

ОТ СТРУКТУРЫ ТЕЛА К ТЕЛАМ В РЕЗОНАНСЕ: ЭВОЛЮЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ В БИОЭНЕРГЕТИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ

Фина Пла (Fina Pla)

Аннотация

Эта статья отправляет читателя в путешествие, состоящее из двух разных частей. В первой из них представлены биоэнергетические концепции по теме переноса и контрпереноса, дающие общее представление о значимости вклада и креативности каждого автора. Во второй части рассказывается о влиянии теории привязанности, реляционного психоанализа и нейронауки на терапевтические отношения в биоэнергетическом анализе. В работе раскрывается влияние новых концепций, а значение старых — пересматривается. Результатом является новый, обогащенный взгляд на терапевтические отношения и происходящие в них процессы переноса и контрпереноса, где терапевтический процесс рассматривается как взаимосвязанный сомато-сенсорный процесс в терапевтической диаде. Даны некоторые короткие клинические зарисовки (виньетки).

Ключевые слова: терапевтические отношения, переносные/контрпереносные процессы, соматическая настройка, эмпатия, интерсубъективность, реляционная матрица, саморегуляция.

1. Введение

«Мне нужен был кто-то, кто работал с телом и осознавал его как энергетическое ядро самовыражения и источник истинного я (*self*¹), но, более того, мне был нужен человек, который хотел соединиться со мной, не просто как с телом, не просто как с проблемой, не просто с характером, не просто с энергетической системой, но именно со мной, со всеми моими слабостями и потребностями». (Хилтон, 2000, с. 36).

Цель работы

Цель этой статьи состоит в том, чтобы представить материалы по теме терапевтических отношений через одно из наиболее важных проявлений — динамику переноса/контрпереноса, разработанную тринадцатью различными авторами биоэнергетики, от первых опубликованных статей до самых последних. Я выбрала статьи, к которым я смогла получить доступ, и прошу прощения, если я что-то пропустила. Я попыталась понять основные идеи каждого автора, учитывая ограниченный объем своего исследования. Мы можем увидеть богатство их вклада, простирающееся от более аналитических взглядов до более соматических и некоторых более личных. Вторая часть статьи пересматривает вклад биоэнергетических авторов в тему терапевтических отношений и присущих им процессов переноса, включая в себя концепции из новой парадигмы, тем самым предлагая наше понимание традиционных биоэнергетических концепций в этом новом свете. Я считаю важным представить эти новые концепции, вытекающие из теории привязанности, реляционного психоанализа и нейронаук через освещение позиции наших авторов в области биоэнергетики, чтобы продемонстрировать, как они повлияли на теорию и практику биоэнергетического анализа.

Эволюция

Биоэнергетический анализ развивался с самого начала и до настоящего времени, не

1 Здесь и далее приводятся английские слова и выражения из оригинального текста — прим. переводчика.

теряя при этом своих основных и ядерных принципов. На протяжении всех этих лет концепции терапевтических отношений, переноса и контрпереноса развивались от классического аналитического взгляда З.Фрейда к позициям В. Райха и А.Лоуэна, в которых центральное место отведено телу, и далее обогащенным вкладом из теории привязанности, реляционного психоанализа и нейронаук, так что особый интерес был обращен к явлениям интересубъективности и взаимной соматической настройки. Некоторые смелые биоэнергетические аналитики открыли путь для включения этих новых концепций, не теряя своих корней. Я бы хотела рассказать об этом эволюционном процессе в Биоэнергетическом Анализе, о том, как наше видение терапевтических взаимоотношений и его переносных/контрпереносных процессов эволюционировало в своем движении от исходного понимания — к современному, «от структуры тела — к телам в резонансе». Сам этот термин я позаимствовала из статьи Мишеля Брайена², в которой всесторонне отражен этот длинный и богатый эволюционный путь.

История до Биоэнергетики

В классическом психоанализе отношения основаны на переносе, возникающем у пациента к терапевту. Посредством переноса пациент воспринимает импульсы и чувства, обладает фантазиями и защитами, которые связаны с его/ее основными фигурами. Психотерапевт из своего анонимного нейтрального места стремится усилить реакции переноса, чтобы получить доступ к бессознательному материалу. В теории объектных отношений (Кохут) отношения рассматриваются в качестве наиболее фундаментального аспекта жизни. Отношения с заботящимся взрослым (*primary caretaker*) интернализуются и структурируют я (*self*). Пациент усваивает терапевта в качестве «хорошего объекта», и терапевт становится более здоровой моделью для внутреннего мира пациента.

Реляционная теория (Арон, Митчелл) стремится интегрировать предыдущие. По сравнению с классическим психоанализом, где пациент рассматривается как некто дисфункциональный, находящийся в состоянии переноса к терапевту, реляционная теория основана на диадической системе, в которой участвуют два человека, и изменения происходят, когда два участника решают конфликты в своей терапевтической взаимосвязи. Классическая аналитическая позиция нейтральности и воздержания меняется на взаимность, спонтанность и аутентичность, когда пациент учится иметь более здоровые отношения через отношения со своим терапевтом.

Концепция переноса возникла у З. Фрейда, и, по его словам, в переносе оживились отношения с родительскими фигурами пациента. Теория Фрейда о побуждениях (драйвах) и бессознательном была доминирующей в психоанализе и оказала влияние на другие терапевтические подходы. В. Райх расширил идеи Фрейда и представил анализ характера и работу с телом. А. Лоуэн следовал за Райхом и Фрейдом и продолжил, в основном, ту же идею, что невротическое поведение пациента проявляется через его/ее телесную броню и в отношениях с терапевтом. Перенос рассматривался в течение длительного времени, когда родительская фигура пациента проецировалась на терапевта. Для Лоуэна работа с переносом означала, в основном, работу с подавленными эмоциями и их аналогами в блоках тела, и перенос рассматривался как главное препятствие в терапевтическом процессе.

2. Вклад биоэнергетических аналитиков в разработку темы переноса /контрпереноса, в хронологическом порядке:

По мере новых исследований процессов травматизации и более ранних нарушений, биоэнергетический анализ должен был развиваться в направлении более удобных способов работы с тем типом ранней детской травмы³ у пациентов, с чем мы сейчас имеем дело в

2 Статья М. Брайена была опубликована в 2001 году, см. библиографический список. - прим. переводчика.

3 Возможно, имеется в виду в целом «травма развития», а не «ранняя» (доэдипальная) травма. - прим. переводчика.

терапевтических кабинетах. Знакомясь с разработками разных авторов, мы столкнемся с богатством и разнообразием их вклада и увидим, как взгляды на процессы переноса в терапевтических отношениях эволюционировали, опираясь исходно на идею структуры тела, к настоящему времени, где основой служит идея тел в резонансе. В этом разнообразии подходов, обоснование одних в большей степени базируется на теоретических аналитических концепциях, других — на сомато-психических процессах, третьи основаны на опыте. Я привожу их в хронологическом порядке, чтобы мы могли видеть, как разные авторы обращаются к теме.

Стэнли Келеман (*Stanley Keleman*): Бондинг⁴ (1986).

С. Келеман (он был сертифицированным биоэнергетическим терапевтом и членом ПВА) в своей работе *Bonding*⁵ подробно рассказывает о переносе и контрпереносе как соматических явлениях и развивает концепции связывания, соматического резонанса и пульсации.

Перенос проявляется как паттерны мышечной реакции, с помощью которых клиент устанавливает связь с терапевтом, а контрперенос, соответственно, как соматические реакции психотерапевта — то, как он принимает или отвергает эмоциональные и соматические состояния клиента. Перенос и контрперенос рассматриваются как полюсы реляционного континуума, и термин «связь» используется для обозначения этого континуума. Келеман описывает различные уровни соматического переноса, следуя паттернам развития человека от стадии плода к зрелости: пуповина, рот, грудь, половые органы и контакт тела с телом. На каком уровне развития функционирует клиент, определяется характером переноса.

Таким образом, процессы переноса определяют отношения как попытку установить сомато-эмоциональную связь во взаимодействии. В этих отношениях терапевт должен знать, как он/она устанавливает эту связь соматически. Пульсация является основой связывания и включает в себя непрерывную циркуляцию, и цель терапевта состоит в том, чтобы восстановить пульсирующий континуум:

«Это процесс пульсации, при котором волны соматического эмоционального расширения и сжатия, проекции и интроекции организуют поля клеточной активности в паттерны сложного поведения» [с. 102].

Терапевтическая связь — это постоянно меняющийся процесс, который включает в себя сложную организацию и структурирует отношения со многими уровнями опыта. В этом процессе перенос и контрперенос организуются соматическими эмоциональными установками клиента и реакциями терапевта. Когда клиент проецируется на терапевта и вызывает отклики, возникает резонирующий процесс.

Терапевтическая задача будет состоять в том, чтобы помочь клиенту создать контейнер, депрограммировать прошлые ответы и сформировать пульсирующее движение. Центральным моментом здесь является эмоциональная реакция психотерапевта. Если он не осознает свои нервные, эмоциональные и мышечные ответы, он имеет тенденцию проецировать их на пациента. Перенос будет включать в себя искажения этого пульсирующего континуума, и ключом к его решению является дезорганизация исходной структуры. Клиент структурировал свой прошлый опыт, и ему нужна помощь, чтобы де-структурировать его, сформировать новые мышечно-эмоциональные паттерны: «Перестройка устаревших связей — вот что такое соматическая терапия» [с. 104].

Вирджиния Винк Хилтон (*Virginia Wink Hilton*): Работа с сексуальным переносом (1987)

Винк Хилтон не искала легких тем, а набралась смелости для решения проблемы

4 Бондинг — незримая связь ребенка и родителя, единение. - прим. переводчика.

5 Полное название этой книги: «*Bonding: A Somatic-Emotional Approach to Transference (Clinical Education in Somatic Process)*» - прим. переводчика.

сексуального переноса. Фактически, её статья — одна из немногих, которые я нашла в биоэнергетике об этом специфическом типе переноса. Она подчеркивает важность того, чтобы терапевт знал о своих собственных проблемах сексуальности и прорабатывал их в терапии и супервизии. Здесь мы можем увидеть, как терапевтические отношения рассматривались в 1980х годах:

«Природа отношений между пациентом и терапевтом заключается в том, что это интенсивная интимная диада, в которой психотерапевт воспринимается как контролирующий и обладающий властью. Пациент находится в зависимом положении. Здесь нет никакой взаимности, поскольку терапевт раскрывает себя сравнительно мало» [с. 216].

Тот факт, что пациент проецирует на терапевта аспекты желанного объекта, Вирджиния рассматривает как «самый мощный инструмент для исцеления и исправления неправильного», и в то же время «он также может быть источником величайшего разрушения», поскольку, как она говорит, «трудно не злоупотреблять этой силой в попытке восполнить свой собственный эдипальный ущерб, поскольку терапевт может соблазнить или отвергнуть пациента ровно так, каким был его собственный детский опыт» [с. 216].

Для терапевта существует опасность отыграть (*acting out*) свой опыт и обвинить пациента. Вирджиния делает важное утверждение: перенос заканчивается только тогда, когда он проработан. Она подчеркивает нашу ответственность как терапевтов: «Наша ответственность как терапевтов и тренеров заключается, прежде всего, в том, чтобы понять наши собственные нерешенные проблемы и то, как они могут проявиться в контрпереносе». (219)

При работе с сексуальным переносом существует две основные предпосылки: одна заключается в установлении четких границ, а вторая — в признании и подтверждении сексуальности пациента. Ребенок должен услышать от родителей: первое — ты сексуален, второе — ты привлекателен, третье — твои сексуальные чувства хороши. Поскольку ребенку необходимо, чтобы родители видели и признавали его/ее сексуальность, не вовлекаясь в нее, то же самое требуется от психотерапевта, который должен быть связан с его/ее собственной сексуальностью:

«Когда пациент в процессе терапии испытывает свою сексуальную энергию с этим радостным, экспансивным чувством, которое сопровождает этот процесс, нам нужно иметь мужество, чтобы быть полностью соединенными с нашей собственной сексуальной энергией, чтобы оставаться полностью присутствующим и полностью отделенным, ничего не желая от пациента и никак в нем не нуждаясь» [с. 223].

Лен Карлино (Len Carlino): Терапевтическое использование себя (1993).

Карлино предпочитает термин «терапевтическое использование своей личности» (“*the therapist’s use of self*”), а не контрперенос. Психоаналитическая мысль различает реальные отношения (взаимодействия между пациентом и терапевтом, которые не имеют бессознательных проекций и основаны на точном восприятии) и отношения переноса/контрпереноса, которые включают в себя повторение прошлого, которое искажает реальность. Поскольку трудно провести четкое различие между сознательным и бессознательным материалом терапевта и поскольку различие между реальными отношениями и переносом относительное, лучшим вариантом для терапевта является активное использование контрпереноса: «Пациенты стимулируют его отрицающий аффект в нас в надежде, что мы сможем терпеть аффект и ответить на него» [с. 89].

Пациент учится сдерживать и интегрировать свой аффект, когда терапевт делегирует ему эту возможность. Этот опыт повторного обучения должен включать эмоциональный отклик терапевта, и «эмоциональная реальность» между пациентом и терапевтом является «единственной реальностью» [с. 89].

Обязательство является наиболее важным атрибутом для терапевта: «несгибаемое обязательство, приверженность истине, чтобы сохранить целостность отношений и процесса

и осознание того, как перенос формирует контрперенос и наоборот» [с. 90].

Сильный контрперенос, который не может быть распознан и обработан в ходе терапии, будет отыгран (*acted out*). Отыгрывание может принимать разные формы: удерживать терапевтическое расстояние от клиента, отказываться от соединения с ним из-за страха быть неконтролируемым или получать какое-то прямое удовлетворение от пациента. Лен Карлино предлагает некоторые руководящие принципы для терапевтического использования себя:

1. Терапевт должен осознавать свои сильные и слабые стороны (структуру своего характера).

2. Любое вмешательство должно быть направлено на исцеление пациента, а не на самоисцеление терапевта.

3. Использование «я» (*self*) следует рассматривать в континууме терапевтических отношений.

4. Терапевт должен быть заземлен в своем теле, уметь удерживать сильный аффективный заряд и уметь его выражать.

5. Терапевт должен обращаться со своими чувствами более конструктивно, чем родители пациентов.

6. Самый эффективный способ применения себя (*self*) опирается на честность, прямоту и непредвзятость терапевта.

7. Терапевт должен иметь устойчивые границы для пациентов, у которых их нет, и проницаемые границы, когда учитываются регрессивные переживания.

8. Терапевт должен уметь разделить (*share*) с пациентом его ранние аффекты, а не наблюдать их. Терапевт должен быть открыт для переживания неприятных ощущений, таких как растерянность, беспокойство, сумасшествие, отчаяние, гнев и сексуальное возбуждение.

Он приходит к выводу, что чем больше терапевт основывается на своем самосознании и самообладании, тем его способность конструктивно использовать себя в терапевтических отношениях будет больше.

Жан Марк Гильерме (Jean Marc Guillerme): Телесный контр-перенос у Фрейда, Райха и сегодня (1994).

О чем говорит тело аналитика самому аналитику? Гильерме комментирует, как Сирлу⁶ нужно было разработать «детективную» задачу, чтобы понять его контрпереносные реакции. Жан-Марк приводит нас к телесному проявлению контрпереноса, препарируя свой собственный клинический случай, и ссылаясь на соматические контрпереносные реакции, известные из биографии Фрейда и Райха.

Случай из опыта автора: пациент, постоянно всем недовольный мужчина, во время обучающего семинара делает пренебрежительный комментарий о работе Гильерме как о поверхностной, и реакция Жан Марка на это как-то неадекватна — у него начинается диарея, и позднее он чувствует себя измотанным, испытывает сильные чувства. Пациент пропускает свой следующий сеанс терапии, и терапевт страдает от сильной боли в пояснице и ему нужно несколько дней, чтобы переварить и отреагировать это напряжение в пояснице, а также понять смысл произошедшего. Жан-Марк он почувствовал себя публично приниженным из-за замечания своего клиента о его клинической ситуации, о его способностях как биоэнергетического аналитика и человека.

Обратная связь Лоуэна на ситуацию Гильерме состояла в том, что тот как терапевт был захвачен страхом перед собственным насилием, когда узнал, что его нарциссическая потребность быть супер-психотерапевтом для своего пациента (невозможное бессознательное требование от пациента) потерпела неудачу. Энни Райх называет это бессознательное требование «перстом Мидаса»⁷ (“*Midas’ finger*”), как будто все, к чему

6 Контекст этой отсылки неясен, но очевидно, что она имеет отношение к статье Жан-Марка Гильерме, см. библиографический список - прим. переводчика.

7 В античной мифе царь Мидас был наказан богами тем, что превращал в золото все, чего касался. - прим.

аналитик прикасается, волшебным образом исцеляется. Тогда аналитик становится волшебным целителем, и его интерпретации являются волшебными подарками для его пациентов, но это мутные воды, поскольку это приводит к ложной оценке пациентов и к тому, чтобы «чувствовать враждебность по отношению к пациенту, которому не удастся дать своему аналитику нарциссический удовлетворение от того, что исцелил его» [с. 129].

Гильерме переживает превратности контрпереноса (сигналы своего тела, проецируемые на клиента желания терапевта, нарциссические амбиции и их крах, трудности, вызванные уходом пациента), которые являются важными элементами для понимания того, что в отношениях существует мощное соматическое содержание.

В то же время он размышляет о физических симптомах, которые Фрейд и Райх сами перенесли из-за болезненных разрывов и разлуки. У Фрейда случился первый сердечный приступ после разрыва с Брейером, а второй — после смерти Авраама и его обморока, связанного с комментарием Юнга. Райх заболел туберкулезом после того, как Фрейд холодно воспринял его теорию об оргазме и после конфликтов с женой. Он был отвергнут Фрейдом, который не согласился проанализировать его, и был очень ранен конфликтом с Фрейдом, возможно резонирующим с его конфликтом с его отцом.

Гильерме дает определение телесного контрпереноса, отходя от определения контрпереноса Фрейда как аффекта, который приходит к аналитику из-за воздействия пациента на бессознательные чувства аналитика. Эта точка зрения следует за комментариями Лоуэна о том, что аналитики недостаточно противостоят своей собственной структуре тела в том смысле, что они недостаточно изменяются на уровне своего тела. Гильерме определяет контрперенос как «внезапное возбуждение тела, непредсказуемое, непостижимое с первого взгляда, которое происходит до, во время или после сеанса. Это возбуждение проявляется через симптомы тела, специфическое напряжение или материал сновидения. В любом случае это связано с телом пациента или с аффектом пациента» [с. 132].

Он говорит, что телесный контрперенос переживается терапевтом как своего рода травма, требующая длительной «детективной» работы по самоанализу и эмоциональной энергетической разрядки терапевта, а также терпимости и терпения (*tolerance and patience*), чтобы не предпринимать меры по отношению к пациенту, и заключает свою статью предположением: «Возможно, наши телесные контрпереносные тела подобны иероглифам, которые мы сами не можем расшифровать».

Боб Хилтон (Bob Hilton): Контрперенос: энергетическая и характерологическая перспектива (1997).

Хилтон цитирует А. Миллера о двух видах контрпереноса:

1. Субъективный контрперенос, когда терапевт получает от пациента нарциссическую подпитку, в которой ему отказали его родители.

2. Объективный контрперенос, когда терапевт, проработав свои нарциссические потребности, ощущает в своем теле переживания пациента и с помощью этих соматических знаний способен построить мост для эмпатического контакта и перейти к разрешению отношений переноса.

1. В субъективном контрпереносе он различает первичное «Я» (*primal self*), сокращенное «Я» (*contracted self*) и адаптивное «Я» (*adaptive self*). Первичное «Я» — это основное самовыражение психики и тела в мире. Когда это первичное «Я» встречает негативный ответ окружения⁸, его энергия сжимается и образует сокращенное «Я», которое подавляет жизненную силу первичного «Я». Желание умереть вкладывается в сокращенное «Я», а потребности выживания развивают адаптивное «Я»⁹.

переводчика.

8 Р. Хилтон показывает этот процесс графически, что получило свое название «диаграммы Хилтона». - прим. переводчика.

9 Фактически, речь идет о травматическом расщеплении первичного (здорового) Я. - прим. переводчика.

Сокращенное «Я» и адаптивное «Я» находят выражение в отрицательном «Я», которое выражается через негативность, а характерологическое «Я» поддерживает равновесие между этими аспектами. Это форма, созданная для выживания в тюрьме, в которой вы живете. Когда первичное «Я» распознается, реальное «Я» может занять место характерологического «Я». Хилтон показывает, что открываются различные возможности, когда эти части личности пациента и терапевта встречаются. Он раскрывает, как пациент может ощущать нарциссические раны самого терапевта и как эти части могут сталкиваться, когда пациент не удовлетворяет нарциссические потребности терапевта, и как терапевт может отстраниться в соответствии со структурой своего характера, и как он может манипулировать пациентом так же, как он должен был сделать это когда-то, чтобы выжить.

Для психотерапевта важно разорвать этот цикл, провести наблюдение и личную терапию и заложить основы настоящего себя. Он должен признать недостатки своего характерологического «Я», отгоревать свою первоначальную потерю и встретиться с пациентом, которому сейчас необходимо скорбеть о той же потере, и с этим новым осознанием пациент может быть услышан по-новому, и тогда, в лице терапевта он обретает подлинную личность (*real person*), который помогает ему горевать над его потерями.

2. Объективный контрперенос относится к способности терапевта быть открытым каналом со своим клиентом. Он способен испытывать чувства, порожденные в нем пациентом, и позволяет им присутствовать. Он должен оставаться в своей собственной реальности и может восприниматься как подлинный образец для пациента. Затем терапевт «может использовать свое тело в качестве резонирующего инструмента, на котором звучит “музыка” пациента¹⁰. Этот резонанс — то, что пациент не имел в своей собственной семье и теперь становится основой для заживления нарциссической раны ... Теперь терапевт может доверять своему интуитивному ответу и с меньшей вероятностью попадет в нарциссическую ловушку, возглавляемую им самим и клиентом» [с. 262].

Посредством переноса и контрпереноса терапевтические отношения способствуют процессу взаимного исцеления, при котором терапевт и клиент получают исцеление оба:

«Процесс контрпереноса, посредством которого терапевт должен двигаться для своего собственного исцеления, является тем же процессом переноса для пациента. Пациент-ребенок находится в постоянном процессе исцеления родителя-терапевта, так что он сам должен быть исцелен» [с. 263].

Вита Хайнрих: Физические явления контрпереноса. Терапевты как резонансные тела (1999)

Вита вводит концепцию телесного резонанса и раскрывает нам свой творческий способ работать с интуицией в качестве центрального телесного инструмента, используя её для ощущения резонанса своего тела с телом клиента. Перенос и контрперенос проявляются как психосоматические явления:

«Я должен увлечься своей интуицией, проверкой всех явлений, а не аналитическим расчленением, мои телесные ощущения и образы появляются как резонанс по отношению к физической реальности клиента» [с. 20].

В терапевтическом взаимодействии бессознательные и подавленные черты пациента и отщепленных частей оказывают непосредственное влияние на терапевта. Вита описывает свой способ следующим образом. Она становится в энергетическом поле клиента (на расстоянии примерно 20 см) «закрыв глаза, и вместо того, чтобы чувствовать отклик лишь

¹⁰ С «музыкой», которую исполняет в терапевтических отношениях клиент, перекликается эпизод из более ранней статьи Р. Хилтона *The Recovery of Self and the Client/Therapist Relationship in Bioenergetic Analysis*, *Clinical Journal of the International Institute for bioenergetic Analysis*, 1996, Vol. 7, pp. 90-102. — прим. переводчика.

некоторых тактильных мышц, я позволяю себе быть затронутой, не касаясь¹¹». Становясь последовательно в четырех положениях (по обе стороны, спереди и сзади) от клиента, она объясняет возникающий эффект:

«Я позволяю своему телу реагировать на физическую реальность клиента: у меня возникают телесные ощущения: холод, голод, расслабленность, усталость, и со временем появляются более сложные чувства (стыд, страх, ярость, грусть) в сочетании с физическими признаками – ритмом дыхания, позой и мышечным тонусом. Эти чувства открывают что-то, принадлежащее истинному «я» пациента, что передается невербально от тела к телу» [с. 21].

Для Виты Хайнрих резонанс может проявляться через метафоры, образы, телесные ощущения или чувства. Это своего рода телесные сообщения, которые клиент «отправляет» нам. Она обнаруживает, что энергетический обмен от тела к телу происходит быстрее, чем словесный, и он является важным источником информации при общении. Знание наших контрпереносных чувств поможет нам соединиться с чувствами пациента.

Бен Шапиро: Потопит ли Айсберг Титаник? Как избежать столкновений и сговоров¹², спровоцированных темной стороной клиента и терапевта: Биоэнергетический подход (2000).

Шапиро вводит нас в проблему переноса-контрпереноса, используя метафору. Айсберг и Титаник представляют клиента и терапевта, которые могут сталкиваться и вступать в сговор. Он подводит нас к тому, что он называет «темной стороной» терапевта и клиента, то есть негативными аспектами переноса и контрпереноса.

Клиент стоит на айсберге, призывая вызволить его из этого положения, в котором он застрял. Вершина айсберга – это ложное «я» клиента, а скрытая часть айсберга – структура его характера. Терапевт стремится помочь, находясь на капитанском мостике большого корабля. Он различает светлую сторону терапии, то также и темную сторону, защитные аспекты клиента: сопротивление, негативный перенос, отыгрывание, представленные ниже видимого уровня льда, что угрожает потопить грандиозность терапевта. Есть также темная сторона терапевта – его подсознательные страхи и его склонность подавлять их. Автор показывает нам способ избежать столкновения с темной стороной.

Говоря символически, терапевт использует небольшую спасательную лодку, чтобы приблизиться к айсбергу и понять, где лед опасен. Он также может приближаться к этой опасности, используя юмористический подход, который помогает тому, чтобы клиент мог проявить своих дьяволов, и тогда с ними можно поработать. Затем клиент может присоединиться к терапевту в этой лодке, и оба могут заняться подводным плаванием, чтобы разрешить самые сложные аспекты темной стороны. Темная сторона – это те чувства и импульсы, которые заблокированы структурой характера. Шапиро использует метафору дьявола как персонификацию нашей темной стороны.

Лесли Кейс: Когда доверие становится недоверием и другими опасностями в контрпереносе (2000)

Кейс делится с нами своим очень личным и интимным опытом, а также размышлениями о переносе и контрпереносе в ее долгом терапевтическом путешествии, включая ее опыт со многими терапевтами. Она говорит, что «для этого потребовалось двадцать шесть лет терапии с шестью биоэнергетическими терапевтами» (67).

За время своего путешествия она многое узнала о проблемах переноса и контрпереноса, и о том, чего боялись терапевт и клиент:

«Взаимное сопротивление исследованию во взаимодействии не позволило мне

11 В оригинале: “I let myself be touched without touching” – прим. переводчика.

12 Collusions – тайный сговор, в терапевтическом смысле означает бессознательную или недостаточно осознанную сделку.

столкнуться с более глубокой болью. Я боялась – слабости и неудачи, неадекватности и незначительности. Они тоже боялись своих собственных недостатков. Каждый из нас защищает себя от прошлого, каждый из нас делает свою жизнь более предсказуемой». (72)

Исходя из своего сложного и глубокого опыта, она размышляет о возможных опасностях, которые могут помешать терапевтическим отношениям, которые в итоге будут следующими: а) с недостатком понимания; б) с недостатком поддержки; в) содержащими обвинения; г) требующими от терапевта слишком многого; д) продуцирующими отказ или отвержение; е) со слишком близкой или слишком далекой дистанцией с терапевтом; г) содержащими двойные послания; з) подавляющими со стороны терапевта.

Представляя ее путешествие, использующее поэтические образы, я нахожу ее статью очень смелым актом, в котором она делится с нами своими внутренними чувствами, тьмой и светом, связью и разрушенными мостами, радостью и бессилием, настройкой и предательством. Кейс открывает нам все тонкости терапевтических отношений, когда она углубляется в глубины своей души и тела. И она заканчивает словами:

«Путешествие, которое я только что описала, привело меня к очень ухабистой дороге. Временами это было очень опасно. Эта дорога была наполнена глухими переулками и обходными путями, тупиками и развилками. Контрперенос с моими терапевтами создал многие из этих препятствий, добавив к тем, что структурированы в моем теле. Но, к счастью, правда и красота биоэнергетического анализа оказались сильнее всех наших характеров» [с. 80].

Мишель Брайен: Тело в Резонансе (2001)

Брайен развивает тему резонанса, происходящего между телами терапевта и пациента, и как терапевт может почувствовать, что происходит в теле пациента. Тело постоянно излучает сообщения в терапевтическом процессе. Это происходит так, как будто тело терапевта может чувствовать внутренний опыт пациента, который он пытается постичь, но этот опыт еще не доступен для сознания пациента. Тело психотерапевта становится существенно важным терапевтическим средством, знаки которого нам необходимо разгадать, неотъемлемой частью послания, которое необходимо понять, терапевтическим инструментом раскрытия, таким же необходимым, как слова и слушание, который позволяет нам исследовать территории, где вербальная работа не представляется возможной. Цитата:

«Можем ли мы думать о том, что симптом в теле психотерапевта раскрывает динамику клиента? Если мы обращаем на это внимание, тело говорит, постоянно излучает сообщения. Как будто тело терапевта пробуждает внутренний опыт клиента, который еще не доступен. Проявления тела в терапевтическом контексте относятся к невербальному сообщению, которое необходимо понимать. Тело – это важная часть этого дискурса, которую нужно понимать, и она становится терапевтическим инструментом точно так же, как слова и слушание» [с. 2].

Он цитирует трех авторов, которые внесли свой вклад в проблему телесного резонанса клиента и терапевта. Согласно В. Райху, мы придерживаемся принципа функциональной идентичности, благодаря А. Лоуэну мы знаем о циркуляции энергии, а идеи С. Келемана позволяют нам опереться на влияние семейной среды клиента на его соматическую организацию. Этот путь М. Брайен называет переходом от структуры тела к телам в резонансе. Он раскрывает интересную концепцию Келемана: тело клиента понимается как окружающая среда терапевта. Ее регуляция нарушена и нуждается в помощи:

«В терапии окружение, которое предоставлено терапевту, – это тело клиента с его историей, выражением, способом контакта. Все это находится в резонансе с телом клиента, так что тело терапевта развивает ответ» [с. 4]. Он использует красивую музыкальную метафору: «мелодия, которая резонирует в теле терапевта, – это музыка, играемая в теле клиента. Как и в случае с музыкой, клиент излучает волну, несущую эмоцию, которая воздействует на тело терапевта» [с. 5].

Он цитирует Сэндлера (Sandler) и его концепцию «плавающего резонанса» и видит сходство между слушанием тела и психоаналитическим вниманием, обращенным на речь. Уоллин (Wallin), один из авторов теории привязанности и высказывания «мы являемся инструментами нашего ремесла», рассматривает терапевта как основной инструмент для терапевтических изменений, в то время как Брайен рассматривает **тело терапевта как основной инструмент**. Циркуляция энергии в теле терапевта отображает динамику терапевтического процесса, происходящую в теле клиента. Например, напряжение в теле терапевта будет сигнализировать о защите клиента, оно является показателем конфликта, и, наоборот, свободная энергетическая циркуляция показывает жизнь в движении.

Еще одна прекрасная метафора, которую использует Брайен, – это тело в качестве почвы, при помощи которой речь может быть укоренена. Он подчеркивает необходимость того, чтобы терапевт заботился о себе, чтобы клиент мог резонировать со здоровым телом терапевта. Тогда, по его словам, мы можем стать землей, где клиент может посадить свои семена и затем собрать плоды. А заканчивает он свою статью другой музыкальной метафорой, объясняющей происходящий процесс исцеления: «Тело терапевта предлагает множество резонансов, чтобы пациент мог сочинить свою пьесу и воплотить в жизнь мелодию, созданную в терапевтическом альянсе» [с. 9].

Для М. Брайена биоэнергетический анализ предлагает ключевой ресурс – доступ к терапевтическому использованию тела в резонансе.

Луиза Фрешетт: Контрперенос: как использовать его энергетически? (2004)

Фрешетт цитирует Сирла (Searles), рассматривающего перенос и контрперенос как «попытки исцелить, исправить и сделать других целостными», а также контрперенос – как «место для взаимного роста» [с. 1].

В терапевтическом лечении есть две функции: основная функция заключается в обеспечении аналитического разрешения проблем пациента через инсайт, а вторая функция – разрешение психопатологических проблем аналитика, и она возможно только в том случае, если служит для выполнения основной функции. В своем учебном материале Л. Фрешетт излагает идеи нескольких авторов (Ирвин, Стерн), которые выделяют два типа контрпереноса:

- 1) контрперенос, возникающий из-за нерешенных проблем аналитика;
- 2) контрперенос как ответ на перенос пациента.

Комплементарный перенос «происходит, когда аналитик неосознанно отождествляет себя с внутренними объектами пациента и воспринимает их как свои собственные внутренние объекты, активируя неразрешенные конфликты в аналитике» [с. 2].

Л. Фрешетт развивает концепцию проективной идентификации и определяет ее как бессознательное взаимодействие, независимое от конфликтов аналитика. Это реакция терапевта на интенсивность и качество проективной идентификации пациента:

«Когда терапевт испытывает незнакомые ощущения, эмоции, мысли, что-то, что кажется «не в его характере», что ощущается как «ложная нота», которую вряд ли когда-либо испытывает с другими клиентами, скорее всего, терапевт борется с тем, что принадлежит клиенту, но он не может присвоить это в данный момент» [с. 4].

«Через защитный механизм проективной идентификации клиент вкладывает это ощущение, это чувство, эту мысль в терапевта, чтобы тот «держал» его, пока клиент не будет готов забрать это содержание и интегрировать на сознательном уровне... ту часть, которая принадлежит пациенту, который пока не может владеть этим» [с. 4].

Но если терапевт испытывает чувства, ему известные, или ощущения, типичные для его соматической организации, которые испытывает с другими клиентами, то это означает, что пациент вызвал что-то в структуре характера терапевта. Примерами собственных проблем терапевта на работе могут быть проблемы, связанные с границами (график встреч, оплата, временные рамки).

Боб Льюис: Возвращение к проективной идентификации, слушание с использованием лимбической системы (2004)

Роберт Льюис пересматривает концепцию проективной идентификации в свете вкладов нейробиологии. Он смотрит на клинические последствия проективной идентификации согласно психонейробиологической модели А. Шора. Для Шора это процесс, возникающий на протяжении всей жизни, и включающий невербальные, спонтанные эмоциональные связи внутри диады. Шор описывает как здоровые, так и нарушенные паттерны эмоциональной регуляции в ранней диаде как «разговоры между лимбическими системами», и Льюис добавляет, что «когда диадические разговоры связаны со значительным нарушением регуляции и неправильной настройкой, в этом случае защитное использование проективной идентификации встраивается в развивающуюся лимбическую систему».

Тело психотерапевта должно быть доступно для регуляции состояний клиента, например, таким образом, как это делает эмпатическая мать, которая соответствует внутренним состояниям ее ребенка: «именно тело клинициста является основным инструментом для психобиологической настройки» [с. 4]. Льюис определяет процессы проективной идентификации как соматосенсорные процессы: «Поскольку чувства и эмоции являются психобиологическими явлениями, а самость укоренена в теле, то проективная идентификация представляет собой скорее связь не речевую, а в большей степени – между разумом и телом» [с. 4].

Что можно сделать, чтобы не обрезать свою эмпатическую связь со своей болью и болью пациента и избежать перехода из правого (чувственного) состояния мозга в левое (мыслящее) состояние?¹³ Ключ, говорит Льюис, заключается в том, чтобы удерживать это висцеральное состояние до тех пор, пока к нам не придут образы (визуальные, тактильные, обонятельные и т. д.), хотя слуховой и тактильный материал может появляться без «образов» в визуальном смысле.

По мнению Льюиса, телесные коммуникации, которые передаются через позу, жесты, движения, не часто распознаются в терапевтическом контексте. Конкретнее, он рассказывает о руках пациента и о том, как они могут выразить его внутреннее состояние. Мы можем расшифровать сообщения тела пациента с помощью нашей орбитофронтальной коры, и то, что пациент передает посредством проективной идентификации, декодируется правым полушарием мозга терапевта: «только бессознательный разум аналитика может получить сообщение». Он рассматривает терапевта как контейнер для хранения нерегулируемых внутренних состояний пациента:

«Когда я сижу с пациентом и обращаю его внимание на его тон голоса ... мой способ присутствовать с ним – это держать его бессознательный, соматосенсорный или иным образом неинтегрированный материал ...» [с. 11].

В заключение он говорит, что есть некоторые вещи, которые нельзя объяснить совершенно ясно, и проективная идентификация – одна из них.

Вайолайн де Клерк: Тело, отношения и перенос (1993, вып. 2007).

Классические аналитические отношения включают в себя два аспекта: развитие аналитических отношений и разрешение переноса. Однако, в биоэнергетическом анализе существует и третье измерение, которым является тело: «работа тела рассматривается как ось, вокруг которой продвигаются, переплетаясь, два других измерения процесса...» [с. 180].

Традиционно биоэнергетический анализ имел два измерения: словесно-аналитическая работа и процессы организма. В терапии встречались два реляционных феномена: «реальные» отношения и отношения переноса, и считалось, что отношения переноса и контрпереноса – и составляют целиком полные терапевтические отношения.

13 Существуют новые исследования по функциональной асимметрии мозга. – прим. переводчика.

Де Клерк пишет, что Ван Лизебет (Van Lysebeth)¹⁴ предлагает три феномена отношений, которые развиваются в терапии, и ставит отношения между терапевтом и пациентом в качестве основного терапевтического агента:

1) отношения переноса, основанные на внутреннем мире пациента, независимые от терапевта. Это стимулирует контрперенос, который является частью процесса;

2) отношения, в общем смысле этого слова, когда терапевт вступает в бессознательный сговор с пациентом. Это определяется слепыми пятнами аналитика, которые должны быть проработаны в терапии и супервизии;

3) аналитические отношения, возникающие благодаря трансформации двух предыдущих, а также позиции и способности аналитика к интерпретации. Это приводит к реальным отношениям и способствует взаимному росту, когда аналитик и пациент образуют intersубъективную связь. Эти три явления присутствуют на протяжении всего терапевтического процесса.

Аналитические отношения лежат в основе биоэнергетического анализа. В нем аналитик принимает на себя родительские функции, контейнирует эмоции и доступен для пациента. С этой точки зрения в биоэнергетическом анализе существуют три взаимосвязанных измерения: реляционная работа (отношения), работа с телом и анализ переноса. Каждое из этих измерений производит терапевтические изменения, и каждое из них влияет на два других.

Развитие аналитических отношений лежит в основе терапевтического процесса. Аналитик исправляет тупики саморазвития, возникшие из-за дефицита в результате ранних травматических привязанностей, которые можно исцелить с помощью опыта отношений, и участвует в построении взаимных отношений. Работа над телом в переносе и в аналитических отношениях может предшествовать, быть одновременной с ними, следовать за анализом переноса или быть ему подспорьем.

1. Телесная работа и отношения переноса.

а) работа с телом предшествует анализу переноса: «Только эмоционально значимые идеи вызывают освобождение и терапевтические изменения» [с. 192];

б) работа с телом в качестве вспомогательного средства анализа переноса делает его более доступным, поскольку физические вмешательства терапевта могут вызвать реакции переноса. Терапевт действует как переносной объект;

в) анализ переноса предшествует телесной работе;

г) анализ тела и переноса выполняются одновременно. Это происходит, когда характерные мышечные напряжения воплощают трансференциальные эмоции.

В. де Клерк приходит к выводу, что «телесные интервенции, которые служат анализу переноса, эквивалентны интерпретации переноса. Это аналитическое измерение телесной работы» [с. 197].

2. Телесная работа и аналитические отношения.

Аналитические отношения развиваются, когда развитие телесного Я (self) сильно нарушено: «чувства и восприятия возникают из «субъекта», но могут быть ограничены в реляционных тупиках, определяемых опытом ранних отношений» [с. 199].

Для Де Клерк работа с телом, которая объединяет эмоциональный опыт, развивает аналитические отношения. Когда терапевт участвует в обмене, это способствует развитию аналитических отношений. Терапевт восстанавливает и создает связи: «Биоэнергетический терапевт позволяет взаимодействию между пациентом и терапевтом создавать вибрацию, которая представляет для пациента основной корректирующий эмоциональный опыт, затрагивающий всю его организацию и высвобождающий его жизненную силу» [с. 200].

В завершение, она размышляет о «правильном присутствии» психотерапевта в биоэнергетическом сеттинге: «биоэнергетический терапевт активно участвует в партнерских отношениях, позволяющих эмоциональный обмен, сохраняя при этом аналитическую

14 Источник нуждается в уточнении. – прим. переводчика.

позицию» [с. 200].

Ги Тонелла: Привязанность, Перенос и Контрперенос (2008).

Г. Тонелла различает две возможности в отношении переноса:

а) работа с сексуальными конфликтами (анализ характера), основанная на аналитическом процессе в ключе единства разума и тела, где терапевт работает с мышечным напряжением, защитными психическими паттернами и реляционными паттернами как переносом;

б) работа с дефицитом и травмой развития, которая требует интересубъективной системы, где работа более невербальная. Терапевт является безопасной базой для пациента, и здесь проявляется регулирующая система в действии. В этом случае «терапевт уже не тот, кто знает, сообщает теорию о теле и интерпретирует, но он – тот, кто проживает, регулирует, дает обратную связь и вносит совместный творческий вклад, чтобы понять, что происходит» [с. 5]. Тонелла цитирует Фонаги (Fonagy), который внес вклад в развитие этого интересубъективного измерения со своей убежденностью в том, что «когда пациент ощущает, что его терапевт чувствует и думает, он начинает чувствовать и думать сам» [с. 5].

Г. Тонелла различает традиционную концепцию переноса и переноса привязанности:

«То, что мы обычно называем переносом, может проявляться через позы тела, эмоциональные выражения на лице, в глазах, тонкие треморы или спастические микродвижения, поверхностное дыхание, мысли, образы, сны и фантазии. Терапевт подсознательно рассматривается через проекции как реальный родитель пациента. Работа над переносом означает помочь пациенту осознать эти проекции и освободить или трансформировать механизмы тела и разума, которые производят это «повторение» [с. 5].

Но также он выделяет другой аспект переноса, перенос привязанности, когда клиент рассматривает терапевта как родителя, которого у него не было. В этом виде переноса пациент рассматривает терапевта не как родителя, который отвергает его сексуальность, а как родителя, который может удовлетворить его основные потребности. Пациент не надеется отпустить торможение (inhibition), но он надеется встретить настоящую личность терапевта.

В переносе привязанности пациент должен усвоить надежного, эмпатичного родителя, которого у него никогда не было. Пациент будет взаимодействовать с терапевтом в соответствии с его моделью бессознательной привязанности, он может адаптироваться, застывать («замораживаться»), чувствовать угрозу .. и т. д. Эти отношения, говорит Тонелла, принадлежат телесному Я, они проявляются, действуют, но, возможно, для них нет слов. «Пациент использует свою лимбическую память, не зная об этом», – говорит Тонелла. Это специфический перенос привязанности, который «не находится в языковой памяти, в мыслях с представлениями и словами; оно находится в телесном Я и в формах взаимодействия с другими» [с. 6].

Он видит некоторые задачи, которые терапевт выполняет в этом режиме переноса:

– исследовать паттерн привязанности пациента, который может показывать неуверенность, страх быть проигнорированным или не понятым, включать нерегулируемые внутренние состояния и т. д;

– помочь пациенту обнаружить происхождение паттернов привязанности, ощущая и чувствуя его посредством своего лимбического резонанса. Терапевт поможет пациенту «почувствовать это состояние и больше не быть этим состоянием»;

– помочь пациенту понять, как эта модель привязанности влияет на его любовь и сексуальные отношения. По словам Тонеллы, сексуальные проблемы могут быть следствием небезопасной довербальной привязанности.

Ставя вопрос о том, что такое контрперенос, Тонелла отвечает, что «контрперенос является небезопасной реакцией паттерна привязанности терапевта в ответ на ненадежный паттерн привязанности пациента» [с. 6]. В зависимости от собственной модели привязанности терапевта, сенсорно-эмоциональные выражения пациента могут быть разрешены или отклонены (allowed or dismissed).

3. Пересмотр терапевтических отношений, переноса и контрпереноса: вклад реляционного психоанализа, теории привязанности и нейронауки через призму авторов биоэнергетики.

3а. Новый взгляд на терапевтические отношения и контрперенос из реляционного психоанализа.

Исторически терапевтические отношения считались асимметричными. В таком понимании предполагалось, что терапевт знает и интерпретирует, а пациент не знает о бессознательных частях себя, которые необходимо раскрыть. Контрперенос рассматривался как препятствие для терапевтического процесса из-за неразрешенных конфликтов самого терапевта. Но концепция эволюционировала как в терапевтической области, так и в биоэнергетическом анализе. В реляционных психоаналитических подходах отношения воспринимаются совершенно иным образом – как важнейший инструмент для терапевта. Перенос и контрперенос рассматриваются как интерактивная матрица и существует задача конструктивного использования контрпереносных реакций терапевта. Терапевт и клиент вносят свой субъективный вклад в терапевтический альянс, и терапевт больше не интерпретирует с позиции «знающего», а является участником совместного творчества. Признается, что перенос и контрперенос проявляются в телесных аспектах, и это понимание начинает входить в терапевтическое поле терапевтических подходов, не основанных на работе с телом, главным образом, благодаря вкладу этих новых реляционных теорий. Реляционные аналитики говорят сейчас о «воплощенном контрпереносе»¹⁵, признавая важность телесных процессов.

Отношения и интересубъективность оказали глубокое влияние на терапевтическую встречу. Интересубъективный опыт пациента и терапевта играет важную роль, поскольку и терапевт, и клиент вносят свой субъективный вклад в создание терапевтического альянса. Сдвиг в понимании отношений включает в себя перемещение позиции терапевта с интерпретирующей и главенствующей в терапии роли – к одной из сторон совместного участия. Аналитики, придерживающиеся реляционного подхода, говорят о «интерсубъективном теле», образованном сложными и бессознательными взаимодействиями внутри диады.

Один из интересных вкладов внесла Boston Change Process Group¹⁶, группа реляционных аналитиков и исследователей (Штерн, Троник, Лайонс Рут и другие), чьи идеи сложились под влиянием философии Мартина Бубера. Основная идея Бубера заключается в том, что любое подлинное исцеление подразумевает подлинную встречу с Другим. Их определение терапевтических отношений состоит в том, что существуют отношения между пациентом и терапевтом, которые являются реальными, подлинными, и они определены Лайонс Рут следующим образом:

«Интерсубъективное поле образованно пересечением неявных знаний пациента и терапевта. Это поле выходит за рамки переноса и контрпереноса и включает в себя подлинные личные последствия и представления о том, как быть друг с другом». (2007)

Другое понятие, предложенное этой группой, – «неявная компетентность в отношениях»¹⁷, – относится к бессознательным процессам, хранящимся в неявной памяти, которые соответствуют бессознательному материалу, присутствующему в отношениях.

Аналитический третий, интересубъективность и поле отношений

15 “embodied countertransference” — в прямом смысле, «воплощенный» – реализованный «во плоти», «во-телесенный».

16 Бостонская группа изучения динамических процессов, была создана в 1995 году, <http://www.changeprocess.org/>

17 “implicit relational knowledge”

«Аналитический третий» – это концепция, разработанная Т. Огденом и Д. Бенджамином¹⁸, оба они являются реляционными аналитиками. По их мнению, в терапевтическом пространстве есть две субъективности, и между ними существует пространство связи. Это интесубъективное пространство является тем, что Огден и Бенджамин называют «интерсубъективным аналитическим третьим», своего рода третьей субъективностью, которая возникает в результате взаимодействия между двумя другими. Отношения между этими двумя субъективностями вместе с пространством связей между ними образуют поле отношений или интесубъективную систему. В этой системе существует постоянное общее взаимодействие («mutual interaction»)¹⁹ между терапевтом и клиентом. Это постоянный психический, эмоциональный и соматический обмен, который протекает, в основном, бессознательно. Аналитический третий будет содержать все идеи, убеждения и фантазии, созданные совместно пациентом и аналитиком, и разделяемые обоими.

Для многих теоретиков реляционных отношений понятие «общее взаимодействие» (mutual interaction) заменяет традиционные концепции переноса и контрпереноса в клинической практике, поскольку понятия переноса и контрпереноса в большей степени относятся к фокусировке на интрапсихическом (первый тип отношений согласно М. Старк²⁰), которая не учитывает переплетение субъективностей. Некоторые исследователи предлагают даже отказаться от концепции переноса (Родригес Сутил – Rodriguez Sutil), а другие (Лакман – Lachman) радикально пересмотреть ее.

Арон (Aron), реляционный аналитик, цитируемый Сассенфельдом (Sassenfeld), указывает на ограничения концепции переноса, поскольку терапевт не только реагирует, но и инициирует взаимодействие с пациентом. Для него термин контрперенос минимизирует влияние терапевта на пациента. Многие исследователи реляционного подхода критикуют и отказываются от аналитической концепции проективной идентификации по разным причинам (Арон, Митчел, Столоров, Брандхафт и Этвуд)²¹. Сассенфельд, реляционный аналитик, показывает нам это изменение перспективы:

«Классическая модель работает только в одном направлении, аналитик воздействует на пациента, а не наоборот. Реляционный подход подчеркивает взаимное влияние в двух направлениях, которое приводит к взаимному преобразованию, и если пациент изменяется, тем самым интерсубъективная система тоже была преобразована, и поэтому терапевт должен также измениться. Арон говорит, что существует относительно асимметричная взаимность, существует влияние друг на друга, хотя оно и не одинаково, и при этом нет общих ролей, функций или обязанностей» [с. 58].

Сассенфельд вводит концепцию новых «эмерджентных паттернов»²², которые появляются в результате взаимодействия между терапевтом и пациентом, новых паттернов, которых раньше не было: «В этом нелинейном комплексе динамических систем взаимное взаимодействие между компонентами может генерировать эмерджентные паттерны, формы и структуры, которые создаются в результате взаимодействия» [с. 58].

В этой развитой реляционной психоаналитической модели перенос и контрперенос рассматриваются совершенно по-другому – как процесс взаимодействия (интеракции), как показывает психоаналитик Джоди Дэвис:

«Мы теперь признаем процесс переноса-контрпереноса сущностно и неотъемлемо

18 см. например, Огден Т. Аналитический третий: работая с интерсубъективными фактами. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75:3-19, 1994. (Пер. с англ. Евграшиной М.В.) или Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 1. С. 129 – 145. https://psyjournals.ru/files/92227/cpp_2018_n1_Gulina.pdf,

19 mutual interaction — буквально «взаимное взаимодействие», в психоаналитической литературе переводят как общее или динамическое взаимодействие.

20 Имеется в виду книга М. Старк (Martha Stark) *Modes of Therapeutic Action* (1999), ставшая классикой, поскольку автор переосмысляет и типологизирует терапевтические отношения.

21 Aron, Mitchel, Stolorow, Brandchaft and Atwood

22 Эмерджентный, согласно теории систем, означает качество целостности, не сводимое к сумме частей.

интерактивный... переносы – это не искажения, а конкурирующие, часто противоречивые, организующие схемы или межличностные фантазии, лежащие в основе уникального стремления каждого участника к самоинтеграции... переносы не обязательно являются замещениями из прошлого» [с. 185].

Психоаналитическая теория, отмечает Анджела Клопштейн, претерпела глубокую трансформацию от фрейдистской модели влечения к первым моделям отношений (теория привязанности, теория объектных отношений, селф-психология), целью которых было предоставление некоторого корректирующего опыта, к более поздним реляционным моделям, в большей степени основанным на подходе М. Бубера «Я и Ты», ориентированном на общее взаимодействие. Реляционная парадигма, представленная Бостонской группой и другими аналитиками, ставит отношения в качестве важнейшего элемента для трансформации и изменений и развивает идею о том, что наше чувство себя постоянно трансформируется нашим интересубъективным опытом отношений. Соматосенсорные переживания занимают соответствующее место, и они говорят о памяти тела, называемой неявной памятью, которая является бессознательной.

Другая ключевая концепция, которую они используют, – концепция интересубъективности, вытекающая из философской феноменологии. Разум, тело и окружающая среда тесно связаны и взаимосвязаны, а Декартовское разделение разума и тела больше не приемлемо. Исходя из этого подхода, у нас больше нет пациента на лечении, но есть ситуация, где две субъективности взаимодействуют, как показывает Джоди Дэвис:

«Есть два участника, которые собираются вместе, пытаюсь создать оптимальное пространство, в котором можно пережить и переработать множество аспектов того, кем они были, есть и могут надеяться стать. Мы ищем способы достижения и прикосновения друг к другу, возвращая, воодушевляя, успокоения, пробуждения и, в конечном итоге, исцеления того, что раньше причиняло боль. Внутри этого интересубъективного пространства аналитик тоже хочет быть продвинутым, известным и узнаваемым» [с. 188].

3b. Влияние взаимосвязи и интересубъективности в биоэнергетическом анализе

Стерн²³, член Бостонской группы, подчеркивает важность отношений как основного элемента в процессах изменений:

«Большинство из нас были потрясены, после того, как били по матрасу и кричали, когда осознали, что в психотерапии действительно работают отношения между терапевтом и клиентом. Мы все опустошены этой реальностью, потому что мы потратили годы и много денег, изучая конкретную технику или теорию, и очень печально осознавать, что то, что мы узнали, является лишь средством или трамплином для создания отношений; где и происходит работа» (Stern цитирует Resneck, 2012)

В 1980-х и 90-х годах на мировую психотерапевтическую сферу сильно повлияли новые дискурсы и результаты этих новых теорий, и некоторые смелые биоэнергетические аналитики начали исследовать, осмысливать и внедрять эти новые концепции, которые глубоко влияют на видение и динамику терапевтических отношений, а также концепцию переноса и контрпереноса. Я хочу поразмышлять об эволюции терапевтических отношений через вклад некоторых биоэнергетических авторов, кто, не теряя своей связи с основными принципами А. Лоуэна, чувствовал необходимость интеграции с основными современными психотерапевтическими подходами и привнес некоторые новые тенденции в нашу биоэнергетическую теорию и практику, найдя новые нюансы и в то же время стремясь дать биоэнергетическому анализу достойное место среди основных терапевтических подходов.

Резнек Саннес (Resneck Sannes) (2005) дает нам историческую перспективу и рассматривает хронологически три парадигмы, представленные в биоэнергетике:

23 Дэниэл Стерн (Daniel N. Stern) – американский психиатр и теоретик психоанализа,

– первая, разработанная Дж. Пьерракосом и А. Лоуэном, рассматривала человека со стороны и может быть сформулирована кратко как «открой броню, и ты будешь свободен»;

– вторую, в рамках которой работали С. Келеман, Д. Боделла, Г. Бойсен²⁴ и К. Левин, можно сформулировать так: «важна не только внешняя структура, но и поток энергии в теле»;

– третья представлена Л. Карлино, Финлеем, Р. Льюисом и Р. Хилтоном²⁵, и, я бы добавила, Кэмпбеллом, включает исследования в области нейробиологии и психологии привязанности. В этой третьей парадигме терапевт больше не является нейтральным наблюдателем, читающим тело. В последние годы наблюдается сдвиг в сторону подхода, более ориентированного на отношения, например, модель Марты Старк с полутора/двумя людьми, которая будет объяснена ниже.

Также, я бы добавила наиболее позднюю, четвертую волну биоэнергетических аналитиков: Резнек Саннес, А. Клопштех, В. Шрётер, Г. Тонелла, С. Баума, В. Хайнрих-Клауэр, Й. Клауэра, М. Кумеда²⁶ и, возможно, некоторых других, которые пересматривают биоэнергетические концепции в свете последних исследований (из теории привязанности, реляционного психоанализа, нейронаук, поливагальной теории и т. д.) и открывают новый взгляд и понимание биоэнергетических концепций и, таким образом, терапевтических отношений, переноса и контрпереноса, рассматриваемых как диадическое соматическое и реляционное взаимодействие.

Клопштех цитирует М. Старк об этой эволюции:

«Психоанализ прошел долгий путь, так как Фрейд главное значение придавал сексу и агрессии. В центре внимания уже не влечения или отношения пациента, в большей степени понимаемые как отношения между структурами в психике, но современный психоанализ больше фокусируется на интересующих отношениях между пациентом и терапевтом» [с. 44].

Для нас, биоэнергетических аналитиков, нелегко быть открытым для новых концепций, пока мы находим способ сохранить свои корни.

Клопштех решает проблему интеграции новых знаний, не теряя при этом сути нашего метода:

«Биоэнергетический анализ с самого начала сохранил довольно сильную теоретическую направленность, используя в качестве основы модель влечения (драйва) классического фрейдистского психоанализа и райхианскую модель анализа характера. Но он недостаточно интегрировал новые аналитические теории, которые фокусируются на отношениях между собой или объектом или интересующей субъективности. Попытки были предприняты различными авторами ... но они еще не достигли критической массы, чтобы обеспечить последовательное изменение ... В борьбе за интеграцию психоаналитических концепций, мы, в биоэнергетическом анализе, рискуем потерять нашу более глубокую связь с энергетическими и телесными аспектами наших усилий и превратиться в психотерапевтическую школу с использованием некоторых телесных техник [с. 46, 2012].

Эта эволюция вызвала дискуссию в терапевтической области о двух моделях терапевтических отношений: модели «психологии одного человека», сосредоточенной на внутренней динамике пациента, и модели «психологии двух человек», сосредоточенной на аспектах отношений. А. Клопштех знакомит нас с тремя моделями М. Старк:

– модель «одного человека» (*One Person Model*) рассматривает человека в интрапсихическом плане как закрытую систему с внутренними побуждениями и защитами. Терапевт – это наблюдатель, на котором проецируется перенос пациента. Контрперенос рассматривается как помеха нейтральной позиции терапевта и должен быть устранен.

24 Герда Бойсен (Gerda Boyesen) – норвежский психолог, основатель Биодинамической психологии
https://en.wikipedia.org/wiki/Gerda_Boyesen

25 Carlino, Finlay, Lewis and Hilton ... Campbell

26 Resneck Sannes, Klopstech, Schroeter, Tonella, Scott Baum, Heinrich Clauer, Clauer, Koemeda

Лечебный фактор исходит от интерпретации (классический фрейдистский психоанализ);

– модель «полтора человека» (*One and a Half Person Model*), например, в селф-психологии и теории объектных отношений, рассматривает пациента, нуждающегося в эмпатическом терапевте, чтобы укрепить его личность. Фактором исцеления является корректирующий эмоциональный опыт, который дает терапевт;

– модель «двух человек» (*Two Person Model*) в современных интерактивных и реляционных школы) основана на взаимоотношениях, в которых терапевт является активным участником. Перенос – это диадический процесс, а контрперенос – это реакция на пациента. Исцеляющий фактор – подлинные отношения. Она отмечает, что желательно, чтобы терапевты могли справиться с тремя моделями в зависимости от ситуации.

Для А. Клопштейн Биоэнергетика начинается с модели «одного человека» (терапевт работает над эмоциональными блоками и связывает их с детским опытом клиента) и переходит к более ориентированному на отношения подходу, от одного человека к полутора (пациент проявляет свою позицию, терапевт эмпатический даритель) и, наконец, подход «два человека» (терапевтические отношения как центральный инструмент для лечения пациента). В этом последнем случае два подлинных субъекта вступают в отношения здесь и сейчас. Модели 1 и 2 знакомы биоэнергетическим терапевтам, модель 3 является серьезной проблемой, и мы будем склонны выбирать модель, которая является нашей привычной базой, основываясь на нашем характере, отмечает Клопштейн.

Некоторые цитаты из Боба Хилтона иллюстрируют этот реляционный сдвиг в биоэнергетическом анализе:

«Наши телесные сжатия являются результатом ран в отношениях. Они могут быть т «исправлены» только в отношениях, и никакое количество «самопомощи» или «я это сделаю сам» не решит проблемы и не отпустит их» (Хилтон, 1984, с. 198).

«Энергетическая динамика тела и схемы его удержания рассматривались как внешнее проявление внутреннего процесса. Влияние изменения формы и моторики тела должно было изменить жесткость внутренних психических конфликтов клиента...

Предполагается, что исцеление происходит путем снятия напряжения и не предполагает отношений с человеком, способствующим освобождению» (Хилтон, 2000, с. 32).

Согласно Хилтону, классического биоэнергетического подхода было недостаточно, нужны были подлинные и реальные отношения между пациентом и терапевтом, когда два тела танцуют во взаимном танце. В этой реляционной модели то, что исцеляет и производит терапевтические изменения, – это реляционная динамика внутри диады:

«Мне нужен был кто-то, кто был бы предан нашим отношениям, кто-то, кто мог бы выдержать штормы моей ярости и разочарования, кто-то, кто никогда не думал, что все, что происходит в терапии, не может быть решено; кто-то, кто был совершен независимо от результата. Мне нужен был кто-то, кто бы боролся за нас» (Хилтон, 2000, с. 37).

Отношения и интересубъективность оказали глубокое влияние на биоэнергетический анализ. Нынешнее видение – это одно целое из двух тел, двух умов, двух энергетических систем, взаимосвязанных и влияющих друг на друга. С одной стороны, это может быть более сложным для аналитика, так как он может чувствовать себя более уязвимым, менее защищенным. С другой стороны, преимущества значительны, так как терапевт может чувствовать себя свободнее быть тем, кем он является и может вступать в отношения, которые реальны, когда ему предстоит быть не идеальным терапевтом, а проявить подлинное человеческое существование.

3с. Вклад нейронауки в психотерапевтическое поле

Нейронаучные исследования оказали глубокое влияние на понимание терапевтического процесса, независимо от подхода. Эти теории дают карту пластичности

мозга и того, как наш мозг может преобразовывать схемы наших эмоций, убеждений и отношений. Они подтверждают, как мозг, тело и нервная система структурируются через их отношения с окружающей средой. Они подтвердили теорию привязанности и разработали психонейробиологическую теорию эмоционального развития в детстве.

Это продолжение эмоциональной революции в психотерапии, которая была поведенчески ориентирована в 60-е годы 20 века, когнитивно-ориентированна – в 80-90х, и теперь эмоции и сомато-сенсорные процессы занимают центральное место. Мозг и эмоциональные связи тщательно изучены, а также различные функции каждого полушария мозга. И А. Шор (Shore), и Д. Сигел (Siegel) объединяют принципы теории привязанности с функционированием мозга, и их исследования подтверждают, что именно благодаря эмоциональной коммуникации переживания привязанности организуют мозг. Я и Ты заменены Мы. Эти новые теории включают тело в процессы изменений, что мы, биоэнергетические аналитики, знаем и практикуем уже давно. Некоторые биоэнергетические аналитики внедрили понятия нейробиологии в свои труды и в свою практику. Я благодарю этих авторов за их вклад и за то, что они поддерживают связь с ведущими тенденциями психотерапевтического мира, и за то, что они позволили нам признать современные парадигмы и не быть изолированными от них. Мне было интересно посмотреть, как эти новые концепции повлияли и присутствуют в трудах наших биоэнергетических аналитиков, и моя цель – показать вам вклад этих авторов, которые обогатили биоэнергетический анализ концепциями, исходящими из этих теорий.

Клопштех (2008) выступает за необходимость «переосмыслить то, что мы делаем биоэнергетически с точки зрения нейробиологии». Такие понятия, как возбуждение, саморегуляция, зеркальные нейроны, окно толерантности, соматическая настройка и другие, разрабатываются и интегрируются, и все это влияет на понимание терапевтического процесса. Другие понятия, такие как перенос, заземление, катарсис, энергетический заряд и другие, пересматриваются, расширяя наше понимание их.

Концепции Даниэля Сигела

Вклад Сигела и Шора в новое понимание динамики терапевтических отношений примечателен. Сигел, врач-нейропсихиатр, недовольный традиционным психиатрическим лечением, отправился слушать лекцию Мэри Мэйн, исследователя привязанности, и был глубоко затронут ею. Эта встреча пробудила в нем огромное любопытство, чтобы узнать, как привязанность влияет на нейробиологию человека и как это может способствовать нейронной интеграции. В своем подходе «Межличностная нейробиология» он развивает свой взгляд на то, как отношения формируют наш мозг, как можно изменить наш мозг и как это напрямую влияет на терапевтические отношения. В этой нейробиологической системе эмоции становятся центральным элементом, и именно посредством передачи эмоций переживания привязанности организуют мозг у ребенка и, именно через общие эмоции и опыт между пациентом и терапевтом выстраиваются новые нервные пути. В результате и терапевт, и пациент могут пережить трансформацию.

Он развивает новую концепцию сознания – разума, который является одновременно воплощенным и реляционным. Разум рассматривается как сложное понятие, которое объединяет межличностные процессы, процессы тела и функционирование мозга. Процесс под названием разум локализован в наших телах и в наших отношениях. В его теории воплощенный разум -- это сознание, которое имеет дело не только с тем, что происходит в нашей голове, но и с тем, что происходит со всем нашим телом. И разум является реляционным, потому что мы живем в наших отношениях, и наши связи с людьми формируют наши умственные и эмоциональные процессы. Это сознание, возникающее в результате встречи с другими сознаниями.

Интересно, что он говорит об энергии. Существует поток энергии, и то, как энергия протекает через нашу жизнь, формирует наши умственные и эмоциональные переживания.

Информация – это поток энергии, структурированный в определенные паттерны, а разум – это эмоционально воплощенный процесс, который регулирует этот поток энергии и информации. Для него наши отдельные тела становятся связанными, когда энергия течет от вас (улыбка) ко мне (я получаю её). Близость была бы своего рода резонансом между двумя интерактивными системами. Мозг – это социальный процесс, а эмоции – его основной язык. Интеграция между различными частями является ключевым понятием в его теории, поскольку из интеграции возникает согласованность и гармония, а когда интеграция нарушается, возникает хаос и жесткость.

По словам Сигела, применение конкретного клинического подхода становится менее важным, чем настройка терапевта. Настроение становится ключевым словом, и неосознанное интуитивное эмоциональное взаимодействие становится более важным, чем словесное взаимодействие, и возмещение раннего опыта, сконструированные терапевтом и клиентом, имеют фундаментальное значение для исцеления. При таком подходе терапевт должен оставаться в правополушарной активности мозга и полностью испытывать чувства клиента и свои собственные чувства. Терапевт должен поддерживать связь между своим правым полушарием мозга и правым полушарием мозга клиента, чтобы создать эмпатическую настройку, но также и между левыми полушариями мозга тоже, чтобы понять ощущаемый опыт. Уоллин (Wallin), реляционный психоаналитик, говорит о «бинокулярном зрении», которое необходимо терапевту, который организует постоянную коммуникацию с пациентом и в то же время должен быть в контакте со своими собственными внутренними состояниями, чтобы установить новые нейронные связи в мозге пациента, и тем самым повысить его / ее способность к саморегуляции. Для нас, работающих с телом, это все хорошие новости. Мы можем соматически настраиваться на наших пациентов через наши соматические и эмоциональные подсказки, расшифровывать их сомато-сенсорные послания и реагировать на них. Д. Сигел разработал концепцию «окна толерантности», диапазон которого различен для каждого пациента, что связано с интенсивностью эмоций и заряду, который пациент может удерживать без нарушения регуляции.

Концепции Алана Шора

По мнению психоневролога А. Шора, терапевтическая связь устанавливается через «реляционное бессознательное», где взаимодействует бессознательное обоих – терапевта и пациента. Быть эмпатичным означает не только то, что пациент чувствует себя лучше, это значит создать нервно-активирующее состояние. Он был первым, кто связал правое (эмоциональное) полушарие мозга с правыми мозговыми связями для формирования отношений в диаде родитель-ребенок, а также в диаде терапевты-пациент. Шор помещает эмоции в центральное место и говорит об «эмоциональной революции» в психотерапевтической области. Безусловно, с самого начала биоэнергетический анализ предполагал эмоциональную работу, но мы знаем, что было не так для большинства терапевтических подходов. Соответствующим вкладом Шора является интеграция биологических и психологических моделей, разрабатывающих теорию эмоционального развития и саморегуляции в детстве, которая может быть применена к психотерапии. Его исследования в области эмоциональной регуляции оказали глубокое влияние на понимание терапевтических отношений. Вклад Шора повлиял на многие различные области, такие как аффективная неврология и теория травм. Его исследования были посвящены влиянию ранних травм на развитие мозга, и, как я уже сказала, он дал нам глубокое понимание нейробиологии привязанности, которая оказала глубокое влияние в терапевтической области.

Влияние нейробиологических исследований на биоэнергетический анализ

С этой новой точки зрения происходит воссоединение тела и сознания, где сознание

понимается как сложная система, которая интегрирует тело.

Мы больше не «вылезаем из головы», а интегрируем ум и тело:

«Сейчас самое время сосредоточиться на теле, которое живет в уме..., мы больше не являемся разумом против тела, но разум и тело функционируют как сложная система, передающая информацию о соматических состояниях и обрабатывающая вербальные и познавательные события». (Резнек Саннес, 2005)

«В классической биоэнергетике голова/мозг/разум считались блокирующими наш более глубокий и жизненно важный опыт, а терапия была структурирована так, чтобы вывести человека из головы в организм. В 1976 году я начал сдвиг парадигмы в биоэнергетике, сдвиг, который включал голову и разум/мозг как равные по важности (Льюис, 2012).

Клопштех показывает, что исследования Шора подчеркивают роль эмоций в процессах изменений и ключевую роль отношений для формирования нейронных процессов и способности к саморегуляции. Для Шора существует терапевтическая связь, которая происходит через «реляционное бессознательное», то есть все процессы, идущие от правого полушария мозга одного человека к правому полушарию другого. Своими исследованиями эмоциональных состояний саморегуляции он проливает свет на эти неявные реляционные процессы:

«Терапевтические отношения могут изменить внутреннюю структурную систему мозга пациента, которая осознанно и неосознанно обрабатывает и регулирует внешнюю и внутреннюю информацию и, таким образом, не только уменьшает негативные симптомы пациента, но и расширяет его или ее адаптационные возможности». (Клопштех цитирует Шора, 2005)

Для нас, биоэнергетических терапевтов, это подтверждает то, что мы интуитивно знали, что существует соматический резонанс, который возникает из взаимодействия правых полушарий терапевта и пациент, и поэтому он в основном происходит неосознанно. Шор применяет свои исследования правого полушария младенца к коммуникации правого полушария в терапевтическом процессе. Теперь мы знаем, что эмоциональное и телесное общение – это правополушарный процесс для обоих участников, и это приводит нас к пониманию того, что большая часть исцеления в процессе терапии бессознательна. Резнек Саннес (2002) раскрывает вклад Шора, а также размышляет о важном влиянии этих результатов на понимание терапевтических отношений:

«Ранние переживания привязанности закодированы в правом полушарии мозга, они остаются там несимволизированными и доступны через общение с телом в отношениях.... Мать и ребенок совместно строят отношения, и в этой реляционной матрице развивается сознание. Эта структура может быть повреждена отсутствием соответствующего эмпатического резонанса со стороны матери. Для Шора это саморегуляция между матерью и ребенком, ключ к привязанности» (Резнек, с. 111)

Теория саморегуляции Шора подчеркивает важность невербального опыта между пациентом и терапевтом и способность терапевтических отношений регулировать аффекты. Точно так же, как это происходит между матерью и ребенком, психотерапевт посредством взаимоотношений помогает регулировать нарушенные эмоциональные состояния пациента:

«Эмпирическое исследование взаимодействия воспитателя и ребенка ставит под сомнение понятие терапевта, который отделен от клиента; и кто сможет на основе чтения тела обеспечить необходимые терапевтические вмешательства, видя замороженные функции. Мы находимся в реляционной матрице при рождении, и терапия касается взаимного влияния клиента и терапевта на тела друг друга» (Резнек, с. 112).

Исследование важной роли эмоций в терапевтических изменениях было значительным и произвело целую революцию в области психотерапии, хотя этот аспект всегда был нам известен как биоэнергетическим аналитиком. Мы всегда знали силу эмоционального выражения и регулирования процессов изменения. В настоящее время эмоции играют центральную роль в терапевтических изменениях, как никогда ранее в истории психотерапии.

Теперь есть научные доказательства тесной связи между эмоциональным возбуждением и глубиной опыта, и как они связаны с результатом терапии. Роль катарсиса пересматривается и переопределяется, и влияние интенсивного аффективного опыта подтверждается: «терапевтические изменения возникают в результате приведения всех возможностей коркового мозга к интенсивным аффективным переживаниям» (Резнек, 2005, с. 39).

«Глубокий подлинный аффективный опыт и его регуляция посредством скоординированных эмоциональных обменов между пациентом и терапевтом рассматриваются в качестве ключевых трансформационных агентов» (Клопштех цитирует Д. Фоша²⁷, с. 120)

Клопштех принимает концепцию Шора о «двух-полушарном регулировании». Регулирование рассматривается как процесс взаимодействия. Она считает, что этот процесс важен для невербального интертелесного (*body-to-body*) общения между пациентом и терапевтом, что является сутью нашего способа работы. Он различает интерактивный межличностный и неинтерактивный внутриличностный режимы и подчеркивает, что хорошая терапия предполагает использование обоих режимов:

«Теория регулирования Шора предполагает, что в русле основных процессов изменений лежат неявные механизмы. «Неявные» – означает «лимбическую подстройку между пациентом и терапевтом, телесные и эмоциональные взаимодействия, которые происходят неосознанно» (там же, с. 121).

Концепции уровня возбуждения и заряда переосмыслены в биоэнергетике в свете этих новых исследований. Теперь мы знаем, что необходим некоторый уровень возбуждения для реструктуризации нейронов в лимбическом мозге. Дж. Гринберг²⁸, реляционный аналитик, считает, что интенсивность, экспрессия и рефлексия являются основными факторами изменений. Сигел определяет «окно толерантности» как оптимальную рамку для возбуждения эмоционального материала. Это окно толерантности может варьироваться от человека к человеку, но терапевты должны найти уровень окна терпимости для каждого пациента. Пациент чувствует себя неуравновешенным, если то, что он чувствует или испытывает, выходит за эти рамки.

По словам Клопштех, нейробиология доказывает, что то количество заряда, которое может держать пациент, зависит не только от его / ее структуры характера, но и от того, как кто-то относится к этому пациенту в этом конкретном контексте. Мы, биоэнергетические аналитики, обладаем преимуществами в области регулирования в терапевтическом окне благодаря нашим знаниям о чтении тела и структуре характера. Мы знаем, как создать слабое и сильное возбуждение и как с ним работать, говорит она. С этой точки зрения заземление пациента означало бы приведение его в границы его собственного окна толерантности. Клопштех выступает за понимание нейрофизиологии и реляционных рамок. Она признает: «Наличие такого множества рамок сделало меня более эффективным терапевтом»

3d. Роль эмпатии и соматической настройки в терапевтических отношениях

Это новое понимание нейробиологии переопределяет ключевые аспекты терапевтических отношений. Теперь мы знаем, что реляционные процессы лежат в основе исцеления. Эмпатия и сонастройка становятся основными понятиями, так же как и то, что мы чувствуем по отношению к нашим пациентам, и как их эмоциональные состояния влияют на наше тело и наоборот. Резнек утверждает, что в классических телесных интервенциях эмпатия, настройка и конгруэнтность отсутствуют, но было доказано, что они имеют решающее значение. Она подчеркивает важность эмпатии и сонастройки в терапевтических процессах и эмоционально-регулирующую задачу терапевта:

«У эмпатического психотерапевта нет слишком слабых стимулов (слишком удаленных, нейтральных, не присутствующих) и чрезмерных стимулов (не модулирующих материал),

27 Диана Фоша (Diana Fosha) https://en.wikipedia.org/wiki/Diana_Fosha

28 Jay R. Greenberg [https://en.wikipedia.org/wiki/Jay_Greenberg_\(psychoanalyst\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Jay_Greenberg_(psychoanalyst))

чтобы не дать клиенту быть затопленным чувствами, уйти в диссоциацию или отщепление²⁹» (Резнек, 2005, с. 48).

«Исследования на протяжении многих лет показывают, что клиенты сообщают, что ни понимание, ни вмешательство тела не излечивают сами по себе. Я не говорю, что от наших соматических вмешательств следует отказаться. Наоборот, они должны происходить в контексте настроенных, эмпатических отношений. Это означает, что терапевт больше не должен быть отделен от клиента, а теперь должен войти в пространство как бытие человека» (Резнек, 2005, с. 49).

Что действительно важно сейчас, так это способность терапевта вступать в настоящие, эмпатические и настроенные отношения со своим клиентом, и, как мы уже видели, происходит значительное изменение ролей. Отношения рассматриваются как общий процесс регулирования взаимного роста, когда каждый элемент затрагивается и трансформируется другим. Фокус того, что исцеление глубоко изменилось:

«Исцеление, которое происходит, в первую очередь, заключается в том, что искусный терапевт может прочесть сомато-сенсорные сигналы от своего клиента и в ответ обеспечить правильную сомато-сенсорную коммуникацию». Правое полушарие мозга терапевта расшифровывает эмоциональные стимулы и отвечает эмпатически, и «это позволяет психоневрологически настроенному клиницисту действовать в качестве интерактивного регулятора нерегулируемых внутренних состояний пациента. Терапевт не только читает явное поведение и его внешние формы, но, как «достаточно хорошая мать», умеет читать внутреннее состояние клиента. Он использует свой собственный сомато-сенсорный процесс, чтобы знать о состоянии клиента и помочь переработать эти состояния» (Резнек, с. 115).

Клауэр размышляет об эмпатии как о энерго-эмоциональном резонансе:

«Чувства и паттерны позы также могут передаваться в ситуации психотерапии посредством процессов физически резонирующей эмпатии, воплощенного контрпереноса. Я понимаю эмпатию с точки зрения чувствительности к другому человеку и ощущения его как процесса физической совместной вибрации или вступления в резонанс с неосознанной реальностью и чувствами другого человека» (Clauger, с. 84).

Зеркальные Нейроны

Р. Льюис использует термин Лайонс Рут «неявное знание отношений»³⁰, чтобы описать то, что происходит в эмпатическом процессе, происходящем за пределами осознания. Новые концепции, такие как пути зеркальных нейронов, помогают нам понять явления эмпатии и резонанса тела как ключевые элементы в процессах соматического переноса и контрпереноса. Система зеркальных нейронов позволяет нам «читать мысли» других людей через невербальные подсказки. Мы воспринимаем эмоциональное состояние в другом человеке, и те же эмоции активируются в нас. Они приняты во внимание авторами биоэнергетики:

«Зеркальные нейроны необходимы для нашей настройки, но их может быть недостаточно. Они могут помочь нам увидеть в зеркалах души (глазах) наших клиентов, но мы при этом должны быть в состоянии вынести то, что мы видим в их зеркале. Эти нейроны поддерживают наше «неявное знание отношений»... они помогают нам интуитивно слушать то, что приходит к нам в мимолетных образах, ощущениях тела или высказываниях. Я назвал это «прослушиванием лимбической системы». Я научился успокаивать свой ум и слушать мои руки. Они довольно часто знали, где и как мне следует прикасаться к пациенту, прежде чем я это делал» (Lewis, 2012, с. 121).

«Зеркальные нейроны воссоздают опыт других в нас самих, позволяя нам поставить себя на место другого человека и таким образом испытать сочувствие. Они расположены в премоторной коре и связаны с лимбической системой, эмоциональной областью мозга. Когда

29 «flooding, dissociating or splitting off»

30 «implicit relational knowing»

мои зеркальные нейроны срабатывают в ответ на моего пациента, это вызывает у меня эмпатические эмоции или лимбический резонанс» (Клопштейн, 2008, с. 131).

Роберт Льюис (2005) об эмпатии, неявной и явной памяти

Льюис рассматривает тело психотерапевта как важнейший инструмент перемен. По его словам, мы сочувствуем, когда откликаемся на потребности пациента и когда мы получаем проективную идентификацию от клиентов. Льюис говорит о неявных и явных способах познания, которые идут разными нейронными путями. Мы знаем, что неявная память – это эмоциональная и процедурная память вне осознания, а явная память – это сознательно организованная информация.

Он предлагает диадическое, нелинейное системное представление о терапии, где каждый член диады рассматривается как одновременно регулирующий себя и взаимодействие в целом. Он цитирует Фогеля: «В системной модели все поведение одновременно разворачивается в человеке, и в то же время каждый изменяет и изменяется под влиянием динамики в поведении партнера» (Льюис, с. 11).

Для Льюиса тело психотерапевта является важным инструментом: «мы сами являемся уникальными инструментами, который настраиваются на психику и тело другого человека». Он цитирует Шора: «Настроенный, интуитивный терапевт с первого момента контакта изучает ритмические структуры пациента шаг за шагом и относительно гибко и плавно изменяет свое собственное поведение, чтобы соответствовать этой структуре» (там же, с.17).

Льюис утверждает, что важным доказательством в неврологических исследованиях является то, что травматический опыт первых лет можно получить неявно на уровне тела. Во многих своих работах он подчеркивает, что мы не должны забывать, что мы раненые целители, и, исходя из нашей базовой раны, у нас есть ограничения и сильные стороны в нашем эмпатическом контакте с нашими пациентами.

Как телесные терапевты, мы обучены осознавать внутренние процессы нашего тела, мы осознаем наши мышечные напряжения и наши соматические сигналы, которые показывают, что происходит в нашем теле и в теле нашего клиента. В терапевтическом процессе будут моменты сонстройки, моменты тупика, моменты разобщенности, разрывы, но важным фактом является восстановление. Если мы сможем наладить нарушенные связи, через сочувствие и настройку, процесс будет продолжаться. Шор использует концепцию разрушения и восстановления, чрезвычайно важную в психотерапии, но также и во всех отношениях:

«Разрывы в привязанности активируют лимбическую систему терапевта, которая вызывает сомато-сенсорный резонанс по всему его или ее телу. Соматически подготовленных терапевтов учат сосредотачиваться на информации из собственного тела и использовать эти данные для изучения реляционных качеств вовлечения и разъединения, возникающих в терапии (Резнек, с. 116).

Варнике (Warnecke), телесный терапевт, дает нам описание сложного процесса соматических трансферентных процессов – явлений, которые варьируются в континууме от эмпатии и сонстройки в интересубъективных процессах, взаимной реактуализации и аспектов переноса на другом конце континуума:

«Когда встречаются два человека, две сенсорные двигательные системы и две вегетативные нервные системы начинают реагировать, взаимодействовать и вступать в отношения. Соматическому переносу способствует лимбический резонанс и способность нашей сенсорной двигательной системы чувствовать движения, позы и влиять на состояния, наблюдаемые у других. Зеркальные нейроны являются частью резонансной системы действия, которая вызывает нейронные моторные представления при наблюдении за движением (Пинедо³¹). Зеркальное отражение – это предварительный, интуитивный и

31 Jaime A. Pineda Mirror Neuron Systems: The Role of Mirroring Processes in Social Cognition, см. например, <https://booksee.org/book/706436>

спонтанный процесс. Кинестетический и лимбический резонанс позволяет нам совместно переживать и оценивать намерения других и формировать основу для межличностных явлений, таких как эмпатия, резонанс, телесная синхронность и перенос» (Warnecke, с.234).

4. Значение для психотерапии

Соматосенсорные эмоциональные переживания пациента и терапевта встречаются и затрагиваются в этой интерсубъективной области. Тело терапевта становится центральным инструментом, который резонирует с внутренними состояниями пациента. Резнек свидетельствует об этом изменении в биоэнергетике:

«Фокус смещается с клиента как патологического персонажа на взаимное влияние клиента и терапевта, рассматриваемого с точки зрения состояния физиологического возбуждения друг друга, стремления к контакту, близости и взаимной регуляции. Это подтверждает наш опыт, что вместо того, чтобы быть нейтральным наблюдателем, который может читать замороженные функции, в комнате вместе находятся два тела, которые прикосновением, взаимодействием на уровне взглядов и слов создают резонанс. Выводы, основанные на исследованиях детей говорят о том, что наше внимание должно быть направлено на наши внутренние соматические состояния ... Терапевт обнаруживает свой собственный соматический опыт и использует эту информацию, чтобы понять, что происходит в межличностном контакте» [с. 116].

Боб Хилтон много говорит об этом переходе от первоначальной идеи о том, что тело исцеляет себя, если снято напряжение и выражаются эмоции, вызванные физическими движениями, к идее, что, не исключая первоначального момента, динамика отношений между терапевтом и клиентом являются критически важным аспектом для процесса исцеления:

«Терапевт и клиент в конечном итоге создают отношения «Я-Ты», в которых каждый обучается и обновляется другим в составе единого целого. Терапевт в этом процессе постоянно пытается интегрировать межличностные потребности клиента с его собственными ограничениями для удовлетворения этих потребностей. Поскольку терапевт сопровождает клиента в его путешествии обратно к истокам его интерактивных неудач, терапевт должен знать и понимать свои собственные неудачи в отношениях и решения, которые он искал для них. Это динамическое взаимодействие и все то, что в нем заложено, становится целительным процессом как для терапевта, так и для клиента» (2000, с. 42).

Роль терапевта значительно изменилась, и теперь действительно важно его способность настраиваться на телесные/эмоциональные движения клиента и его способность быть эмпатичными и реагировать на них. Резнек выражает это изменение:

«Теория привязанности показала, что больше всего имело значение способность психотерапевта к эмоциональной настройке – способность слышать, видеть, ощущать вербальные и невербальные сигналы клиента так, чтобы клиенты чувствовали, что их действительно видят и понимают. Подстройка или «обусловленная коммуникация»³², как называет это Сигел, это очень сложный межличностный танец между двумя системами» [с. 45].

Соматическая подстройка, необходимая для формирования привязанности ребенка и для любого терапевтического процесса, становится ключевой концепцией. Целительная роль взаимоотношений в психотерапии занимает центральное место, и большая часть этого является бессознательным процессом. Терапевтическая связь происходит через «реляционное бессознательное» Шора. С этой новой точки зрения роль терапевта глубоко развивается:

«Терапевт должен быть настроен так, чтобы материал находился в «терапевтическом окне». Затем мы становимся отражающими, сопереживающими, настроенными другими – личностями, которые начнут жить в теле/уме наших клиентов и помогут им быть уязвимыми, нуждающимися, напуганными, злыми» [с. 48].

Соматическая подстройка становится критически важной для обработки эмоционального материала: «наши знания о дыхании, заземлении, способах формирования соматических и энергетических границ и наши знания о сдерживании аффектов позволяют нам быть чувствительными к затоплениям эмоциями ... вмешательства тела необходимы, но недостаточны для исцеления, они должны происходить в контексте настроенных, эмпатических отношений» [с. 48].

5. Новый взгляд на тело: реляционное тело

Клопштех (2009) предоставляет нам интересный исторический обзор взгляда на тело в терапии. Начиная с того, как Фрейд предпочитал язык телу, до Райха, развивающего модель взаимодействия тела и разума, которая затем была расширена Лоуэном, и теперь, она задается вопросом – как новые парадигмы влияют на наше представление о теле?

Тело, наконец, выходит на сцену в сфере психотерапии благодаря той центральной роли, которую эмоции начинают играть в новой парадигме, где тело становится хранилищем эмоций. Реляционно-нейробиологическая парадигма также повлияла на наше представление о теле в биоэнергетическом анализе: это больше не тело, которое нужно анализировать, а два связанных тела в совместно созданном танце, где две субъективности встречаются и влияют друг на друга.

«В дополнение к традиционному фокусу на более фиксированном и защищенном характерологическом теле, акцент теперь в равной степени сосредоточен на телесном опыте непосредственного взаимодействия в терапевтической диаде, на теле – в действии внутри взаимодействия, на теле – бытия в настоящем моменте, общения и взаимодействия тел пациента и терапевта в терапевтической диаде» (Клопштех, с. 19).

Понятие реляционного тела требует определенного пространства. Ведь интерес субъективности – это не только два разума, но и два тела. Сигел и Шор подчеркивают роль эмоций, и поэтому выражающее эмоции тело занимает видное место. Это больше не единое тело, а тело в отношениях. Клопштех ясно выражает сдвиг в нашем восприятии тела:

«Тело в современной психотерапии должно включать в себя объективное физическое тело с его эмоциональной и энергетической динамикой, с его историей и структурой характера, но его также необходимо рассматривать совместно с субъективным и интерес субъективным телом, которое позволяет общаться, совместно созидать и утверждать сделанное, поэтому должно быть пространство для этого совокупного взаимодействующего тела (тела в действии и взаимодействии). Сложность нескольких тел удивительна, и нам нужно избрать, какова наша зона комфорта» [с. 20].

Несмотря на то, что тело занимает все больше места в терапевтической области, Резнек приводит ценные размышления об ограничениях в нейробиологических исследованиях, вызванных тем, что нейронаука исследовала в основном взаимодействия лицом к лицу, но без физического контакта, но мало упоминается о удержании (холдинге) и прикосновении. При этом, конечно, акцент делается на взаимодействие на уровне сознания и мало внимания уделяется тому, что происходит за пределами головы. Одним из важных достижений в области биоэнергетики является последняя статья Винсентии Шрётер (2016), где она исследует биоэнергетические методы с точки зрения нейробиологии, когда все тело оценивается с точки зрения работы нервной системой.

Комеда-Лутц (2012) достаточно ясно резюмирует проблематичность сегодняшнего состояния познания: сложного, захватывающего и бросающего нам вызов одновременно:

«Интеграция мозга и тела означает, что нам нужно воспринимать наших клиентов и взаимодействовать с ними на нескольких разных уровнях, большинство из которых находятся за пределами нашего осознания. В процессе терапии, у всех участников происходят биохимические, клеточные, поведенческие и психологические изменения. Ни один из этих уровней не является более важным, чем любой другой. Процессы на каждом из этих уровней влияют друг на друга, снизу вверх и сверху вниз и развиваются параллельно во времени. Большинство восприятий обрабатываются бессознательно, и наша нервная система

инициирует или запускает многие психические и соматические реакции без нашего осознания» [с. 64].

6. Клинические виньетки

Эти короткие клинические зарисовки показывают некоторые из этих новых концепций в действии, взятые из различных сеансов терапии:

1-я виньетка. Л. приходит в возбуждение и восторг от возможности посетить своего нового парня, который живет в другом городе. Ее лицо и тело выглядят действительно живыми. Я чувствую тепло и радость, приходящие ко мне в область груди (эмпатическая настройка), так как эти отношения являются результатом глубокого процесса заживления раны, нанесенной оскорбительным поведением её отца. Она чувствует себя счастливой после долгого мрачного периода. Мы обе разделяем ее живость, и я пытаюсь помочь ей справиться с этим состоянием, чтобы она ощутила лучше свои ноги и ступни и почувствовала, как дыхание в ее груди спускается к ее тазу, и мы дышим вместе и разделяем этот момент блаженства. На следующей сессии, после того, как встреча с ее новым парнем прошла хорошо, она приходит в отчаянии и страхе. Она чувствует, что ее эмоции слишком сильны, и она очень боится, что когда её сердце откроется, оно будет ранено. Результатом является беспокойство и страх перед неспособностью удержать всю эту интенсивность, не чувствуя себя потерянной. Я чувствую ее боль в груди и интуитивно предполагаю, что работа с дыханием и контактом поможет ей заземлиться (справиться с ситуацией) и поможет контейнировать это разбалансированное состояние, чтобы переместиться в более регулируемое внутреннее место. Мы создали хороший терапевтический альянс, и я пытаюсь затронуть её обращенными к ней словами и предлагаю ей контактировать своими ступнями с моими ступнями, когда она дышит. Она соглашается, и постепенно ее дыхание становится более глубоким и успокаивающимся, и она восстанавливает место внутреннего самообладания, которое она потеряла. Она остается более расслабленной и понимает, что заставляет ее чувствовать себя неуправляемой. Я чувствую облегчение и расслабление в спине.

2-я виньетка. Н. сохраняет отстраненное³³, застывшее выражение лица и неподвижность в теле, его глаза также неподвижны и сосредоточены на мне. Когда он говорит, его щеки и рот почти неподвижны, а глаза напряжены, пусты и зафиксированы. Часто в начале сеанса у меня появляется неловкое ощущение, напряжение в груди и ощущение того, что его пронизывает его пронизательный взгляд, который нередко выбивает меня из колеи. Его голос однообразен, ровен, без эмоциональных красок. Я не считаю его легким клиентом, и я часто ощущаю напряжение в спине, поскольку я не чувствую себя в полной безопасности. Я должна быть настороже. Мой соматический контрперенос легко активизируется. Я могу перейти от переживания сочувствия реальному раздражению, так как физические движения становятся механическими и бесполезными. Временами у меня возникает фантазия о том, чтобы встряхнуть его, когда он заставляет меня чувствовать себя никчемной, но мое чувство соответствует такому же бессилию и бессмысленности, которое он испытывает, совершая любое движение в своей жизни в различных сферах, как и в попытках выразить себя во время сеанса терапии. Он испытывает постоянное недовольство своей жизнью, своей работой, своими отношениями и, очевидно, своей терапией со мной. Он не может сделать какое-либо движение в своей жизни к более удовлетворительному положению, и иногда я чувствую ловушку контрпереноса, вызванного его неподвижностью. Создание взаимной связи – нелегкая задача, а довольно сложный процесс, в котором мы двигаемся в зачастую дисгармоничном танце продвижения немного ближе (он менее напряженный и более открытый), за которым следует срыв (он удаляется от контакта), который ведет нас врозь. Я чувствую его отдаленность, и я еще не нашла, как создать мост к

его бронированному сейфу. Он редко чувствует или выражает эмоции и часто замыкается в крепости, построенной в своем сознании. Тем не менее мы оба пытаемся продолжать, пробираясь через все эти сложности. Иногда я чувствую себя немного ближе, я дышу и немного расслабляюсь, иногда я не могу связаться с ним, чтобы найти небольшую брешь, чтобы проникнуть в его крепость. Я использую свою соматическую настройку, эмпатическое отношение к этому потрясенному маленькому мальчику, который видел, как его отец угрожал его матери винтовкой. Мои глаза, тихий и спокойный голос, положение тела я использую для того, чтобы передать ему послание, что он в безопасном месте, и я не собираюсь причинить ему вред, пока мы пытаемся продолжать.

Эти короткие клинические виньетки являются небольшими примерами того, как взаимосвязанные процессы переноса и контрпереноса взаимодействуют, как могут быть построены мосты, как они могут быть разрушены или повреждены, и, самое главное, как мы, как терапевты, используем нашу соматическую и эмпатическую настройку в наших попытках восстановить эти разрушенные мосты.

7. Заключение.

Мы проделали долгий путь, и процесс продолжается. Биоэнергетический взгляд на терапевтические отношения и свойственные им процессы переноса / контрпереноса был преобразован и расширен под воздействием представленных выше новых концепций и теорий, не теряя того, что нас определяет как биоэнергетических терапевтов. Мы больше не нацелены видеть пациента только как энергетическую систему, чьи блоки должны быть освобождены. Мы знаем, что физические блоки являются проявлением подавленных эмоций, и мы считаем, что очень важно работать с ними, но при изменился сам подход, в котором мы справляемся с ними. С этой новой точки зрения мы не рассматриваем пациента как изолированную энергетическую систему, но мы видим, что пациент и терапевт вовлечены в сомато-сенсорную intersубъективную систему, взаимно влияющую друг на друга, которая подвергается как воздействию, так и трансформации. Роль терапевта заключается в том, чтобы помочь пациенту регулировать его/ее внутренние состояния через отношения, а также самому вовлекаться в регулирование ими. Для пациентов с ранними довербальными проблемами фокусировка на сомато-сенсорных сигналах может быть чрезвычайно полезной, а иногда и единственно возможной. Теперь мы можем рассмотреть наши биоэнергетические инструменты и получить понимание, подтвержденное исследованиями. Теперь мы знаем, как наша работа в воплощенных в телесности отношениях может изменить нейронные схемы человека, его/ее восприятие, эмоции и то, как он/она проявляет себя в мире. Мы давно знаем, как можно сдерживать эмоции и регулировать их посредством физического контакта в терапевтических отношениях, теперь у нас есть научные исследования, которые подтверждают наше понимание.

Перенос и контрперенос включают в себя все те сомато-психические взаимодействия, которые мы уже знаем, но теперь они трактуются в intersубъективном смысле – как происходящие в настоящих отношениях здесь и сейчас. Нам нужно больше узнать о том, как мы, биоэнергетические аналитики, можем использовать наше собственное тело и эмоции в качестве терапевтических инструментов, чтобы резонировать с телом и эмоциями наших клиентов. Как говорит Боб Льюис, нам нужно больше распознавать все эти тонкие сообщения тела, которые многократно остаются нераспознанными. Мы прошли долгий путь (и он еще не закончен): от наблюдаемого со стороны отдельного тела – к телу отношений, от структуры тела до тел в резонансе. Я сопровождала вас в путешествии, которое сейчас завершается: мы прошли от вклада биоэнергетических аналитиков в тему терапевтических отношений и специфики процессов переноса/контрпереноса – к рассмотрению влияния новых теорий на биоэнергетический анализ и конкретные последствия этого. Я надеюсь, что вы нашли это полезным.

Фина Пла (Fina Pla)

Барселона, октябрь 2016

Фина Пла - клинический психолог, местный тренер ACAB (Associació Catalana en l'Anàlisi Bioenergètica) в Барселоне, обучалась гештальт-терапии и лаканианскому и реляционному психоанализу. Практик EMDR. Она отвечает за центр психотерапии ALENAR в Барселоне.

Почта: fpla@copc.cat

Библиографический список:

Brien, M. (2001) Corps en R sonance, Le Corps et l'Analyse vol.2 № 2.

Carlino, L. (1993) The Therapist's Use of Self IIBA Journal №5.

Case, L. (2000) When Trust becomes Distrust and Other Perils of Countertransference. IIBA Journal №11.

Clauer, J. (2016) Elements of Comprehending Change- Processes in BA From Isolated Self-Regulation to Interactive Regulation: Embodied Resonance (Empathy) and Physical Encounter IIBA Clinical Journal № 26

Frechette, L. (2004) Countertransference, How to use it energetically?(teaching material)

Guillermes, J.M. (1994) Contre-Transfert Corporel chez Freud, chez Reich,...Aujourd'hui Les Lieux du Corps № 1.

Heinrich, V. (1999) Physical Phenomena of Countertransference. Therapists as a Resonance Body IIBA Journal № 10.

Hilton, B. (1997) Countertransference: An Energetic and Characterological Perspective in Relational Somatic Psychotherapy 2007, ed. by Michael Sieck.

Hilton, B. (2007) My Body of Work Part Two, Relational Somatic Psychotherapy ed. M. Sieck.

Hilton, B. (1997) Countertransference: An Energetic and Characterological Perspective, Relational Somatic Psychotherapy ed. by M. Sieck.

Hilton, B. (2000) Bioenergetics and Modes of Therapeutic Action, Relational Somatic Psychotherapy ed. by M. Sieck.

Keleman, S. (1986) Bonding ,a Somatic-Emotional Approach to Transference, Center Press Berkeley.

Klopstech, A. (2000) The Bioenergetic Use of a Psychoanalytic Concept of Cure IIBA Journal № 11.

Klopstech, A. (2005) Catharsis and Self-Regulation Revisited. Scientific and Clinical Considerations IIBA Journal №15.

Klopstech, A. (2008) Bioenergetic Analysis and Contemporary Psychotherapy Further Considerations IIBA Journal № 18.

Klopstech, A. (2009) So Which Body Is It? The Concepts of the Body in Psychotherapy IIBA Journal.

Koemeda-Lutz, M. (2012) Integrating Brain, Mind and Body: Clinical and Therapeutic Implications of Neuroscience IIBA Journal № 22.

Lewis, B. (2004) Projective Identification Revisited, Listening with the Limbic System IIBA Journal № 14.

Lewis, B. (2005) Anatomy of Empathy IIBA Journal №15.

Lewis, B. (2012) Neurobiological Theory and Models. A Help or Hindrance in the Clinical Encounter IIBA Journal № 22.

Messler Davies, J. (1999) Getting Cold Feet, Defining "Safe Enough Borders: Dissociation, Multiplicity and Integration in the Analyst's Experience. The Psychoanalytic Quarterly (184-208)

Pla, F. (2011) Contribuciones desde la Teor a del Apego al An lisis Bioenerg tico. Paper presented at Jornadas Ib ricas de An lisis Bioenerg tico in Seville (Spain).

Pla, F. (2013) Implicaciones de la Teor a del Apego y las Neurociencias en la Comprensi n de la Relaci n Terap utica (Implications of Attachment Theory and Neurosciences in The Understanding of the Therapeutic Relationship). Paper presented at the Jornadas Ib ricas de

Análisis Bioenergético en Valencia (Spain).

Resneck Sannes, H. (2002) Psychobiology of Affects Implications for a Somatic Psychotherapy IIBA Journal № 13.

Resneck Sannes, H. (2005) Bioenergetics, Past, Present and Future IIBA Journal №15.

Resneck Sannes, H. (2012) Neuroscience, Attachment and Love IIBA Journal № 22.

Sassenfeld, A. (2010) Fundamentos de la Relación Psicoterapéutica en la Psicoterapia Corporal Relacional Rev. GPU, 6,1:51-62.

Schroeter, V. (2016) Polivagal Theory, Introduction for Somatic Psychotherapy. IIBA Journal № 26.

Shapiro, B. (2000) Will Iceberg Sink Titanic? Avoiding Collisions and Collusions Instigated by The Dark Side of Client and Therapist: A Bioenergetic Approach IIBA Journal № 11.

Soth, M. (2004) Embodied Countertransference, Michael Soth webpage.

Sykes, M. Turner, L. (2011) The Attuned Therapist The Psychotherapy Networker. Vol. 35, №2,

Tonella, G. (2008) Attachment, Transference and Countertransference (2008) PDW Holland Writings.

Warnecke, T. (2011) Stirring the Depths: Transference, Countertransference and Touch, Body Movement and Dance in Psychotherapy Journal vol.6, № 3.

Wink Hilton, V. (1987) Working with Sexual Transference IIBA journal № 13.

Источник:

Pla, F. (2017). From body structure to bodies in resonance. *The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis*, 27, 71–110.

DOI: <https://doi.org/10.30820/0743-4804-2017-27>

<https://bioenergetic-analysis.com/issue/view/0743-4804-2017-27>