

## ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: ОТ СИМПТОМА К КОНТАКТУ\*

О.В.НЕМИРИНСКИЙ\*\*

Психосоматический симптом представляет традиционную сложность для психотерапевтов. Психотерапия имеет дело не с самим организмом, а с контактом между организмом и средой. Известно высказывание на этот счет Ф.Перлза и П.Гудмана: «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 завершённое действие. «Целостности» переживания включают не «все», а лишь определенные 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-терапевты часто заостряют эту позицию и говорят: «Мы работаем с контактом, а не с симптомом». Одновременно из других психотерапевтических подходов привлекаются косвенные способы работы с симптомом, основанные на понимании симптома как метафоры, симптома как коммуникативного послания, симптома как способа организации поведения в социальной системе. При этом предполагается, что если мы будем работать с патологией контакта, то мы таким образом будем воздействовать на симптом.

При такой картине психотерапевтического процесса мы в значительной степени работаем с симптомом вслепую, наощупь. Правда, нам помогает еще один план анализа – знание или догадки о психологическом

---

\* Изложение доклада на Всероссийской конференции «Проблемы и перспективы современной психотерапевтической практики», Москва, март 1995г.

\*\* *Немиринский Олег Владимирович* – кандидат психологических наук, руководитель клинических программ Московского Гештальт Института.

значении физиологических процессов. Это помогает теснее связать патологию контакта и соматическую патологию.

Однако я хотел бы обратить внимание на любопытное различие психотерапевта и пациента. Часто пациент воспринимает свой симптом в качестве условного субъекта, а мы, психотерапевты, – в качестве объекта. Что я имею в виду?

Пациент обращается с собой одновременно как «невротик» и как психотерапевт. Сначала он создает пространство отчужденного опыта (Kerner, 1987), которое фиксируется в симптоме, но затем он «оживляет» свой симптом и даже устанавливает с ним своеобразные полумистические «отношения». Второй процесс запаздывает по сравнению с первым; по-видимому, он является компенсаторной реакцией, своеобразной, хоть и искаженной, попыткой интеграции.

На этом фоне задача терапевта состоит в том, чтобы вернуть пациента к его целостной субъектности. Но каким путем мы будем способствовать возвращению этой целостности? Если путем игнорирования симптома, то это будет лишь поддержкой саморасщепления пациента на «я» и «мой симптом». Работать с симптомом как с объектом? Но этим как раз занимаются фармакотерапия и симптоматически-ориентированные подходы в психотерапии, включая современное супертехнологичное нейролингвистическое программирование. Стремясь выйти за рамки ограничений симптоматической терапии, личностно-ориентированные терапевты иногда занимают внешне противоположную позицию – позицию «возвышенной субъектности»: работают с контактом, а не с симптомом. Однако в данном случае ирония ситуации заключается в том, что терапевт таким образом косвенно поддерживает расщепление на «я» и «симптом».

Каков же выход из этой ситуации?

Прежде всего, необходимо выйти за рамки чрезмерного противопоставления симптома и контакта.

Первый основной тезис данного сообщения заключается в следующем: симптом есть ретрофлексированная форма контакта с окружающим миром<sup>1</sup>.

Кроме того, при рассмотрении симптома мы сталкиваемся не только с ретрофлексией, но и с проекцией потребностей на какой-либо орган. При этом в ходе развития заболевания этот орган в конце концов частично отчуждается от целостного взаимодействия организма с окружающим миром.

(Конечно же, я не исключаю роли других механизмов искажения контакта (интроекции, конфлюенции и др.) в формировании симптоматики, а лишь акцентирую вопрос об общей специфике психосоматического симптома, то есть о том, что делает его именно

---

<sup>1</sup> Ретрофлексия – механизм искажения контакта, при котором действие, первоначально обращенное к окружающей среде, превращается в обращенное к самому себе. Организм начинает «воспринимать» себя самого как окружающую среду.

психосоматическим симптомом.)

Позволю себе вкратце остановиться на некоторых более простых и базовых аспектах генеза симптоматики.

Универсальным способом преодоления критической ситуации является переживание (Василюк, 1984). Универсальным запуском патогенетического процесса является отказ от переживания. Центральное место здесь принадлежит эмоциональному компоненту переживания, чувству, которое служит срочным и целостным сигналом об отношениях человека с миром и со своей жизнью. Однако чувства, как известно, бывают неприятными, а человек – «царь природы» – обладает развитыми способностями отвергать свои чувства, вмешиваться в процесс естественной саморегуляции и ущемлять активность своего организма. Ущемление активности организма приводит к появлению боли. (Кстати, это прекрасно аргументировано и проиллюстрировано А.Минделлом (1993).) Боль есть сигнал об ущемлении активности организма. Допустим, любимый мною человек меня все время огорчает, я его страстно люблю. Но он меня огорчает. И я бессознательно решаю:

«Лучше бы мне его не любить. Да, наверное, я и не так уж его люблю!» Я ущемляю свое сердце, и оно начинает болеть. Это – первая стадия соматизации, от чувства к периодической боли. Но боль – это громкий сигнал тревоги, требующий немедленной реакции. Боль очень трудно переносить долго. Здесь находится второй узловой пункт. Либо понять функцию боли, услышать, что она говорит, либо идти дальше по пути отчуждения, блокируя сознаваемое переживание боли. Для того, чтобы осуществить второе, необходимо создать в области возможной боли «хроническое напряжение низкой интенсивности» (Perls, Hefferline, Goodman, 1951). Это мышечное напряжение (и соответствующее напряжение психологических структур) призвано увести человека от сознания своей боли, но оно должно иметь низкую интенсивность для того, чтобы оставаться хроническим. (Возрастание напряжения приведет к боли и, следовательно, будет требовать изменения ситуации либо, вновь, снижения интенсивности.) Итак, вторая стадия соматизации – это путь от боли к хроническому напряжению. Хроническое напряжение имеет ряд физиологических последствий: нарушение метаболизма в этой области тела, увеличение секреции одних гормонов и снижение других и тому подобные, известные врачам процессы. На пути от хронического напряжения к манифестации какого-либо заболевания ведущую роль уже играют физиологические механизмы, хотя и психологические воздействия также активно влияют на этот процесс.

Таким образом, симптом – это такая форма контакта, которая, проделав своеобразную эволюцию, утратила признаки контакта. Следовательно, для того, чтобы симптом был вовлечен в пространство психотерапевтической работы, он должен оказаться, как говорят гештальт-терапевты, на границе контакта, тогда он станет подвижным.

Для пояснения этой мысли приведу пример.

Участник терапевтической группы страдает от такой фобии: он боится оказаться в месте, значительно удаленном от туалета, то есть боится, что у него возникнет расстройство желудка, а возможности добежать до туалета не будет, и он окажется страшно опозоренным перед людьми. Оказываясь в подобном месте (например, на улице незнакомою города во время командировки), он действительно испытывает сильные позывы к дефекации.

В один из дней работы группы он попадает в эпицентр острых столкновений. Вскоре после разворачивания этой ситуации он привстает со стула и сообщает о своем желании на пять минут покинуть группу. Я спрашиваю у него, что с ним происходит, и он показывает на свой живот. Тогда я говорю ему: «Давай договоримся так. Туалет в двух шагах от этой комнаты. Если станет невмоготу, – выскочишь. А сейчас попробуем разобраться, что же происходит с тобой в группе, что у тебя возникают симптоматические ощущения, хотя туалет рядом».

Этот момент был решающим прорывом в терапии. И это произошло именно потому, что симптом оказался на границе его контакта с участниками группы. Симптом заработал в момент определенного типа взаимодействия с миром, и если теперь развернуть контакт, «деретрофлексировать» его, то симптом начнет двигаться, он будет исчезать или появляться, он будет менять свою интенсивность.

Возьмем другой пример, один из самых распространенных, – головную боль. Если головная боль возникает во время терапевтической группы, то мы имеем прекрасную возможность вывести этот симптом на границу контакта. Иногда бывает достаточно попросить пациента внимательно, по очереди, посмотреть на других участников группы и отметить изменения в интенсивности головной боли. Посмотришь одному человеку в глаза – болит меньше. Посмотришь на другого – боль усиливается. Посмотришь на третьего – голова начинает раскалываться от боли.

Итак, в чем здесь состоят задачи терапевта? – Главным образом, в обращении ретрофлексии и в ассимиляции проекций. То есть в том, чтобы симптом постепенно возвращался к исходной форме контакта.

Но прежде, чем реализовывать эти задачи, нам стоит прояснить еще две вещи.

1. Нужно обратить внимание на то, как происходит вторичная ретрофлексия, то есть как пациент относится к своему симптому. Отношение «я» к «симptomу» может дать нам полезную информацию о содержании исходной формы контакта, до ее ретрофлексии.

2. Необходимо обратить внимание на феномен, который можно назвать контрсимптомом. Контрсимптом – это телесный процесс, позволяющий избегать острой манифестации симптома и удерживать симптом в более или менее застывшем виде.

Идея существования телесного контрсимптома пришла мне в голову, когда я работал с одной субдепрессивной пациенткой. У нее были

характерные для депрессий ощущения в области грудной клетки, сопровождавшиеся чувством тоски. Однажды я предложил ей эксперимент, типичный для гештальт-терапии: я попросил ее следовать за этими ощущениями и менять положение разных частей тела, «как они захотят». Она чуть подалась вперед и нагнула голову. Пропала сдавленность в груди, и появилось напряжение в шее. Но изменилось и эмоциональное состояние. Теперь она испытывала нечто очень близкое к унижению. Конечно, когда я спросил у нее, как она может избежать переживания унижения, она вернулась к прежней позе, испытывая легкий привкус тоски.

Таким образом, у этой пациентки прослеживались два альтернативных паттерна – тоска и сдавленность в груди, унижение и напряжение в шее. На уровне телесных процессов наблюдалась своеобразная переключка ощущений, «спор» двух позиций.

Если мы установили эти альтернативные позиции на телесном уровне, уже намного легче соотнести их с соответствующими позициями во взаимодействии пациента с окружающим миром, с другими людьми. О последнем терапевт обычно более или менее успешно догадывается, исследуя свой контакт с пациентом. Имея же сведения о характере внутрителесной альтернативы, мы имеем сравнительно объективный критерий истинности наших догадок. Если наши предположения об основных альтернативах и контактировании пациента с окружающим миром верны, то они должны соотноситься (в реальном опыте пациента!) именно с теми ощущениями, которые характерны для симптома и контрсимптома. В описанном случае пациентка испытывала хроническую тоску по близости и избегала этой близости в паническом страхе унижения.

Позвольте привести еще один пример.

Одна из участниц психотерапевтической группы страдает дискинезией желчевыводящих путей (хотя ее мотивация участия в группе связана, скорее, с личностными, чем с медицинскими причинами). В ходе работы группы она сталкивается с ситуацией, в которой испытывает страх сближения с людьми и, одновременно, характерные для указанного симптома болевые ощущения. Прожив эту «острую» ситуацию, она испытывает большое облегчение, потепление в отношениях с другими участниками группы, чувства радости и освобождения. Болевые ощущения исчезают. Но на следующий день у нее начинается серия поносов и, кроме того, повышается тревожность, возникают позывы к алкоголизации.

Я здесь вовсе не хочу сказать, что надо избегать обострения симптома. Проводя терапию, мы неизбежно провоцируем изменения. Если симптом выходит на границу контакта, он перестает быть статичным, он начинает двигаться. Необходимо лишь понимать диалогическое строение личности и симптоматики и ориентироваться в возможной динамике этой симптоматики в кульминационные моменты терапевтического процесса.

Итак, я хотел бы выдвинуть следующие тезисы:

1. Симптом есть превращенная форма контакта, который был ретрофлексирован и отчужден путем проекции потребности на определенный орган тела.

2. На уровне телесных процессов обычно существует контрсимптом, позволяющий избегать манифестации симптома и удерживать его в более или менее застывшем виде. Диалог симптоматических и контрсимптоматических ощущений может быть прямо соотнесен с той психологической ситуацией, с тем типом взаимодействия с окружающим миром, который является пусковым для данного симптома.

По всей видимости, выяснение полярной структуры симптоматики наиболее уместно на стадии, предваряющей терапевтические интервенции психосоматического плана. Сами «терапевтические воздействия» при психосоматических нарушениях наиболее эффективны тогда, когда план контакта пациента с окружающим миром и план его ретрофлексивного контакта со своим телом сходятся. Как этому способствовать?

Способ, с помощью которого можно прямо работать с симптомом, разработан Фрицем Перлзом. Ф.Перлз применял его при работе со сновидениями и называл методом идентификации с проективным образом (*Perls, 1969*).

Согласно его концепции, каждый элемент сновидения – это отчужденная и спроецированная в сновидение (в условный внешний мир) часть «я». Но патологична лишь частичная проекция, потому что она порождает расщепление, диссоциацию, отчуждение. Тотальная проекция не несет в себе диссоциации и даже является основой искусства. Соответственно для того, чтобы восстановить утраченную целостность, необходимо прежде всего претворить частичную проекцию в тотальную путем условной идентификации с образом сновидения. Этот принцип и был реализован Ф.Перлзом в известной технике пустого стула, хорошо знакомой психотерапевтам.

Взяв за основу идеи Ф.Перлза о способе работы со сновидениями и описанное выше представление о симптоме как превращенной форме контакта, можно построить схему стадий прямой работы с симптомом.

По аналогии с работой со сновидениями, первым шагом является превращение частичной проекции в тотальную путем идентификации с больным органом. При этом происходит переживание проецируемых качеств, желаний, чувств.

Вторая стадия – это реконструкция личного контекста взаимоотношений. Как это происходит? В какой-то момент терапевт интуитивно улавливает либо «сценарийный» характер фразы, либо эмоциональный всплеск и спрашивает пациента: «Кому обращены эти чувства?» Здесь может появиться какая-то фигура из личного опыта пациента. Появившуюся фигуру можно «усадить» на стул (если работать в технике двух стульев). Эту операцию можно истолковать как частичное обращение ретрофлексии.

Рано или поздно наступает третья стадия – стадия ассимиляции проекции. Ее сущность состоит в принятии ответственности за переживание того или иного желания или чувства, которое приписывалось органу и/или другому лицу. Это – переломная стадия. Именно на этой стадии восстанавливается исходное переживание, которое блокируется симптомом и одновременно искаженно, превращенно выражается с помощью этого симптома.

Четвертая стадия – стадия полного обращения ретрофлексии. Технически этот процесс, как правило, связан с тестированием устойчивости обретенной ответственности (например, в реальных взаимодействиях с участниками группы, если работа с пациентом идет в групповом режиме).

Таковы стадии прямой работы с симптомом – этапы пути от симптома к полноте контакта с миром.

Как описанные методы работы могут быть интегрированы в целостный процесс лечения? Оптимальным является сочетание тщательной индивидуальной работы и группового опыта. Я предпочитаю начинать работу в индивидуальном ключе, и на этом этапе весьма важным представляется прояснение полярной структуры симптоматики, расшатывание жесткости симптома путем обращения к динамической паре «симптом – контрсимптом» (здесь иногда желателен деликатный контроль со стороны врача).

Когда формируется психотерапевтическая группа, более важным становится другой метод. В группе пациентов с психосоматическими расстройствами групповая динамика может развиваться медленнее обычного. На начальных этапах такой группы (конечно же, после относительного решения проблем первичного доверия) весьма уместным становится применение метода идентификации с больным органом как способа фокусированной индивидуальной работы в группе. Параллельно с этим, поощряя интерактивные процессы в группе, терапевт фасилитирует групповую динамику. Специфичным здесь является то, что групповая динамика опирается не только на коммуникативный уровень взаимодействия, но и на проделываемую телесную терапию. Постепенно участники группы начинают улавливать связи между собственными ощущениями и содержанием их взаимодействия с группой, и тогда становится легче применять третий метод, описанный в начале данного сообщения, – метод вывода симптома в контекст актуального контакта с участниками группы. Это уже в полной мере работа на границе контакта, и именно она, на мой взгляд, как правило, является решающей в терапии. В подобных случаях в какой-то степени можно говорить, что, работая с контактом, мы тем самым работаем с симптомом. Однако если симптом выходит на границу контакта в межличностном взаимодействии уже в начале терапии, это далеко не всегда означает, что мы быстро столкнулись с возможностью полного обращения ретрофлексии. Хочу еще раз повторить, что в генезе психосоматического симптома ретрофлексия

прочно сцеплена с особым видом проекции – проекции на часть организма. (Если бы не опасения терминологической путаницы, можно было бы говорить даже об отдельном феномене – «соматической ретрофлексивной проекции».) В связи с этим важное значение приобретает предварительная работа, включающая в себя как выявление динамической полярности симптоматики, так и, в особенности, работа по ассимиляции проекций по типу предложенного метода идентификации с больным органом. Однако для меня принципиальным является не столько та или иная техническая форма работы, сколько опора на вычлененные стадии работы с симптомом, на схему периодизации терапевтической работы, которая основана на представлении о симптоме как ретрофлексированной и спроецированной на определенную часть организма форме контакта с окружающим миром.

## ЛИТЕРАТУРА

*Василюк Ф.Е. Психология переживания М., МГУ, 1984.*

*Минделл А. Работа со сносящим телом. – Московский психотерапевтический журнал, 1993, №№ 1-4.*

*Kerner J.I. Body Process: A Gestalt Approach to Working with the Body in Psychotherapy. Cleveland: GIC Publication, 1987.*

*Perls F.S., Hefferline M., Coodman P. Gestalt Therapy. N.Y.: Delta Book, 1951.*

*Perls F.S. Gestalt Therapy Verbatim. Moab, Uta: Real People Press, 1969.*