N.Y.: Delta Book. 1951.*  
*Perls F. Gestalt Therapy Verbatim. Moab Utah, Real People Pr., 1969.*  
*Smith E.W.L. Exploring Confluence. // J. of Couples Therapy. 1990.*