

Международный институт
биоэнергетического анализа (ред.).

Биоэнергетический анализ
2015 (25)



Psychosozial-Verlag

Психосоциальное издание

Винсентия Шретер, Маргит Коемеда-Лутц,
Ма Насименто (ред.)

Биоэнергетический анализ¹

Клинический журнал
Международного института биоэнергетического анализа
(2015) выпуск 25

Original edition

©2015 Psychosozial-Verlag, Gießen, Germany

info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Все права защищены. Никакая часть этой публикации не может быть
воспроизведена без письменного разрешения издателя.

Эскизный проект обложки Ханспетер Людвиг, Вецлав

www.imaginary-world.de

напечатано в Германии

¹ Перевод Екатерины Гайдай
Литературный редактор Мария Ремизова
Редактор Ангелина Сарматова (СБТ)

Содержание

Письмо редактора

За кулисами

Клинического журнала биоэнергетического анализа

5 главных редакторов о 30-летнем опыте работы 1984-2014 гг.

Тело и телесная психотерапия в глобальном мире

Кристоф Хелферих

Биоэнергетическая самопомощь для терапевтов

Между открытостью и установлением границ

Вита Хайнрих-Клауэр

«Энергетика» терапии супружеских пар

Гарет Бедросян

Значение интеграции пре- и перинатальных проблем в биоэнергетический анализ

Вера Фаузер

Ощущение нелепости и чувство стыда в физических переживаниях во время анализа

Джузеппе Кардеzza

Рецензентами этого номера были:

Маргит Коемеда,

Ма Насименто,

Винсентия Шретер,

Тарра Стариэлл

Письмо редактора

Добро пожаловать на 30-ю годовщину и в 25-й выпуск «Биоэнергетического анализа», клинического журнала ПВА. Редакторы прошлых лет приглашают вас прочитать их истории, как создавался этот журнал, во вступительном очерке. Я же призываю вас читать журнал ПВА и писать для него, представляю изменения, подвожу итоги этого тома, приглашаю посетить следующую конференцию ПВА и выражаю свою благодарность другим редакторам.

Публикация статьи:

Если у вас есть исследовательский проект, философская точка зрения или новая клиническая перспектива, которые вы хотите обсудить в рамках биоэнергетики и в более широком психологическом сообществе, журнал – подходящее пространство для выражения ваших идей. Статьи принимаются с 1 июня по 1 сентября, затем анонимно рецензируются и редактируются перед отправкой всего номера в печать 1 декабря каждого года.

Чтение:

Возможно, в перерыве между клиентами, врач берет журнал и читает статью. У него в голове возникают свежие идеи, он вдруг видит тему в новом свете, и это может помочь ему на следующем клиническом сеансе. Меня вдохновляли многие статьи, они пробуждают во мне энтузиазм и верность работе, которую мы делаем.

Перемены:

Поскольку мы продолжаем расти и меняться как сообщество, меняется и журнал. Совет директоров решил, что весь номер 2015 года будет переведен на португальский. Каждый год будет выбираться новый язык, на который будет переводиться журнал. Это углубит работу между отдельными людьми и будет способствовать более широкому распространению знаний в сообществе.

Краткое содержание статей:

Авторы из Германии, Италии и США предлагают множество интересных тем. В статье «Тело и телесная психотерапия в глобальном мире» Хелферих продолжает диалог с темой Насименто из ее прошлогоднего доклада о биоэнергетическом взаимодействии с настоящим временем в истории. Хайнрих-Клауэр представляет результаты нейробиологических исследований соматических эффектов резонанса и предлагает биоэнергетические техники самопомощи для терапевтов. Бедросян делится обширной информацией, сравнивая три типа и множество техник энергетической работы с пациентами. Кардеzza исследует чувство стыда и ощущение нелепости в связи с физическими аспектами биоэнергетической терапии. Наконец, Фаузер предлагает глубокое исследование пре- и перинатальных проблем в биоэнергетическом анализе, дополненное примерами конкретных случаев.

Конференция ПВА 2015: «Страх любви – страх жизни»

Следующая конференция ПВА состоится 19-23 августа 2015 года в прекрасном Порту-де-Галиньяс, Пернамбуку, Бразилия. Там очень красиво, а отель находится прямо на пляже.

Объявление от комитета конференции с приглашением принять участие:

«Присоединяйтесь к нам, чтобы получить возможность поразмышлять и обсудить истоки и мотивы нашего чувства страха, которое мешает нам жить в полной

радости и препятствует установлению безопасных и любящих связей. Примите участие в этой международной конференции, где будет место различным взглядам и опыту по теме: интеграция работы разума и тела как агента изменений в личных и семейных отношениях, социальных вопросах, экологии, нейронауке и психосоматике.

Получите следующие преимущества от участия в конференции:

- Насладиться от общения с коллегами и обмена знаниями.
- Увидеть прекрасные города Ресифе и Порту-де-Галиньяс, Бразилия.
- Узнать, что происходит в других частях мира в сфере БА.
- Узнать, чем творческим и инновационным занимаются ваши коллеги-биоэнерготерапевты.
- Узнать, как развивается БА в других частях света, за пределами вашего общества, страны и региона.

Станьте частью глобального сообщества ИВА. Создайте новые партнерские отношения. Эта конференция проходит в Бразилии только раз в 6 лет, так что не пропустите! Зарегистрируйтесь сейчас, если вы еще этого не сделали. Кроме того, мы отлично проведем время, танцуя и радуясь встрече с новыми друзьями!».

iibaconference.org/registration-fees/

Благодарности:

Хочу поблагодарить тех, кто оказал помощь в создании этого выпуска. В-первых, спасибо всем авторам, включая редакторов прошлых лет, за вклад в его содержание. Трио редакторов вернулось, в этом году эту работу со мной разделили Маргит Коемеда и Ма Насименто. В число рецензентов вошли редакторы, а также Тарра Стариелл. Хочу поблагодарить переводчиков аннотаций. Это Сильвия Нуньес, Фина Пла, Мария Розария Филони, Ги Тонелла, Луиз Фрешетт, Виолет де Клерк и Улла Себастиан. Моя особая благодарность 7-летней Люсианне Йинг, которая нарисовала рыбок, изображенных на обложке. Я познакомилась с ней, когда меня пригласили представить биоэнергетику в Гонконге. Она – дочь студента, участника пятидневного семинара, который я проводила в июне 2014 года. Поскольку биоэнергетика вновь распространяется в Азии, полюбуйте на фотографию Люсианны, художника обложки 25-го выпуска «Биоэнергетического анализа».

Винсенция Шретер, доктор философии
Эскондидо, Калифорния, США,
13 ноября 2014 г.



За кулисами

клинического журнала биоэнергетического анализа

5 главных редакторов о 30-летнем опыте работы 1984-2014 гг.

Введение

2015 год – год выхода 25-го выпуска клинического журнала «Биоэнергетический анализ». В 2015 году мы отмечаем также 30-ю годовщину журнала.

В честь этого юбилея мы приводим список главных редакторов, которые на протяжении многих лет стояли у руля, обеспечивая выход журнала, содержащего письменные материалы для сообщества биоэнергетиков. Журнал публиковал новейшие идеи в этой области, творческое использование новых и классических техник, статьи, сопоставляющие биоэнергетику с другими направлениями психотерапии и философии, исследования в рамках психотерапии и за ее пределами. На протяжении многих лет разные авторы брали интересующие их темы и придавали им новые краски и формы, внося свой вклад в общую копилку знаний, вдохновляющих нас в биоэнергетическом сообществе.

Список главных редакторов:

Фил Хелфаер: 1985-1990

Эд Сваста: 1991

Лесли Кейс: 1992-1993

Джон Конгер: 1995

Мики Франк: 1996

Джон Когнер: 1997-2004

Маргит Комеда: 2005-2007

Винсентия Шретер: 2008-настоящее время.

У всех нас была команда редакторов, рецензентов и корректоров, которые каждый год помогали нам выполнить задачу выпустить журнал. Как и авторы, все эти люди играют важную роль в процессе ежегодной работы над выпуском. Я попросила бывших руководителей прислать их воспоминания, и вот некоторые из них, чтобы вы знали о жизни редакции.

Захватывающее время: Первые выпуски Биоэнергетического журнала (Филипп М. Хелфаер, доктор философии)

Я смотрю на большую черно-белую фотографию, для меня она связана с теплыми воспоминаниями. Она сделана 9 мая 1984 года – так что это не цифровое фото, отправленное со смартфона; – на обычную пленочную камеру. На снимке двое мужчин, стоящих рядом, практически плечом к плечу. Более молодой слева, слегка развернувшись к старшему, держит в руках буклет и выглядит очень взволнованным и счастливым. Он смотрит на зрителя. Пожилой, тоже кажущийся довольным и счастливым, рассматривает буклет. Младший мужчина – это я в более молодой версии, а старший – доктор Александр Лоуэн, основоположник биоэнергетического анализа. Судя по дате, мне 50, а Лоуэну – 74. Место, где была сделана фотография, – Либерти, Нью-Йорк, США, на курорте Гроссинджер. Повод – презентация самого первого номера, выпуск 1, номер 1, журнала «Биоэнергетический анализ: Клинический журнал Международного института биоэнергетического анализа». Возможно, кому-то из читателей понравится история, как это событие произошло и как оно чуть не произошло.

Году в 1983-м я получил письмо, кажется, от Эда Свасты, который в то время был

помощником директора института. В нем сообщалось, что исполнительный комитет (Эд, Лен Хочман, Вивиан Гуз, Мирон Колтув и доктор Лоуэн) согласился предоставить мне возможность основать журнал – что, по их словам, я и предложил. Для меня это было новостью. Мы с доктором Лоуэном обсуждали идею журнала, мы оба считали, что это идея хорошая. Насколько я помню, на том все и закончилось. Как бы то ни было исполнительный комитет приглашал меня приехать в Нью-Йорк – встретиться и рассказать о «своих планах». Я поехал в Нью-Йорк. Комитет обсудил разные вопросы бизнеса, а затем идею издания журнала. Они пришли к согласию, что задачу по его запуску должен взять на себя я. Я попросил выдать мне 5 000 долларов – большие деньги по тем временам, – чтобы нанять секретаря и купить компьютер. Просьбу удовлетворили. Я вернулся домой и стал думать, что делать дальше.

Как создать с нуля профессиональный журнал для организации, которая никогда не издавала журналов? Я не имел ни малейшего представления. В то время еще не было Интернета, где можно узнать про все на свете. Моим первым деянием в качестве редактора стало приобретение книги под названием «Чикагское руководство по стилю». Этот огромный толстый справочник был (и остается) одной из библий издательского дела. Я изучил его от корки до корки.

К счастью, я нашел подходящего человека, живущего в нашем маленьком городке в Массачусетсе, который согласился выполнять секретарскую работу. Я купил один из первых домашних компьютеров, который назывался «Kay Pro». Вы должны понимать, что это было самое начало информационного века и домашних компьютеров. Этот «Kay Pro» был невероятно сложной штукой, которую нужно было программировать для каждой операции, поскольку у него не было памяти. Я нанял еще одну девушку, которая была заинтересована в освоении этого компьютера, и она помогла нам справиться с первой парой выпусков. Через несколько лет я купил себе первый «Apple Macintosh», тот самый, который вывел «Apple» на первое место, и научился им пользоваться.

Первые выпуски журнала делались буквально вручную. Нам приходилось выполнять все этапы издательской работы: печатать рукописи, делать «макеты», или «выклейки», каждой страницы, поручать графическому дизайнеру делать обложки, и, конечно, я занимался еще и редактированием. Для первых двух выпусков мы даже взяли на себя рассылку экземпляров. Все это мы делали в нашем доме в Пепперелле. К счастью, у нас была комната внизу, которую мы отвели под редакцию. Нужна была печать. Я нашел одного из тех уникальных людей, которые приезжают в маленькие сельские городки и развивают типографский бизнес. Он жил в большом, насквозь продуваемом старом фермерском доме в Таунсенде, штат Массачусетс. У него был такой же большой, старый, еще более ветхий сарай. Сарай был забит старыми печатными машинами, потрясающими огромными станками, которые могли набирать шрифт и печатать тысячи страниц. Не помню, сколько их было в первом «тираже» журнала – может, 1500, может, больше, в любом случае много коробок.

Мне показалось, что они вышли великолепно.

Уверен, вы мне поверите, если я скажу, что это была большая работа. Для первого выпуска мы с Велмой, моей женой, погрузили несколько коробок с журналами в машину, когда ехали в Гроссинджерс на конференцию, которая проводится раз в два года. Я был так взволнован, что привез журнал на конференцию, что не мог спать.

Думаю, это был первый полный день конференции. В том году конференцию проводило Нью-Йоркское общество, и на заседании председательствовал кто-то из этой группы. Я подошел к нему и попросил пятиминутный перерыв в программе, чтобы представить журнал. Он отказал. Он сказал: «Все, что я могу сказать, это то, что, если вы сделаете пятиминутный перерыв в заседании, он станет известен как "перерыв памяти Фила Хелфаера"». Меня эта странная угроза не ошеломила, я знал, что дело слишком важное, чтобы его откладывать, и пошел к доктору Лоуэну. Мы пришли на

встречу вместе, он представил меня, а я представил журнал.

Меня поразила реакция всех присутствующих (или почти всех). Все были в восторге. По этому случаю мы предложили экземпляры на продажу по 5 долларов! Я объявил, что экземпляры можно будет приобрести по окончании сессии. Когда сессия закончилась, все бросились в приемную, чтобы купить экземпляр. Это был замечательный момент. После конференции пришлось заняться рассылкой экземпляров подписчикам. Первые пару выпусков мы делали это вручную. Это было неподъемно для одного человека.

После второго выпуска я сказал исполнительному комитету, что придется найти другой способ выпуска и распространения. Рут Маккензи, которая долгое время была секретарем доктора Лоуэна, согласилась взять эту работу на себя.

Каждый из нескольких первых выпусков был похож на триумф вопреки огромным трудностям. Получить материал было нелегко. Рукописи должны были быть представлены в напечатанном виде. После того, как у меня появился «Macintosh», люди могли присылать дискеты, но я не помню, когда это стало возможным. Практически никто из пожилых терапевтов и инструкторов не имел привычки писать, и было трудно получить достаточно материала, чтобы заполнить номер квалифицированными статьями. Я заполнил первые несколько выпусков довольно большим количеством материалов, которые доктор Лоуэн написал до того, стремясь развить свою работу.

Такова история зарождения журнала ПВА. Создание журнала значило для меня очень много. Я до сих пор горжусь этим достижением и теми первыми шестью номерами, которые я редактировал.

А закончу я этот рассказ вот чем. В первых шести номерах журнала есть несколько статей, имеющих непреходящую ценность, некоторые из них включены в недавнюю подборку. В частности, я рекомендую нынешним читателям этого журнала некоторые из работ Александра Лоуэна. В частности, «Случай мигрени» (выпуск 1, номер 2), «Психосоматическое заболевание» (выпуск 2, номер 1) и «Вступительное слово о нарциссизме, сексуальности и культуре» (выпуск 3, номер 2). Эти статьи прекрасно демонстрируют внимание доктора Лоуэна к энергетическим телесным процессам, важные изменения энергетических процессов в ходе терапии, включая связанные с болезнью, исключительную важность внимания к сексуальности, способность «видеть человека» как самое основное условие терапии, а также отношение доктора Лоуэна к ощущаемому присутствию терапевта как реального человека в терапевтической диаде.

Журнал ПВА за 1992 и 1993 гг. (Лесли Кейс)

Я стала вторым редактором нашего журнала. Меня удивило, когда меня пригласили, поскольку в то время я не публиковала ни книг, ни статей и не имела опыта редакторской работы. Тем не менее я согласилась – с волнением и трепетом – и получила разрешение Исполнительного комитета, чтобы со мной работала моя сестра (писатель/редактор).

Это был сложный опыт – последовать за Филом Хелфаером, ученым-райхианцем и лоуэнианцем, оригинальным мыслителем, писателем, страстной личностью, создателем и редактором нашего журнала в течение шести лет.

Потребовалось время, чтобы найти свой собственный путь. Я придумала новое оформление обложки и новое название. Оформление было смелым и красочным, с лиловым фоном. Лиловый цвет окружал эмблему биоэнергетики. Журнал теперь назывался просто «Журнал». Но «Ж» было огромного размера.

У меня не было редакционных консультантов как у Фила. Мне нравилась идея снова и снова встречаться с автором каждой статьи, работать вместе, чтобы сделать

статью как можно лучше. Некоторым авторам нравилось такое взаимодействие, другим казалось, что я контролирую их слова, и им это совсем не нравилось.

В основном, журнал имел ту же направленность, что и раньше – общение внутри биоэнергетического сообщества, распространение его идей, теорий и практик среди других людей за пределами нашей сферы. В журнале продолжали публиковаться тематические исследования и обзоры книг. Я добавила новый раздел «Короткие статьи» для стихов и анекдотов, кратких эссе и разных записей, а также раздел «Письма редактору».

Я призвала участников присылать мне примеры из жизни людей, с которыми они работали, рецензии на книги, которые имели для них значение, творческие материалы для раздела «Короткие статьи», а также высказывать свою точку зрения на журнал в целом и на конкретные статьи, комментировать, если статья тронула или возмутила. Я надеялась на обмен мнениями со всеми членами нашего журнала.

Ответы были обнадеживающими: признание, что за Филом Хелфаером трудно угнаться; благодарность за включение мягких красок, женского начала в биоэнергетику, чтобы уравновесить красивое, мужественное присутствие Филя; признательность за содержание и изящный формат; восхищенное изумление тем, что я включила стихотворение в первый номер; и то, что сделало мой день: «Прекрасно. Возбуждающе. Сексуально». То, что я не услышала, но представила: Журнал был «недостаточно профессионален». Хотя до реорганизации ПВА оставались годы (Арль, 2000), росло желание усилить наши связи с другими профессиональными организациями, и красивый, захватывающий, сексуальный журнал был совершенно не тем способом, каким можно этого добиться.

Джон Конгер, 1995 и 1997-2004

Когда я перешел в редакцию от Нью-Йоркского руководства, в журнале, судя по всему, публиковался довольно узкий круг авторов. Секретарь Лоуэна набирала заявки, цена печати была высокой. Я внес несколько важных изменений, чтобы авторы представляли законченные работы и получали журнал за полцены. Я также старался, чтобы в журнал писали представители широкого международного сообщества. Тон журнала стал более неформальным и доступным, чтобы читать его могли студенты, а не только избранные. В то время, когда я передал руководство журналом, в Европе возникла необходимость, чтобы журнал представлял биоэнергетику как серьезный научный процесс. Я учился на психоаналитика и был рад передать журнал, чтобы он занял новое положение.

Маргит Коемеда, 2005-2008

Спустя пару десятилетий экспансии и творчества, в восьмидесятые и девяностые годы, европейские организации здравоохранения попытались «профессионализировать» психотерапию, и это становилось все труднее для биоэнергетического анализа, который, согласно стандартам АРА, не относился к «доказательным» подходам. Это произошло потому, что у нас не было повторного поиска, а именно не было РКИ (рандомизированных контролируемых исследований) и других количественных исследований, чтобы остаться в числе признанных подходов.

Швейцарское общество потратило много времени и усилий, отслеживая постоянно меняющиеся требования и стараясь оставаться на связи с развивающимися силами в процессе психотерапевтической профессионализации. Хьюго Штайнман и я активно участвовали в этом процессе до 2002 года, когда Хьюго был избран президентом ПВА. Впервые в истории ПВА президентом стал европеец. Были предприняты усилия

по реорганизации Института и созданию более демократичных структур.

В это время росло понимание, что члены ПВА принадлежат к разным культурам и говорят на разных языках. Поскольку я работала в других редакционных советах научных журналов в немецкоязычных странах, однажды Хьюго спросил меня, не соглашусь ли я взять на себя обязанности редактора журнала «Биоэнергетический анализ».

Чтобы распространить наш телесно-ориентированный подход в более широкой профессиональной среде, я решила, что у нас должна быть издательская компания для журнала. Я уже обращалась к некоторым из них с книгой по биоэнергетическому анализу, которую редактировала незадолго до того. Издательство «Psychosozial-Verlag» в Гиссене, Германия, наконец, согласилось напечатать «Биоэнергетический анализ» по разумной цене. Барбара Бендель, наш высоко ценимый в то время администратор ПВА, согласилась разослать экземпляры нашим членам.

Что я не до конца понимала, так это сложность редакторской работы на языке, который не был для меня родным. К счастью, Винсентия Шретер с самого начала присоединилась к нашей редколлегии и помогала с переводом статей на английский. Ма Насименто из Бразилии тоже присоединилась к редколлегии и организовала перевод нашего первого совместного выпуска на португальский. Таким образом, новая редколлегия представляла как минимум три континента – Европу, Северную Америку и Южную.

После трех выпусков я с радостью передала полномочия главного редактора Винсентии, поскольку она носитель английского языка и прекрасно справляется с редактурой статей, которые изначально были написаны на других языках, а затем переведены на английский. Мы с Ма остались в совете директоров (Ма с перерывом в несколько лет, пока она работала в Совете директоров ПВА), и мы втроем сотрудничаем в очень конструктивном и приятном ключе.

Размышления о работе главного редактора (Винсентия Шретер, 2008-2015)

Я проанализировала 8 лет своей работы в качестве главного редактора, и вот некоторые из моих мыслей, когда я просматривала выпуски.

2008: В 2007 году конференция ПВА проходила в Испании. Это была моя первая поездка в Испанию, на родину моих бабушки и дедушки. В лоуэнианском духе заземления на обложке журнала изображена моя нога, впервые ступившая на землю предков. Я многому научилась у Маргит, когда она помогла мне перейти на должность главного редактора. Мы изменили инструкции для авторов. В первые же года все материалы стали приходить в цифровом виде, необходимости в бумажных копиях уже не было. Маргит и Ма были моей бесценной командой редакторов, пока я осваивалась на новой должности.

2009: Наш основатель Александр Лоуэн умер 28 октября 2008 года, незадолго до выхода в печать этого выпуска, что очень огорчило всех нас. Мы впервые приняли статьи от студентов, проходящих обучение, чтобы познакомить читателей с письменными работами, написанными в рамках учебных программ ПВА.

2010: На обложке была помещена фотография Александра Лоуэна на зеленом фоне, а в номере появились заметки, посвященные его кончине. Новым дополнением, присланным попечительским советом, стал перевод английских аннотаций всех опубликованных работ на 6 языков для неанглоязычных членов.

2011: Помимо профессиональных статей мы включили три обзора книг и раздел, посвященный творчеству, где были представлены стихи, вдохновленные концепциями биоэнергетики.

2012: Большинство докладов представляли собой основные тезисы или статьи с конференции ПВА 2011 года в Сан-Диего, Калифорния, США, где присутствовали представители 32 стран.

2013: В этом году умерли выдающиеся члены ПВА Фрэнк Хладки, Элейн Тучилло и Дэвид Кэмпбелл, и мы увековечили их память в этом выпуске. Последняя статья Элейн опубликована в этом номере.

2014: Многие статьи были первоначально представлены на конференции ПВА 2013 года на Сицилии. Три статьи были написаны бразильскими коллегами, включая одну классическую работу по энергетике ядра. Три статьи были из США и одна из Германии, и это доказывает, что продолжают звучать разные голоса.

Меня попросили объяснить, почему мы занимаемся этой неоплачиваемой работой:

Лично мне, хотя я делаю это медленно, нравится редактировать и вычитывать каждую строчку статьи. Моя цель – сделать статью как можно более понятной для читателя, сохранив при этом оригинальный голос автора. Иногда я чувствую разочарование, когда трачу 10 и более часов на вычитку одной статьи. А потом чувствую смирение, когда вспоминаю, что эти авторы часто пишут научные статьи на английском, и для некоторых из них – это второй, третий или четвертый язык, тогда как я сама могу писать только на английском.

Резюме

Как вы можете видеть из этих заметок редакторов, за тридцать лет изменился облик журнала, а вместе с ним и его лицо. Мы по-прежнему открыты для новых разработок и современного мышления в форме статей, если они основаны на теориях и практике биоэнергетического анализа, изначально разработанного нашим уважаемым основателем Александром Лоуэном.

Тело и телесная психотерапия в глобальном мире

Кристоф Хелферих

Тезисы

Реальность глобального мира оказывает глубокое влияние на телесную психотерапию, подвергая сомнению такие фундаментальные понятия, как «природа», «тело» и «личностная идентичность». В данной статье исследуются эти изменения, в частности, рассматриваются три момента:

а) концепции «тела» и «природы» у отцов-основателей телесной психотерапии; б) вызов этим концепциям со стороны передовых технологий и виртуальной коммуникации; в) задача телесной психотерапии сегодня: повысить осознание важности как внешней «природы» вокруг, так и нашей внутренней, телесной «природы», которую уже невозможно воспринимать как должное, она должна стать объектом нашего выбора и образа жизни. В разделе «Клинические аспекты» автор представляет технику «заботливого контакта», которая позволяет пациенту глубоко пережить собственную телесную сущность.

Ключевые слова: телесная психотерапия, глобальная деревня, природа, выбор, заботливый контакт

Предисловие

Я был приятно удивлен, обнаружив статью Ма Насименто «Современная дилемма психотерапии» в последнем выпуске «Биоэнергетического анализа» (Nascimento, 2014). Поскольку я уже написал вот эту статью, я обнаружил, что мы разделяем многие идеи, получив подтверждение общности нашего мышления задним числом. Одна из таких общих идей – необходимость для нас, биоэнергетических терапевтов, взаимодействовать с историческим моментом, в котором мы живем, или, как выразилась моя коллега: «стремление столкнуться с огромным измерением радикальных культурных изменений, которые мы переживаем, и их влиянием на личность и образ жизни людей» (Nascimento, 2014, с. 15). Более того, я обнаружил удивительную синергию в нашей клинической перспективе, поскольку автор предлагает модель энергетической работы, направленной на «создание более интроспективного характера, помогающего соединению с энергетическим потоком – и это происходит без какого бы то ни было вмешательства или внушения со стороны терапевта» (там же, с. 29). Эта цель полностью совпадает с целями техник воспитывающего контакта, представленных ниже в моих клинических рассуждениях.

Но у наших работ есть и существенные отличия. Если Ма Насименто фокусируется на изменениях в личности и образе жизни, на переходе от «людей, обращенных внутрь из прошлого» к «людям, обращенным наружу из современного общества потребления» (там же, с. 20), я пытаюсь описать общий процесс превращения природы, включая человеческое тело, в артефакт. Также в целом я более осторожно отношусь к оценке всех этих изменений. Я всегда стараюсь помнить, что наша эталонная модель, а именно человек, одаренный внутренней глубиной, – это результат относительно недавней исторической эволюции. Как я отмечал уже в другом месте, эта эволюция тесно связана с подъемом романтизма, символически начинающегося с героя современного общества, Робинзона Крузо Даниэля Дефо (Helferich, 2010). Я еще вернусь к этим отличиям в заключительных рассуждениях. Однако, как я уже сказал, я очень рад, что в нашем биоэнергетическом сообществе начались размышления о «глобальном»

настоящем, и поэтому считаю статью Ма Насименто и свою собственную взаимодополняющими вкладами в общий дискурс.

Введение

Размышления о господствующих тенденциях нашего времени и предположения об их возможном развитии почти неизбежно вызывают беспокойство и даже тревогу – никто не знает, чем закончится это путешествие. Мы знаем только, что находимся в пути, движемся все быстрее и быстрее, как будто нас кружит гигантский Мальстрём, неумолимый водоворот из одноименного рассказа Эдгара Аллана По. Не случайно один из самых на сегодня проницательных социологических подходов называется «Теория ускорения», ее основополагающее положение состоит в том, что в современности «практически не существует сферы жизни или общества, которая не была бы затронута или преобразована стремлением к ускорению» (Rosa, 2012, с. 285; см. также Rosa, 2005, пер. на англ. 2013).

Процесс ускорения требует от человека растущих усилий по интеграции, чтобы идти в ногу со временем и противостоять смутному чувству отчуждения, которое так легко проникает в мир, в котором мы живем. Сказав это, мы уже касаемся некоторых вопросов, центральных для роли психотерапии в глобальном мире, и в частности, много обсуждаемого суждения о ней, сделанного с психотерапевтической точки зрения. В этой связи хочу процитировать известные строки из Нового Завета (Марк 8: 36): «Ибо какая польза человеку, если он приобретет весь мир, а душу свою потеряет?» Предостережение евангелиста побуждает к тщательной оценке процессов коммуникации и познания, свойственных глобальному миру.

Мы должны взвесить возможные преимущества развития технологий и информации (прежде всего, расширение свободы общения и самовыражения), но также и возможные опасности и темные стороны «глобальной деревни», касающиеся личности человека, его восприятия себя и мира, его отношения к собственному телу. Мы также должны помнить, что глобальный мир – это лишь материальное выражение еще более глубокой тенденции, тенденции к присвоению, преобразованию и, можно сказать, цифровой «переплавке» всего природного мира, включая человека.

Таким образом, это наводит на размышления о гипотетической потере души, о чем говорит евангелист: психотерапия с ее чувствительными инструментами для восприятия и самовосприятия психических процессов – это привилегированный хранитель интимной стороны личности. Задача психотерапии наряду с философией и социологией – вникать, наблюдать и формулировать теории о влиянии технологического развития на нашу личную и социальную жизнь – на нашу идентичность в самом широком смысле. Сегодня задача различения особенно актуальна в области телесной психотерапии. Поскольку телесная психотерапия явно заинтересована в соматическом измерении пациента, его «телесном бытии», она – больше, чем другие подходы – сталкивается с нашей «бытийной природой». Это происходит потому, что, как гласит меткое определение, «тело – это природа, которой мы являемся» (Böhme, 2003, с. 63). Именно из-за интимной связи с телесной природой пациента телесная психотерапия находится сегодня в особенно трудном положении, как будто у нее из-под ног выбили пресловутую опору, и вынуждена пересматривать свои основные допущения. Действительно, кажется, что последние достижения науки и прикладных технологий, преобладающие тенденции нашего времени в целом, можно подытожить как: «природы не существует». Еще точнее: «того, что мы когда-то называли "природой", больше не существует».

Идея, что «природы больше не существует», дает представление о том, насколько глубоко «глобальная деревня» влияет сегодня на телесную психотерапию. Она затрагивает ее фундаментальные теоретические положения, а также возможную роль в

обществе XXI века. Ниже мы рассмотрим эти изменения, сосредоточившись на трех моментах:

А) Понимание «тела» и «природы» у отцов-основателей телесной психотерапии, особенно Александра Лоуэна.

В) Пересмотр этих вопросов, ставший необходимым в связи с развитием технологий и новой виртуальной реальностью.

С) Новая задача телесной психотерапии: осознание ценности внешней и внутренней «природы», которую, однако, уже не следует воспринимать как нечто само собой разумеющееся, а как объектом выбора и образ жизни.

А. «Тело» и «природа» в трудах отцов-основателей телесной психотерапии

Термин «отцы-основатели» относится к таким фигурам, как Дэвид Боаделла, Герда Бойесен, Джон Пьерракос, Александр Лоуэн и Малькольм Браун, которые каждый по-своему и очень индивидуально интерпретировали, и продолжили наследие Вильгельма Райха. Как известно, оставаясь в поле психотерапии в строгом смысле слова, все их подходы значительно расширяют традиционный аналитический подход, явно и в разных формах включая в процессе терапии телесный опыт пациента. Но, спросят многие, зачем нужно расширять границы устоявшегося аналитического подхода? Зачем вводить в терапию такой опыт и техники, как прямой контакт терапевта и пациента, техники, которые потенциально могут сбить с толку и которыми в любом случае нелегко управлять (Klopstech, 2000; Helferich, 2004; Buti Zaccagnini, 2010)?

В конце концов ответы на эти вопросы можно найти в понимании человека, характерном для телесной психотерапии. Это понимание включает в себя соотношение между «природой» и «культурой» в человеке, точнее, значение человеческого тела как перекрестка двух этих измерений. Как пишет Александр Лоуэн, образцово выражая это общее понимание:

«Цель биоэнергетики – помочь людям вернуть свою первичную природу, то есть состояние свободы, изящества и красоты. Свобода, грация и красота – естественные атрибуты каждого животного организма. [...] Первичная природа каждого человека – быть открытым для жизни и любви. Быть защищенным, бронированным, недоверчивым и замкнутым – это вторая природа нашей культуры. Это средство, которое мы используем, чтобы защититься от боли, но когда такие установки становятся характером или структурируются в личность, они доставляют более сильную боль и наносят более сильную травму, чем та, которая была нанесена изначально» (Lowen, 1975, с. 43-44).

Как видно из этой репрезентативной цитаты, Лоуэн предполагает конфликтную динамику между «первичной» природой человека и «второй», социальной или характерологической. Вокруг этой конфликтной динамики выстраивается ряд антитез, например:

- достижение – удовольствие
- мышление – чувство
- взрослый – ребенок.

Эти антитезы группируются вокруг антиподов «эго» и «тело», которые лежат в основе антитезы «культура»-«природа» (Lowen, 1970, с. 211).

На самом деле эти антитезы покоятся на общем фундаменте, о чем говорит сам термин «биоэнергия»:

«Мы исходим из гипотезы, что в человеческом теле существует одна базовая энергия, в чем бы они ни проявлялась – в психических явлениях или соматическом движении. Эту энергию мы называем просто "биоэнергия". Психические процессы, как и соматические, определяются действием биоэнергии. Все жизненные процессы можно свести к проявлениям этой биоэнергии» (Lowen, 1958, с. 16).

С этой точки зрения можно концептуализировать, как это уже сделал Вильгельм Райх, связь между психическими/ментальными и соматическими явлениями в человеке как «функциональную идентичность разума и тела». И именно вера в жизненную энергию этой телесно-органической основы направляет нашу терапевтическую работу, понимаемую как исправление неизбежных повреждений тела и психики индивида, которые несет культурный процесс: «Биоэнергетика – это терапевтическая техника, призванная помочь человеку вернуться к своему телу как можно полнее насладиться жизнью тела» (Lowen, 1975, с. 43).

В одной из предыдущих статей я назвал это стремление телесной психотерапии к «естественной целостности» (Малкольм Браун) человека (Helferich, 2010) «романтическим наследием». Это попытка примирить, исцелить вековой раскол (schism) между «я» и телом, живым организмом. Здесь нет возможности более подробно останавливаться на этом стремлении, следует лишь уточнить, что мы ни в коем случае не придаем прилагательному «романтический» негативного смысла. Современный человек, наделенный «внутренней глубиной» (Чарльз Тейлор), в значительной степени детище европейского романтизма. Нас куда больше интересует концепция «природы». Конечно, все отцы-основатели телесной психотерапии знают о длительном эволюционном процессе человеческой истории и о необходимости процесса воспитания и социализации, в котором эта история повторяется. И, безусловно, все они осознают, что человеческое тело – ограничительный контур между «природой» и «культурой», элемент окультуренной природы, как и элемент культуры в природном обличье.

Но во всех этих подходах ссылка на «природу» кажется до странности бесхитростной. Она органично вписывается в философскую традицию, которая со времен Аристотеля представляла природу как форму бытия, имеющую внутри себя собственные законы. Чтобы отличить эту идею природы от человеческой *téchne*, Аристотель приводит образный пример софиста Антифонта: «если закопать кровать и гниение приобретет силу, остаточную для того, чтобы появился побег, то вырастет не кровать, а дерево» (Aristotele, 1967, с. 34 [193a]). «Природа», таким образом, рассматривается как нечто изначальное, отличное от культурного человека и предшествующее ему, как автономная сфера бытия. В соответствии с этой посылкой человеческое тело тоже рассматривается как неизученная данность, на которую человек может влиять лишь в определенных пределах. В трудах отцов-основателей мы находим множество ссылок на животный мир и детей, а также метафору великой «матери-природы», которые подтверждают эту идею. Более того, эта идея природы имеет нормативную ценность и как моральная философия. Она служит эталоном для определения, что является «естественным» и «неестественным», следовательно, имеет или не имеет ценность. В концепции «первичной природы» Лоуэна наглядно показано, что значение природы как источника сочетается со значением природы-модели.

В. Пересмотр вопросов в связи с развивающимися технологиями и виртуальной реальностью: угасание природы

Поэтому можно сказать, что классическая телесная психотерапия основана на принятом и как бы «устоявшемся» представлении о природе, как в отношении внешней природы, так и телесной природы человека. Но на самом деле уже некоторое время, в

частности, с прошлого века, мы наблюдаем постоянное «смещение границ» (Böhme, 2011, с. 5) между естественным и искусственным, природой и культурой. Этот процесс ведет к тому, что все труднее и труднее проводить различие между двумя этими сферами на всех уровнях. Первый уровень – глобальный, он связан с воздействием человека на природу: изменение климата, сокращение биоразнообразия, исчезновение лесов и т.д. Кажется, только вулканы и землетрясения, как результат движения земной поверхности, остаются печальными свидетельствами первозданной активности природы. Второй уровень возвращает нас к повседневной жизни, где мы наблюдаем глубокие изменения границ между природой и техникой, движение к заполнению информационными системами всего, что нас окружает. Этот продолжающийся процесс уже в начале 1990-х годов был определен как «повсеместная компьютеризация». Таким образом, у нас есть представление об окружающем мире, который становится разумным благодаря переплетенной системе мини-компьютеров и интерактивных датчиков («окружающий интеллект»). В книге «Философия разумных миров» философ Клаус Вигерлинг резюмирует эту концепцию следующим образом:

«Повсеместная компьютеризация заключается [...] в оборудовании информационных систем, пронизывающем всю мезосферу, которое не только сопровождает нашу жизнь, но и изменит и наше восприятие мира, и нас самих, включая восприятие наших тел. Технологии, и в частности медиа-технологии, всегда изменяли восприятие мира и самих себя. Новое качество информационного видения вездесущих компьютеров заключается в том, что весь мир в определенном смысле оказывается пронизанным "информационно", так что каждый физический объект, и не в последнюю очередь наше тело, может стать частью информационного оборудования, [...] что все может стать средством, аппаратом для подключения и собственным информационным пространством» (Wiegerling, 2011, с. 14).

Перспектива повсеместной компьютеризации – это «умный» мир, полностью доступный людям, которые, в свою очередь, выступают частью технологически дополненной реальности. Среди различных проблем, обозначенных Вигерлингом, мы указываем здесь только на тот факт, что в этом «умном» мире точка пересечения человека и технологий стремится стать невидимой, так что сложные информационные системы могут постепенно заменить человека в качестве субъекта действия. Другая проблема – вопрос о «сопротивляемости» мира (Widerständigkeit). В среде, которая технологически расширяется и функционально стандартизируется для удовлетворения определенных потребностей, мир имеет тенденцию терять характер сопротивления или оппозиционности по отношению к человеку. Но такой опыт сопротивления вещей и мира в целом необходим для формирования нашей идентичности. Для примера достаточно понять, что наши дети и внуки никогда не смогут получить опыт, который раньше считался архетипическим, – опыт Гензеля и Гретель, которые заблудились в лесу и в конце концов нашли выход, – в любой момент детей можно будет найти, где бы они ни находились.

С. Новая задача – оценка внешней и внутренней природы

1. Природа против строительства

Именно в этой точке мы находим цель третьего великого сдвига границ: преодоление сопротивления природы как жизни, организма, тела животного и тела человека. «Но вы умираете не потому, что больны; вы умираете потому, что живете», – пишет Монтень в одном из своих «Эссе», выражая, возможно, самый тяжелый опыт

человеческого состояния, но, несомненно, самый очевидный, оставшийся от нашего культурного наследия (Montaigne, 1992, с. 1462). Сегодня, напротив, медицинские технологии открыли для обсуждения заданные условия всего, что мы привыкли считать естественным в человеке. Репродуктивная медицина может искусственно вмешиваться в нашу генетическую структуру, и мы не должны забывать, что сегодня только юридические рамки ограничивают сферу этих возможностей. Трансплантационная медицина может свободно изменять и заменять органы и части нашего организма, основываясь на «практическом картезианстве» (Böhme, 2003, с. 168) в отношении человека-машины. История французского философа Жана-Люка Нанси в книге «Злоумышленник» – трогательное описание именно такого опыта: Нанси, страдающий прогрессирующей сердечной недостаточностью, согласился жить с сердцем другого человека, вероятно, женщины намного моложе его (Nancy, 2000). В случае с пластической хирургией и фармакологией медицина может изменять как внешние, так и внутренние параметры. Благодаря широко распространенной психофармакологической практике нейроусиления, настроение людей может подвергаться психо-физическому улучшению, чтобы удовлетворить их потребности в достижении.

Все эти тенденции и реалии медицинской технологии можно обобщить в понятиях биофакт и киборг. Киборг – это пока только концепция, пришедшая из космонавтики. Это существо, представляющее собой смесь живого организма и кибернетических элементов, призванное улучшить возможности выживания в космосе (например, для восприятия опасной радиации с помощью имплантированных датчиков). Биофакты, наоборот, – это искусственные объекты, созданные человеком на органико-биологической основе. В качестве примера можно привести продукты питания, изготовленные из генетически модифицированных растений, или клонированную овечку Долли, вероятно, самый известный биофакт. Поскольку в этих случаях невозможно отделить естественное от искусственного, уместно говорить о «вторичной телесности» (Wiegerling, 2011).

Но термин «вторичная телесность» уже заставляет усомниться, можно ли – и в каком смысле – говорить о «природе»:

«Если современность всегда была связана с намерением превратить то, что дано, в то, что сконструировано, то только в XX веке этот проект был расширен за счет включения тела человека, которое и есть та Природа, которой мы являемся. В разных областях человек начал свое превращение в артефакт. Это ставит вопрос о том, каким должен быть человек как данность, а значит, и как Природа. В свете этого вызова впервые ставится вопрос, необходимо ли человеку быть Природой и в каком смысле" (Böhme, 2003, с. 152).

Эти тревожные вопросы могут показаться угрозой для телесной психотерапии в ее стремлении вернуть пациента к идентификации с пережитым опытом его конкретного тела, как пишет Александр Лоуэн в другом показательном отрывке: «Биоэнергетика зиждется на простом утверждении, что каждый человек – это его тело. Ни один человек не существует отдельно от живого тела, в котором ведет свое существование и через которое он выражает себя и относится к окружающему миру» (Lowen, 1975, с. 54).

2. Личная идентичность в глобальном мире

Помимо природы, которая нас окружает и частью которой мы являемся, развитие компьютерных технологий изменило и всю сферу человеческого общения. И здесь физическое тело как конкретное присутствие исчезает, если уже не исчезло полностью. Что касается коммуникации, то в глобальном мире трудно говорить о природе,

поскольку естественное всегда было привязано к пространству и времени, а глобальный мир представляет собой наш успех в преодолении, а возможно, и в отмене этих ограничений.

Метафора «глобальной деревни» появилась еще в 1960-х годах благодаря канадскому специалисту по средствам массовой информации Маршаллу Маклюэну (1911-1980), который описывает ее следующими выразительными словами:

«Наш мир – это совершенно новый мир всеобъемлющего единства. "Время" прекратилось, "пространство" исчезло. Теперь мы живем в глобальной деревне... где все происходит одновременно. [...] Информация льется на нас мгновенно и непрерывно. Как только информация получена, ее очень быстро заменяет еще более новая. [...] Новая электронная взаимозависимость воссоздает мир в образе глобальной деревни» (McLuhan & Fiore, 1967, с. 63 и 67)².

Если тогда это видение опиралось только на присутствие традиционных СМИ, таких, как периодические издания и телевидение, то, безусловно, оно было полностью реализовано всемирной паутиной, которая существует с 1991 года. На самом деле Интернет – это не СМИ в классическом понимании. Как следует из его первоначального названия «Взаимосвязанные сети», это «гибридная среда», предлагающая общую инфраструктуру, которая дает доступ к большому разнообразию визуальной, цифровой и звуковой информации. Хотя одновременность способов передачи информации уже выходит за рамки традиционной концепции медиа, действительно революционный аспект Интернета – в его «демократическом» характере, то есть в интерактивном потенциале (один ко многим; один к одному; многие ко многим; многие к одному). В этом смысле появление Интернета открыло огромное пространство свободы для общения вне всяких ограничений времени и пространства, «в реальном времени». Оно создало новые пространства, как социальные сети и чаты, а также виртуальные миры, как «Second Life», которые представляют собой новые формы общения и самовыражения, и на индивидуальном, и на коллективном уровне. Но как все это касается обсуждаемой темы?

Если быть максимально кратким, можно выделить две центральные области, которые интересуют как психотерапию в целом, так и телесную психотерапию в частности: вопрос о реальности и вопрос о личностной идентичности. Возможно, их общий знаменатель – именно в тенденции к ослаблению или расширению этих понятий.

3. Реальность и личная идентичность

Рассмотрим сначала вопрос о «реальности». Что такое «виртуальная реальность»? Можно вспомнить, что латинское слово *virtus* («власть», «сила»), а затем средневековый латинский термин *virtuale* обозначает нечто, чье онтологическое состояние менее точно поддается определению, чем термин *realis*. Если *realis* означает конкретную, материальную реальность, *virtuale* обладает качеством изменчивости, означая то, что «потенциально» или «возможно» может быть или произойти.

Это качество переменчивости становится возможным благодаря тому, что виртуальная реальность, о которой мы говорим, существует внутри медиaprостранства или внутри реальности, которая в некотором роде «обогащена» медиа. Но мы должны помнить, что медиа, резко отличаясь от с бесхитростного названия медиума, а значит, и простых медиаторов-посредников, обладают качествами, которые простираются

² Из-за опечатки первоначальное название было «The Medium is the Massage», а не «The Message». Маклюэн счел эту ошибку поучительной и решил не исправлять.

дальше: они способны не только отбирать и трансформировать реальность в соответствии со своим специфическим способом представления (например, в виде фотографий или детских сказок), но и конструировать ее (определяя, что более «важно» и «действительно реально», а что – менее). В конце концов они тоже обладают потенциальной способностью подменять реальность. Например, для всех нас существует опасность инстинктивно отождествлять репортажи о политических событиях, предлагаемые по телевидению, с «политикой» в целом. Такая непонятная путаница между средой и ее содержанием, между миром и средой, уже выражена вышеупомянутым Маршаллом Маклюэном в его парадоксальной формуле: «среда – это сообщение». Следующий пассаж Клауса Вигерлинга подводит итог этому сложному наложению:

«Чем сложнее общество, тем большее значение приобретает медиа-посредничество. В нашем обществе бытие и видимость так перемешаны, что практически невозможно говорить о независимой от сознания реальности, четко отделенной от симуляции и вымысла. Наша реальность состоит из смеси элементов, реальных в строгом смысле слова, с симулятивными, вымышленными элементами, созданными с помощью технических средств. Она стала, можно сказать, виртуальной и потому меньше связана с внешним, физически обоснованным миром, независимым от сознания, чем с внутренним опытом, который включает в себя медиапродукцию» (Wiegerling, 2008, с. 230).

Отсылка к внутреннему опыту дает возможность перейти к вопросу о личной идентичности. На сегодняшний день эксперты убеждены, что постоянное присутствие в сети способствует развитию у пользователей так называемой «множественной личности». Попробуем разобраться, в каком смысле.

В нашем контексте эта тенденция выражается, прежде всего, в соотношении «онлайн» и «оффлайн» режимов в жизни пользователя. Заметим попутно, что сам факт различения «онлайн» и «оффлайн» режимов существования подразумевает колоссальное изменение взгляда на жизнь. То, что мы до сих пор называли просто «жизнью» – нашей единственной и неповторимой повседневной жизнью, – теперь совпадает с «оффлайн-режимом» существования, который всегда сравнивается и рассматривается в сравнении с «онлайн-режимом». Если говорить более конкретно, вопрос о множественной личности связан с онлайн-режимом, с такими факторами, как среднее количество времени, проводимое в сети каждый день, а также с возрастом и личностной зрелостью пользователя.

Но если смотреть более широко, мы каждый день осознаем, что наша жизнь проходит одновременно на двух параллельных уровнях – реальном и виртуальном. Таким образом, мы говорим о новой социальной модели под названием «сетевой индивидуализм» и о том, что мы все больше и больше можем свободно и вне конкретных связей нашей жизни выбирать партнеров по общению Lebenswelt (Metzner-Szigeth, 2008). В феномене сетевого индивидуализма важные тенденции социологических изменений сходятся с чрезвычайно быстрым развитием информационных технологий. Между стремлением и спросом общества (demand pull), с одной стороны, и предложением новых сложных коммуникационных технологий, с другой (technology push), иногда кажется, что трудно сказать, что тут движущий фактор. Легко предвидеть, что в будущем онлайн-жизнь будет становиться все более и более важной по сравнению с реальной. «Реальная жизнь» будет находиться «в другом месте», в огромном пространстве одновременного общего присутствия. Это пространство «свободной» коммуникации, свободной и в том смысле, что она тенденциозно децентрализована, потому что тело в ней не участвует. Тело – это великое отсутствие.

Как мы знаем, разные реальности Интернета, прежде всего чаты и столь причудливые виртуальные игры, как «Second Life» и «World of Warcraft», дают место для многочисленных форм конструирования и представления своего «я». Мы уже отмечали, что эти интерактивные формы открывают широкие просторы для творчества, свободы и игры. Но в целом интернет-реальность во многом работает как мощный сценарий для перспективной презентации собственного образа, форма «виртуализации» «я». В отсутствие реального Другого у пользователя есть возможность представлять себя и двигаться во множестве разных форм, ни одна из которых не обязательна и которую он волен менять от случая к случаю. В этом смысле сеть называют сферой «как будто», сферой, где «любая ссылка на предметы, события и реальных людей чисто случайна».

Мы не будем развивать здесь вопрос множественной идентичности; это феномен, который, без сомнения, станет еще более распространенным в будущем. И не станем подробно останавливаться на других аспектах «глобальной деревни», которые касаются нашей темы. Среди них, прежде всего, вопрос нашего восприятия мира, а также проблемы психической интеграции опыта. Что касается восприятия, можно было бы исследовать растущее значение образов и визуального измерения в целом, которое, как правило, оторвано от тела, его конкретных поз и ощущений. Не случайно сегодня теория образа вызывает такой большой интерес в философии и коммуникативных науках – настолько большой, что в последнее десятилетие была создана новая дисциплина под названием Bildwissenschaft, «наука об образе» (Sachs-Hombach, 2009).

Что касается психической интеграции опыта, можно вспомнить уже упомянутую «Теорию ускорения», которая фокусируется на растущей трудности восприятия сегодняшней жизни как «органического единства», основанного на всеобщей концепции жизни во времени. Прожитый опыт «резонанса» с миром (Rosa, 2012, с. 9), даже если он недолговечен, основан на успешной психической интеграции нашего опыта восприятия мира.

Для жителей «глобальной деревни» такая интеграция трудна и будет еще труднее. Как пишет Клаус Вигерлинг, «в будущем формирование идентичности будет происходить в более сложных условиях» (Wiegerling, 2008, с. 250).

4. Природа перед нами – выбор и образ жизни

Сделаем шаг назад и подхватим нить нашей дискуссии. Начиная с понятий «тело» и «природа» у отцов-основателей телесной психотерапии, мы раскрыли границы их дискурса в условиях современности на двух уровнях. Во-первых, это предел изменений внешней природы и человеческого тела, т.е. прогрессирующая технологизация обеих сфер, которая, как правило, извращает отношения с природой. Во-вторых, это предел в отношении мира «глобальной деревни», полностью искусственной реальности, которая приводит к многочисленным проблемам в формировании личностной идентичности. Рассматривая некоторые ключевые слова, которые нам довелось использовать – повсеместная компьютеризация, биофакт, виртуальная реальность, онлайн и офлайн режимы существования, перспективная идентичность, – мы все больше осознаем чрезвычайную сложность мира, в котором живем. Как будто разнообразные смысловые уровни «природы», «реальности» и «идентичности» живут бок о бок в некоем калейдоскопическом со-присутствии, участвуя в быстро развивающихся процессах. Как сориентироваться, как вести себя, как жить в этой ситуации?

Различие, проведенное философом Герно Бёме, вносит полезный вклад в рассмотрение понятий «тело» и «природа». Бёме представил это различие в речи, произнесенной на философском фестивале в Модене в сентябре 2011 года и посвященной природе. По мнению Бёме, в такой технологической цивилизации, как

наша, уже нельзя принимать как должное «быть телом», «быть природой» и «быть частью окружающей природы». Как будто «старая природа» уже давно «позади». Но у нас есть другая природа «перед нами». Точнее, «природа находится перед нами как задача. [...] Природа – это уже не просто то, что дано, а то, чего хотят» (Böhme, 2013/2014, с. 22). Это означает, что мы должны ежедневно размышлять, решать и конкретно осознавать, хотим ли мы относиться к внешней природе и к природе, которой мы являемся, и как мы к ним относимся, какой смысл хотим им придать. Этот выбор выражается в прагматическом отношении и сливается в образ жизни.

Чтобы привести конкретный пример, достаточно вспомнить, что на памяти человечества, роды, хотя они всегда происходили в культурном контексте, считались естественным процессом и происходили естественно. В XX веке роды стали прерогативой новых медико-технологических ноу-хау: они переместились из дома в больницу, а фигура акушерки, традиционного носителя знаний, отодвинулась на второй план. Но в последние десятилетия роды стали объектом сознательного выбора, что вновь стремится ограничить медицинские аспекты: сегодня мы можем и должны выбирать, какие роды проводить, как и в какой мере сделать их снова «естественными».

Другой конкретный пример можно найти в биоэнергетических упражнениях, разработанных Лесли и Александром Лоуэн в 1950-1960-х годах. Выполняя эти упражнения, мы решаем исследовать себя как телесные существа (Leibwesen). Мы утверждаем, ценим и принимаем себя как организм, как часть природы, которая нас окружает и которой мы сами являемся. Выполняя эти упражнения с определенной регулярностью, интегрируя их в свою повседневную жизнь, мы превращаем этот выбор в образ жизни. Образ Александра Лоуэна как старика, который продолжает ежедневно выполнять упражнения, прекрасный пример. Психотерапия в глобальной деревне обязана принимать во внимание чрезвычайную сложность новой реальности прежде всего в том, что касается личности молодых людей, так называемых «цифровых аборигенов». Для них наличие компьютера как неотъемлемой части мира само собой разумеется – как автомобиль и телевизор для предшествующего поколения «цифровых иммигрантов». Действительно, именно тенденция к дестабилизации сложности подтверждает значение психотерапии. В экзистенциальной встрече с конкретным Другим пациент может и должен ощутить достоинство и ценность собственной незаменимой личности, незаменимой личности Другого и всех остальных.

Телесная психотерапия тоже сталкивается с новыми проблемами. Она уже претерпела значительные изменения с тех пор, как началась, определяя себя сегодня как соматико-реляционную психотерапию. Удастся ли ей сформулировать и концептуально интегрировать изменения, происходящие в современном технологическом мире в отношении тела и природы в целом? Окажется ли она «устаревшей» или «несовременной» перед лицом этого умного мира?

Возможно, «критический гуманизм» телесной психотерапии (Schneider, 2012, с. 687), ее специфическое и драгоценное «безвременье» (Ницше) заключается именно в критическом осознании нашей «бытийной природы». Поэтому представляется, что значение телесного подхода в нашей культуре еще более ощутимо. Современные философы говорят о «растущей потере унитарного опыта жизни», об «отчуждении от собственного тела» (Wiegerling, 2011) и вообще об «утрате осознания целостного ощущения себя или жизни во времени» (Rosa, 2011, с. 1058). Эти явления Александр Лоуэн, к тому времени уже пожилой человек, проницательно описал в книге о нарциссизме 1983 года как растущую «нереальность настоящего времени».

Это, несомненно, очень негативное суждение. Однако один из аспектов сложности, о которой мы говорили, в том, что реальность глобальной деревни – возможно, как и феномен технологии в целом – открывает и значительные пространства свободы. В рамках этой реальности в любом случае сегодня можно определить две большие задачи для телесной психотерапии: лечебная – вернуть опыт пациента к его

собственному телу и укоренить его в этом теле, и педагогическая – сделать его чутким к ценности внешней и личностно-телесной «природы», которая теперь уже не само собой разумеется, а стала объектом выбора и образа жизни.

D. Клинические аспекты

Терапевтическая задача восстановления опыта пациента и укоренения его в собственном теле – общая цель телесной психотерапии, которую можно реализовать разными способами. Следуя линии предыдущего обсуждения, я хотел бы сосредоточиться в клинических рассуждениях на вопросе времени в психотерапии. Как в мире постоянного ускорения вернуть пациента к переживанию биологических ритмов жизни? Как вернуть его к «времени тела»?

1. Заботливый контакт

На этом этапе я хочу представить технику «заботливого контакта», по моему опыту, это один из ценных способов достичь этих сложных целей. Эти техники были разработаны в органической психотерапии Малкольма Брауна (Brown, 1990) и представляют собой основной инструмент для достижения более глубоких уровней нашего опыта. На первый взгляд, этот вид контакта напоминает техники, с которыми мы знакомы по общепринятой практике биоэнергетического терапевта: пока пациент лежит на матрасе, мы работаем с контактом, держа одну или две руки на различных частях его тела – на лбу, под шеей, на животе, в области крестца, на коленях и т.д. Отличие заботливого контакта от привычного нам способа использования прямого прикосновения в его продолжительности. Обычно это мягкий, недирективный, длительный контакт, который дает пациенту возможность глубоко погрузиться в чувство. А для этого нужно время. Контакт может длиться 5, 10, 15 и даже 20 минут в одной и той же части тела, пока терапевт остается с пациентом в состоянии внимательного ожидания и наблюдения.

В таком неструктурированном, открытом «пространстве тишины» (Nascimento, 2005) может произойти многое. Погрузившись глубоко в чувства, пациент может испытывать регрессивные переживания, возвращаясь к примитивным слоям «я». Творческое бессознательное может породить мощные образы, пугающие или утешающие, как я описывал, ссылаясь на собственный опыт (Helferich, 2004a). Тело может отвечать разнообразными спонтанными органическими реакциями изнутри, испытывая при этом все виды эмоций. Иногда не происходит «ничего», пациент занят своими мыслями или засыпает. В других случаях он может испытывать глубокое ощущение покоя и гармонии как результат процессов равновесия между разными частями телесного «я». Иногда тело может выражать потребность в непосредственном взаимодействии с терапевтом, желая, например, большего физического давления или даже своего рода борьбы. В этих случаях «заботливый контакт» превращается в «каталитический», другую форму прямого прикосновения, которая включает в себя множество видов интерактивного взаимодействия пациента и терапевта.

Как мы видим, эти техники недирективного длительного контакта направлены на глубокую интеграцию и балансировку воплощенной Души. Они действуют благодаря намеренному замедлению довольно быстрых процессов сознания и систем контроля разума, создавая другой вид восприимчивости, «недифференцированную пустоту» или «рассеянное сознание» (Brown, 2001). Процессы замедления облегчают альтернативные формы активации энергии, особенно в отношении «второго мозга» (Michael Gershon), висцеральной сферы, которую можно представить как мост к невербальным, телесно-опосредованным уровням памяти и чувств.

От терапевта активация таких форм телесного опыта «изнутри» требует двух

основных способностей. Прежде всего терапевт должен развить искусство ожидания. Должен научиться терпеть неопределенность, которая возникает из-за пассивности и молчания пациента в ситуации, когда он иногда буквально не знает, что происходит с пациентом. Ожидание без активных действий легко порождает тревогу, ощущение «бесполезности» и «ничегонеделания». Эти контртрансферентные реальности заслуживают уважения. Они требуют от терапевта способности справляться с тревогой и управлять временем установления контакта в каждом конкретном случае, не принуждая себя. Во-вторых, чтобы создать эффективную невербальную связь с внутренней жизнью пациента, терапевт должен развить тонкую восприимчивость, используя собственный телесный опыт. Это, естественно, включает в себя постоянное осознание телесного процесса дыхания как пациента, так и терапевта, а также специфического качества контакта, которое может проявляться в температуре его рук (например, теплые - холодные - меняющиеся). Наконец, необходимо рассмотреть еще одно, более объективное условие, касающееся обстановки. Естественно, длительный контакт возможен только в терапевтических рамках, обеспечивающих время, достаточное для такого рода замедления. Поэтому наиболее подходящая - на полтора-два часа, сам я по возможности предпочитаю сеансы по полтора часа.

На этом этапе, кажется, уместно общее соображение о временных рамках в телесной психотерапии. По сравнению со всеми формами чисто вербальной терапии, наш подход более сложен. Двигаясь на двух уровнях, мы обычно объединяем вербальную фазу с эмпирической частью сеанса. Представляется, однако, что с самого начала телесная психотерапия переняла у психоанализа установку на сорокапяти-пятидесятиминутные сеансы. Но эти временные рамки были созданы – и прекрасно подходят – для чисто вербальной формы психотерапии. К сожалению, они были приняты без учета разных временных требований телесного опыта. Я не хочу сказать, что провести отличную телесную психотерапию за сорок пять или пятьдесят минут невозможно. Реалии повседневной работы заставляют нас это делать, поскольку такая продолжительность стандартна. Но мы должны признать, что терапевт почти автоматически исключает многие возможные варианты вмешательства, когда временные рамки настолько ограничены.

2. Клинический случай

Элис, клиентка 32-х лет, находится в позитивном периоде жизни. На самом деле, несмотря на определенные трудности, связанные с ее карьерой будущего психотерапевта, она имеет хороший взгляд на жизнь и летом планирует выйти замуж. Проходя терапию более трех лет с частотой один часовой сеанс в неделю, она успешно справилась с многими проблемами, касающимися уверенности в себе, женской идентичности, а также шизоидных и оральных черт характера. За эти годы у нас установились хорошие и доверительные отношения, и мне нравится с ней работать.

Во время пасхальных каникул она прочла книгу Лоуэна «Депрессия и тело», которая произвела на нее глубокое впечатление. Поэтому на нынешнем сеансе она хочет немедленно начать работу с телом, и я соглашаюсь. Мы начинаем с таких активизирующих упражнений, как заземление, наклоны (они же наклоны вперед; слон) и выгибание дугой (оно же арка). Пока она выгибается, я прошу найти звук, который выражает общее воздействие книги Лоуэна на нее. То, что она издает, похоже на плач. После этого я прошу ее некоторое время постоять неподвижно и почувствовать свое тело. Она прикасается к шее и плечам, как будто хочет сделать себе массаж. В конце концов кладет руки на живот. На вопрос, как она хочет продолжить, она отвечает, что хочет сосредоточиться на животе, и я предлагаю ей лечь на матрас.

Она соглашается на контакт с моей рукой на животе. В следующей фазе, которая длится минут десять, она сначала выглядит расслабленной, дыхание регулярное и

брюшное. Но через некоторое время она начинает глотать. Дыхание становится все более грудным, ноги приходят в возбуждение, она сжимает и разжимает ладони, издавая слабые звуки.

Через несколько минут она начинает сильно кашлять, почти до тошноты. Все ее тело дрожит, и она начинает плакать. После этого поглаживает глаза и лицо руками. Постепенно успокаивается, медленно поворачивается то вправо, то влево и в конце концов полностью успокаивается и закрывает глаза.

После минутного молчания мы начинаем говорить о том, что произошло. Она говорит, что это было очень интенсивное и страшное переживание, ощущение блокировки и паралича, которое началось с кистей и рук, как будто ее тело окаменело. Сжимая и разжимая ладони, двигая тазом и ногами, она пыталась защититься, но тем не менее чувствовала опасность окаменеть, превратиться в белый мрамор.

К сожалению, на этом сеансе нам не хватило времени подробно исследовать, что именно произошло; что значит «стать камнем»; какие воспоминания, образы и эмоции были с этим связаны. Поэтому я предложила ей дома нарисовать изображение камня.

Эта клиническая зарисовка демонстрирует, как, казалось бы, простая техника заботливого контакта, скажем, рука на животе, может вызвать глубокие телесные и психические переживания, поскольку эта пациентка была достаточно готова и открыта, чтобы позволить этому произойти. Существует также проблема временных ограничений, но, поскольку между нами установились хорошие терапевтические отношения, мы обсудим этот опыт на следующем сеансе, проследим и глубже исследуем значение ее реакции.

3. Соответствия в клинической перспективе

Как я уже упоминал, я был приятно удивлен, обнаружив идеи, схожие с собственными, в статье Ма Насименто в последнем номере «Международного журнала» (2014). Сходство касается актуальности теоретического понимания процесса глобализации, а также клинических соображений и предложений по противодействию ему.

Что касается клинического аспекта, для внимательного читателя «Два телесных прикосновения для восстановления связи с внутренним "я"» (Nascimento, 2014, с. 27-29) соответствия вполне очевидны. Хотя эти два вида прикосновений применяются в положении стоя (в отличие от положения лежа, которое обычно используется при заботливом контакте), по сути, они преследуют одну и ту же цель, то есть «активируют энергию через вегетативную нервную систему, а не через костную структуру или мышечные уровни. [...] Это также активизирует промежность и хару³, способствуя внутреннему заземлению и глубокому погружению внутрь себя» (с. 28).

Это вполне соответствует концепции горизонтального заземления в органической психотерапии, которая направлена на ослабление эго-контроля через активацию висцерального потока энергии (как в работах Герды Бойесен). Другое примечательное соответствие касается недирективного метода терапевта, позиции, которая «дает место процессу клиента, не контролируя и не направляя его» (с. 29). Именно такого отношения требует длительный заботливый контакт: тонкого осознания органических процессов, происходящих в совместно созданном реляционном поле, а также глубочайшего уважения к автономному личностному развитию клиента, его Selbstbewegung («самодвижению»), пользуясь соответствующим немецким словом. Эта глубоко гуманистическая ориентация терапевта, этот смиренный отход от себя из уважения к пациенту, напоминает о текучей, но мощной «пустоте» в философии дзен.

³ Хара (яп. «живот», отсюда «харакири») – по некоторым восточным учениям, энергетический центр тела, резервуар жизненной энергии (*прим. пер.*),

Заключение

После всех этих клинических рассуждений мы возвращаемся к нашим общим размышлениям, чтобы подвести итог. Полагаю, мы, телесные психотерапевты, должны принять реальность «глобальной деревни» как факт. Мы должны признать, что уже довольно долгое время живем одновременно в двух параллельных мирах. Тенденция к трансформации традиционной «реальной реальности» природы и тела, а также традиционного «реального общения» в параллельную искусственно воссозданную или опосредованную цифровыми технологиями реальность возобладала.

Как мы уже отмечали, оценка этих изменений сложна. Следует тщательно взвесить потенциально негативные тенденции, которые могут повредить нашей телесной и личной идентичности, относительно новых пространств свободы и выбора, которые мы имеем в распоряжении. Фактически, нам уже приходится постоянно выбирать, каким «телом», какой «природой», каким «человеком» мы хотим быть, и все эти выборы должны найти свое выражение в соответствующем образе жизни.

Психотерапия также постоянно вынуждена выбирать, насколько и каким образом участвовать в происходящих изменениях, например, в вопросе о том, в какой степени опосредованная цифровыми технологиями коммуникация может, должна или не должна быть задействована в терапевтическом процессе. В этом сложном сценарии все большее значение приобретает телесная психотерапия. Подчеркивая основополагающую доктрину, что «мы – это наше тело», телесная психотерапия приглашает и требует критически оценить преобладающие тенденции нашего времени и противостоять прогрессирующему размыванию природы, тела и непосредственных форм человеческих отношений. По сути, техники «заботливого контакта», представленные выше, это мост к переживанию пациентом себя как органического целого, которым он является.

В целом, наша позиция выглядит как корректирующая, компенсаторная по отношению к мощной комбинации доминирующих технологических, экономических и социальных тенденций нашего времени. Однако, на мой взгляд, именно в этом заключается наиболее ценный вклад критического и целительного гуманизма телесной психотерапии в наше время.

Литература

- Aristotele (1967). *La fisica*. Trad. it. a cura di G. Laurenza. Napoli: Loffredo.
- Böhme, G. (2013/2014). Das Schwindender Natur. *Scheidewege. Zeitschrift Für Skeptisches Denken*, 43, 14–23.
- Böhme, G. (2003). *Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht*. Reutlingen: Die Graue Edition.
- Böhme, G. (2002). *Die Natur vor uns. Naturphilosophie in pragmatischer Hinsicht*. Reutlingen: Die Graue Edition.
- Brown, M. (2001). Recenti sviluppi in psicoterapia organismica. In: Pini, M., a cura di, *Psicoterapia corporeo-organismica*. Milano: Franco Angeli, 101–117.
- Brown, M. (1990). *The Healing Touch. An Introduction to Organismic Psychotherapy*. Mendocino, CA: Liferhythm.
- Buti Zaccagnini, G. (2010). La funzione del setting in analisi bioenergetica. In N. Cinotti & C. Zaccagnini (Eds.) *Analisi bioenergetica in dialogo. Raccolta di scritti*. Milano: Franco Angeli, 167–174.
- Helferich, C. (2010). L’eredità romantica nella psicoterapia corporea. *Grounding. La rivista italiana di analisi bioenergetica*, I-II, 113–161.
- Helferich, C. (2004). Il setting in psicoterapia corporea. In Id., *La “vita buona”. La ricerca esistenziale tra filosofia e psicoterapia corporea*. Roma: Armando Editore, 133–139.
- Helferich, C. (2004a). Bridging the Gap: Imagery and Spontaneous Imagination. *The European*

- Journal of Bioenergetic Analysis and Psychotherapy*, II,1, 1–32.
- Klopstech, A. (2010). Psychoanalysis and Body Psychotherapies in Dialogue. *Bioenergetic Analysis. The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis*, XI, 1, 43–53.
- Lowen, A. (1975). *Bioenergetics*. New York: Coward, McCann & Geoghen Inc.
- Lowen, A. (1970). *Pleasure. A Creative Approach to Life*. New York: Coward, McCann & Geoghen Inc.
- Lowen, A. (1958). *Physical Dynamics of Character Structure*. New York: Grune and Stratton.
- McLuhan, M. & Fiore, Qu.(1967). *The Medium is the Massage*. New York: Random House.
- Metzner-Szigeth, A. (2008). Von Cyber-Identitäten, virtuellen Gemeinschaften und vernetzter Individualisierung – sozial-psychologische Überlegungen. *Sic et Non. Zeitschrift für Philosophie und Kultur. Im Netz*, IX, 1–35.
- Montaigne, M. de (1588). Dell'esperienza. Trad. it. F. Garavana (Ed.), *Saggi*. Vol. II. Milano: Adelphi 1966, 1422–1496.
- Nascimento, M. (2014). The Present Dilemma of Psychotherapy. *Psychotherapy at Risk. Bioenergetic Analysis*, 24, 11–31.
- Nascimento, M. (2005). The Space of Silence. *Bioenergetic Analysis*, 15, 89–100.
- Nancy, J.-L. (2000). *L'Intrus*. Parigi: Galilée.
- Rosa, H. (2012). Umrisse einer Kritischen Theorie der Geschwindigkeit. In Id., *Weltbeziehungen im Zeitalter der Beschleunigung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 269–323.
- Rosa, H. (2011). Beschleunigung und Depression – Überlegungen zum Zeitverhältnis der Moderne. In *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, LXV, 11, 1041–1060.
- Rosa, H. (2005). *Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. Engl. transl. *Social Acceleration. A New Theory of Modernity*. New York: Columbia University Press, 2013.
- Sachs-Hombach, K. (2009). *Bildtheorien. Anthropologische und kulturelle Grundlagen des Visualistic Turn*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Schneider, G. (2012). Die Psychoanalyse ist ein Humanismus. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, LXVI, 8, 675–701.
- Wiegerling, K. (2011). *Philosophie intelligenter Welten*. Munich: Wilhelm Fink.
- Wiegerling, K. (2008). Medienethik als Medienphilosophie. In V. Steenblock (Ed.), *Kolleg Praktische Philosophie*. Vol. II, *Grundpositionen und Anwendungsprobleme der Ethik*. Stuttgart: Reclam, 222–252.

Об авторе

Кристоф Хелферих – лицензированный психолог, ведет частную практику в Баньо-а-Риполи, недалеко от Флоренции, Италия. Местный инструктор и член Consiglio Direttivo Итальянского общества анализа биоэнергетики (S.I.A.B), а также содиректор научного журнала «Grounding. La rivista italiana di analisi bioenergetica». Он также занимается философским консультированием, и потому его особенно интересуют многообразные связи между философией и психотерапией.

Christoph Helferich
Via A. M. Enriques Agnoletti, 52
I-50012 Bagno a Ripoli (Fi)
Italy
Phone: 0039-055-633508
christoph.helferich@gmail.com
www.christoph-helferich.it

Биоэнергетическая самопомощь для терапевтов

Между открытостью и установлением границ

Вита Хайнрих-Клауэр

Тезисы

В этой статье я представляю нейробиологические данные о соматических эффектах феномена резонанса, эмпирические данные о соответствующих профессиональных рисках терапевтов, а также биоэнергетические концепции и техники, касающиеся темы самопомощи. В конце 1990-х годов я была в восторге от описания феномена соматического резонанса и его потенциала для работы с воплощенным контрпереносом в терапевтическом процессе, а некоторое время спустя открытие зеркальных нейронов подтвердило эти захватывающие явления на нейробиологическом уровне. С тех пор я погрузилась в изучение обратной стороны эмпатии. Мы, резонирующие терапевты, находимся в опасности утратить собственную живую вибрацию, возможно, даже заболеть. Биоэнергетические упражнения с соответствующе измененным неклиническим фокусом могут быть очень полезны для самопомощи терапевтов. Иллюстрации (рисунки), надеюсь, привнесут немного юмора в изложение этой важной и до сих пор игнорируемой темы.

1. Введение

В связи с тем, что необходимо быть в живом контакте с телом терапевта, наши навыки резонанса и заземленного присутствия – основа любой успешной работы с пациентами. Способность вибрировать (резонанс) и устанавливать границы, с точки зрения биоэнергетики, связана с дыханием и голосом, а также с подвижностью мышц.

«Людам, чье тело настолько ригидно и обездвижено, что почти не пульсирует или пульсирует слабо, не хватает эмпатии. Если тело живое, мы чутки к другим людям и их чувствам, а также испытываем больше любви и удовольствия» (см. Lowen 1992, с. 388).

Уже 60 лет биоэнергетический анализ – в традиции Вильгельма Райха и Александра Лоуэна – дает нам не только аналитическое понимание, но и соответствующую методологию. В последние годы эта методология все больше изучается и подтверждается результатами нейронаук.

Терапевтические отношения априори и независимо от фактически используемых физических вмешательств – это воплощенные отношения (Райх говорил о «функциональной идентичности психики и сомы»). Это означает, что тело терапевта представляет собой – помимо техники – и средство, и агент терапевтического процесса, и потому, с точки зрения заботы о себе, это самый важный «инструмент», который необходимо культивировать. Физический аспект эмпатии, «симпатическая вибрация», очень важен для терапевтического процесса, но из-за интенсивности резонанса мы рискуем получить вторичную травматизацию, если не будем динамично использовать собственную инициативу и способность дистанцироваться как агент в терапевтическом процессе.

Как можно сохранить любовь и радость и для пациентов, и для себя? Стремление эмпатически реагировать на пациентов душой и телом несет негативные последствия для нашей эмоциональной саморегуляции, если мы излишне восприимчивы, внешне

неподвижны и у нас недостаточно внутренней способности устанавливать границы. В зависимости от того, что пациенты приносят на сеансы, мы можем стать обремененными и заблокированными: мы можем переживать, терпеть или действовать импульсами борьбы или бегства в наших отношениях с пациентами. Сталкиваясь с невыразимыми страданиями, мы можем впасть в состояние шока. Можем стыдиться, утратить чувство юмора, заморозить свои сердечные чувства, развить безумные фантазии, стать испуганными, боязливыми, раздраженными, потерять связь с близкими и соседями. Редко эффективность терапевтического сеанса измеряется тем, какой она была для нас, терапевтов, например, как мы чувствовали себя после сеанса или разрешался ли в это время смех.

В работе с пациентами важно соблюдать баланс между эмоциональной и физической открытостью (для проницаемости отношений, резонанса и ради нашего собственного здоровья), а также одновременно создавать защитную границу от любого переполнения и разрушительного воздействия пациентов.

В плане биоэнергетической самопомощи – помимо базовых дыхательных техник и заземления – необходимо четкое понимание эффектов конкретных биоэнергетических техник, особенно тех, которые помогают наполниться энергией (вместо того, чтобы «разрядиться») и улучшить наше сдерживание и индивидуальные границы (ср. Klopstech, 2011). Может помочь биоэнергетическая дифференциация понятий «заряд» и «разряд», как мы научились это делать в отношении структурной организации (ранние расстройства против эдипальности) пациентов. Биоэнергетическая самопомощь требует, чтобы мы немного изменили эти известные биоэнергетические техники и направили внимание на зарядку/содержание и построение границ (ср. Shapiro, 2006, 2008) – или просто объединили знакомые техники с соответствующими мысленными образами и словами, чтобы установить собственные границы.

2. Радости и печали эмпатии – нейробиологические перспективы⁴

Для начала несколько слов о радостных аспектах эмпатии, без которых мы как коммуникативные существа, вероятно, вряд ли смогли бы выжить и без которых психотерапия не могла бы быть успешной. Эмпатия изначально определялась на когнитивном уровне как «способность участвовать в чувствах и мыслях другого человека» (см. Kriz, 1985, Körner, 1998). Открытие зеркальных нейронов нейробиологически подтвердило наш опыт *соматического резонанса* (см. Heinrich-Clauer, 1999, 2011). Эмпатия – физическое событие. Зеркальные нейроны нельзя включить или выключить, они не поддаются произвольному контролю. Наблюдение за поведением другого человека автоматически активирует те же премоторные группы клеток, на которых основано наблюдаемое поведение (см. Rizzolatti et al., 1999). «Передача эмоциональной информации [...] в резонирующих ситуациях усиливается» (Schoore, 2005, с. 403). Это бессознательный, дорефлексивный механизм, используемый для выявления неявных намерений в поведении другого человека. Это не ментальный процесс идентификации (как правило, более осознанный). В кишечнике есть мозг, который участвует в обработке эмоций и работает даже быстрее, чем центры в стволе мозга. Клетки нейронов существуют и в сердце (ср. Gershon, 1998; Siegel, 2011). Дружеский зрительный контакт, голосовая дифференциация и любой контакт в ситуации доверительных отношений приводят к регуляции вегетативного возбуждения, а также регуляции болевого порога. Это происходит за счет тонизации вентрального вагуса и секреции окситоцина (см. Porges, 2010; Moberg, 2003).

Нейробиологические данные в отношении имплицитной части терапевтической

⁴ Подробнее об интеграции нейробиологических концепций в биоэнергетический анализ см. Klopstech, 2005, 2011; Koemeda-Lutz, 2012.

встречи были положительно восприняты всеми телесными психотерапевтами. Они соответствовали клиническому опыту, согласно которому изменение воплощенных реляционных утверждений (резонанс) определяет терапевтический процесс, а выражение лица, жесты, поза, выражение глаз, голос, ритмы дыхания и тонус тела терапевта и пациента влияют друг на друга (ср. Buti Zaccagnini, 2011). Более того, психотерапевт использует собственные соматосенсорные процессы для восприятия процессов пациента, он находится в психофизиологическом единстве со своими пациентами и таким образом становится интерактивным регулятором нарушений регуляции пациента (Tonella, 2011, с. 99).

Данные нейробиологии позволяют предположить, что эмпатия – это «контакт правого полушария пациента с правым полушарием терапевта» или «разговор двух лимбических систем» (ср. Schore, 2002, 2003, 2005; Lewis, 2004, 2005). Также, согласно Гарольду Сирлзу, можно утверждать, что эмпатия означает «чувствовать физические явления и ощущения клиентов в собственном теле» (ср. Clauer, 2003, с. 97).⁵



«Терапия начинается, если терапевт чувствует то, что чувствует пациент» (парафраз из Сирлза).

А теперь о горестях эмпатии: еще 35 лет назад Лоуэн указывал, что терапевтическая ситуация не обязательно должна быть приятной, если у нашего собеседника есть проблемы с выражением эмоций, и это не может не отражаться на нас.

«Разговор, если взять другой пример, – одно из обычных удовольствий жизни, но не всякий разговор приятен. Заике говорить тяжело, и слушать его тоже нелегко. Люди, которые не могут выразить свои чувства, плохие собеседники. Нет ничего скучнее, чем выслушивать монотонную и лишенную чувств речь. Мы наслаждаемся беседой, когда в ней присутствуют чувства. Нам приятно выражать свои чувства, и мы с удовольствием реагируем на выражение чувств другим человеком. Голос, как и тело, – это средство, через которое проходят чувства, и когда поток идет легко и ритмично, это доставляет удовольствие и говорящему, и слушающему» (Lowen, 1975, с. 29-30).

Что помогает эмпатичному терапевту на картинке дышать и оставаться

⁵ Для этой и всех последующих иллюстраций в данной статье: © Вита Хайнрих-Клауэр, Графика: Таня Аранович, Грац, www.tanjaaranovych.com

уверенным в своем собственном ритме? Конечно же, не то, что он сидит, не задержка дыхания и не движение против потока льющихся слез! Сидение негативно влияет на метаболическую активность. Здоровью терапевта способствует желание двигаться – внутри и вне терапевтической ситуации. Когда мы (умеренно) двигаемся, кислородный обмен находится в равновесии. Межреберные мышцы и диафрагма расслабляются, и мы лучше дышим. Не очень полезно долго сидеть на стуле, отражая боль наших пациентов и, относительно бездыханно и неподвижно, подвергать себя воздействию их патологических паттернов отношений.

Как терапевту, мне необходимо заземляться (чтобы оставаться в контакте с реальностью), быть способной устанавливать границы и поддерживать силу эмоционального контейнирования для подсознательных и непереносимых чувств пациента, но не в смысле неподвижного «контейнера». Лучше сравнить это с резонирующим телом, имеющим живую, подвижную и тонизирующую внешнюю оболочку/мембрану. Если смотреть с этой точки зрения, мой вздох и выдох – сопровождаемые сочувственным взглядом – уже будут ответом на болезненность переживаний пациента, и при этом мне не нужно произносить ни слова. А мой следующий вдох в качестве терапевта будет первым действием, направленным на то, чтобы помочь себе почувствовать себя лучше. Чем больше амплитуда моего дыхания, тем больше вероятность, что я смогу достичь полного спектра эмоционального резонанса и живого выражения – но и тем больше вероятность, что я почувствую свои физические границы и пределы нагрузки. Движение тоже может вывести из общей депрессии. Терапевт должен не только выдерживать накал эмоций пациентов как физически, так и эмоционально, но и оставаться живым в этом процессе и быть достаточно заземленным, чтобы установить границы, когда это выходит за пределы его возможностей.

В биоэнергетическом анализе мы реагируем на пациентов, на взаимодействие с ними и по отношению к ним, меняя положение тела, т.е. делаем себя доступными в интерактивном, совместном режиме – а не просто зеркально отражаем ситуацию из сидячего положения (ср. Heinrich-Clauer, 2009, с. 36).

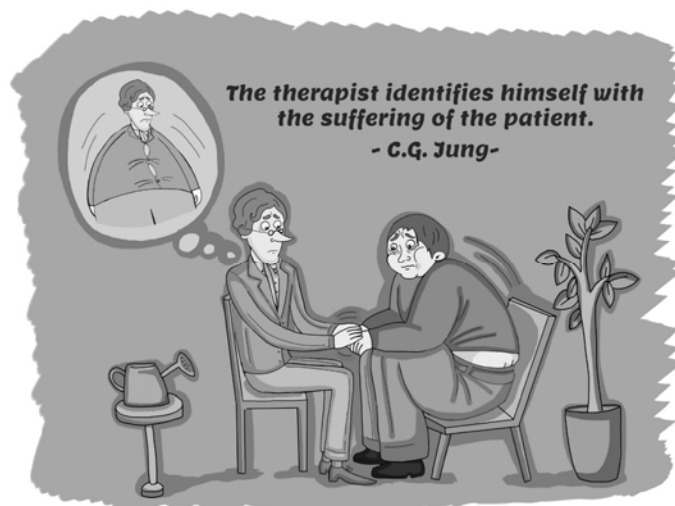
Теперь нужно упомянуть о некоторых результатах нейробиологических исследований (основанных на МРТ), которые представляются чрезвычайно важными в отношении неосознаваемых, не артикулируемых болезненных влияний – здесь, в средней фазе терапии, – которые могут негативно воздействовать на психотерапевта в рамках терапевтических отношений:

Когда мы смотрим на лицо человека с выражением отвращения, активируются те же нейронные структуры (поясная кора мозга), что и при чувстве отвращения или безразличия от запаха или вдыхания чего-то неприятного (см. Siegel, 2011).

Социальные и физические системы восприятия и обработки боли связаны между собой. Оскорбления и обиды воспринимаются так же, как и физические ощущения боли (Bauer, 2011). Быть исключенным, пренебрегаемым, униженным – ранит сердце как нож (см. Siegel, 2011).

В ходе эмпирического исследования супружеских пар под названием «Влюбленные делятся своей болью» неврологи из университетского колледжа в Лондоне обнаружили, что нейрофизиологически измеримый признак эмпатии может наблюдаться у одного из партнеров всякий раз, когда другой испытывает боль. Если партнерша знала, что партнер в данный момент получает удар током, те же области мозга, которые контролируют эмоциональные реакции на боль (печаль, возбуждение, испуг), реагировали так, как если бы она сама получила удар током. Стимулировалась только та область мозга, которая регистрирует физическую боль, когда она сама получает электрический стимул. Эмоциональная обработка партнера всегда стимулировалась, даже если лицо партнера не было видно, а информация передавалась только через панели дисплея. Знания и мысленного представления о боли партнера было

достаточно, чтобы активировать даже те участки мозга, которые контролируют эмоциональные реакции на боль (см. Science, 2004, Vol. 303, с. 1157).

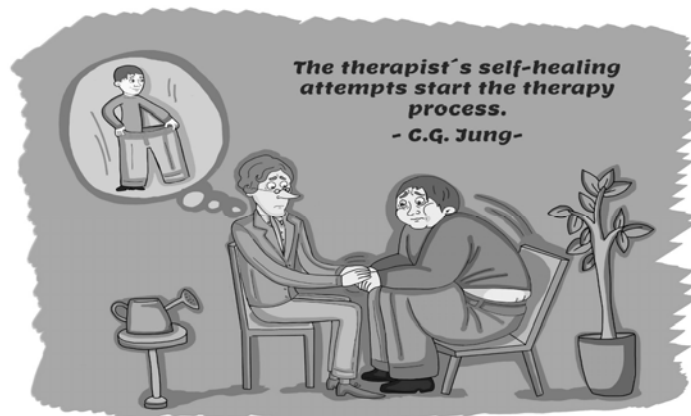


«Терапевт идентифицируется со страданиями пациента» (К.Г. Юнг)

Нейробиологические исследования по своему подходу все еще далеки от той сложности, которая нам нужна, чтобы прояснить процесс бессознательного взаимодействия во время терапевтического сеанса. Зеркальные нейроны отчасти объясняют некоторые из этих наблюдений, но не всю сложность таких реляционных событий и соматического резонанса, как сенсорные восприятия холода/тепла, тяжести/легкости, сжатия/расширения и т.д.

К.Г. Юнг и его концепция «заражения» уже имели конструктивное и ориентированное на процесс понимание правополушарного резонанса между пациентом и терапевтом (ср. Jung, 2011, парафраз): «Терапевт заражается страданием пациента».

Этой фразой Юнг не исследовал в явном виде физическое зеркальное отражение и резонанс, но выразил нечто вроде реляционной перспективы контрпереноса. Первой реакцией терапевта может быть шок от симптомов пациента, например, «Боже мой, как можно быть таким толстым» или «Господи, ни за что не хотелось бы иметь такое тело!». Позвоночник терапевта напрягается соответствующим образом, как на предыдущей иллюстрации. Его лицо (глаза, лоб, рот) передают, что он не хочет есть. При этом его первая реакция уже заманила его в ловушку через контакт с руками, взгляд и ощущения. Терапевт не признает этого сознательно, но его тело осознает, что реакция на пациента оказалась в ловушке.



«Усилия по самоисцелению терапевта способствуют процессу терапии» (К.Г. Юнг).

Как влияют на нас депрессивные, раздраженные, страдающие и пренебрежительные пациенты? И как мы преодолеваем эти «инфекции»? Как защититься от вредного влияния пациентов, если мы параллельно стараемся чувствовать себя максимально открытыми? Один из вариантов – работа с воплощенным контрпереносом как катализатором для доступных нам сцен и техник.

Тогда ментальный образ решения возникает из самозащитной позиции против «инфекции»: «Усилия по самоисцелению терапевта способствуют процессу терапии» (парафраз высказывания К.Г. Юнга 2011).

Имея образ стройного пациента, он мысленно возвращает этот образ ему и, разумеется, будет искать способы не понимать, почему пациент такой толстый. На пути к освобождающему образу более стройного, более подвижного пациента терапевту придется предложить множество физических инициатив, чтобы избавиться от инфекции. Но инфекцию как таковую также можно включить во взаимодействие с пациентом на конкретном физическом уровне.



«Дыхание терапевта – ключ к восприятию контрпереноса» (Дж. Даунинг).

Эта концепция отличается от тех, где терапевты рассматриваются в основном как «контейнеры» для чувств своих пациентов, чтобы «удерживать» их неуправляемые, непереносимые, не воспринимаемые сознательно чувства к ним. Если такое удерживание становится слишком «выдерживающим» и слишком мало дыхания и пульсации, эффект, как правило, вреден для души и тела терапевта и, конечно, для процесса терапии. Наш резонанс оживляет терапевтический процесс, если мы делаем его доступным, и может быть использован в качестве катализатора и генератора новых паттернов физического движения, новых средств переживания и выражения пациентами, чтобы процесс стал более игривым и текучим (ср. Heinrich, 1997, 1999, 2001; Clauer, 2003; Heinrich-Clauer, 2014). Дыхание терапевта – ключ к их восприятию (см. Downing, 1996, с. 322.). То, что ощущалось во время контакта, можно выразить описательными словами и тщательно передать, а возможно, и выразить невербально.

Пациент, не осознающий своего страха и потребности в любви, может заставить терапевта затаить дыхание и прийти в ужас даже от одного физического расширения и доминирования. В этом случае восстановление терапевта возможно благодаря осознанию, что он затаил дыхание и испугался, и вопросу, обращенному к пациенту, не сталкивался ли он с подобным внутренним отношением в прошлом. Если пациент не

проявляет амнезии в отношении собственных травмирующих переживаний, он часто сообщает о них без эмоций или с улыбкой, так что я, как терапевт, испытываю явления соматического резонанса (например, потерю контакта с землей, замирание, испуг, замедление дыхания, тошноту и т.д.) и таким образом получаю ссылки на прошлые эмоциональные события. Когда пациенты активизируются и оживляются, у нас тоже есть шанс почувствовать себя более живыми.

3. Профессиональные риски в психотерапии

Если мы чувствуем себя обязанными сохранять эмпатичное отношение и не осмеливаемся ради собственной безопасности и собственного благополучия проводить какие-то динамические, биоэнергетические вмешательства в процессе терапии и в присутствии пациента, такое отношение может быть опасным.

3.1 Психологические риски: подавление гнева, депрессия, выгорание

«Противостоять вредным влияниям – это еще и вопрос жизненной силы: искушение пороком обессиливает» (Robert Musil в «The Man without Qualities»).



«Искушение пороком обессиливает» (Мюзил).

Этот терапевт, очевидно, утратил способность устанавливать границы, заземляться и демонстрировать самоконтроль в контакте с пациентами. Пространственно-временные границы тоже необходимы. Разрушение границ и отсутствие устойчивости может проявляться в таких симптомах, как трудности с соблюдением сроков, усталость, нехватка энергии, ощущение, что вас захлестнули проблемы пациента, размышления об историях пациентов дома, или когда пациенты контролируют ход сеанса.

Классические симптомы выгорания, упоминаемые в соответствующей литературе (см. Fengler, 1994):

- Эмоциональное истощение – депрессия (низкий уровень энергии)
- Низкий личностный потенциал (ощущение бесполезности, неэффективности)
- Деперсонализация и потеря эмпатии (циничное отношение к пациентам).

Считается, что выгоранию в профессиональной и личной жизни способствуют следующие аспекты:

- Дисбаланс между усилиями и вознаграждением
- Высокие требования при минимальном влиянии
- Нарушение баланса между работой и личной жизнью
- Нарциссическая регуляция в зоне риска: большая потребность в признании в сочетании с низкой возможностью вознаграждения

Помимо финансового вознаграждения необходимо ощущение своей эффективности и «награды» от работы. Пока у пациентов не появятся первые улучшения часто упорных и жестоких симптомов – или даже позитивные изменения в жизни, наша психотерапевтическая работа – испытание терпения. Работа с сопротивлением и негативом в отношениях между терапевтом и пациентом, необходимая во время психодинамической и биоэнергетической терапии, часто позволяет скорее впасть в отчаяние, чем почувствовать себя успешными, особенно в средней фазе длительной психотерапии.

Таким образом, психотерапевтическая работа как таковая уже отвечает некоторым из вышеперечисленных критериев контекстуальных условий, способствующих выгоранию. Добавьте к этому «конфиденциальность отношений пациент-клиент», подразумевающую обязательство защищать пациента и хранить молчание о содержании терапии для внешнего мира. Это требование вступает в конфликт с нашей потребностью быть замеченным в социальном окружении и получать признание за свою работу. Профессиональный риск нашей профессии почти не изучался на систематическом уровне, но в последнее время привлекает все больше внимания (см. многочисленные статьи и учебные курсы, рекламируемые в профессиональных журналах в последние годы) и обсуждался в немецком исследовании качества жизни психотерапевтов.

Среди профессиональной группы врачей самый высокий уровень самоубийств у психиатров и анестезиологов. Сравнительно высокие показатели самоубийств наблюдаются и среди психологов. Профессиональная работа с людьми, которые принижают и отрицают, являются наркоманами, имеют деструктивные отношения, негативно смотрят на жизнь, проявляют симптомы депрессии, ненависти, гнева, страха и извращений, может быть очень мучительной и снижать качество жизни. В случае пограничных пациентов мы иногда испытываем постоянные сомнения и угрозу своим границам и целостности.

Постоянная эмоциональная перегрузка – из нарциссических побуждений – может сделать человека больным и вызвать симптомы напряжения, стресса, истощения, усталости, нарушения сна, выгорания, злоупотребления табаком и наркотиками. Отношения с партнером, детьми, друзьями и семьей могут пострадать из-за того, что в личной жизни снижается готовность открыться интересам других людей. В целом, могут уменьшиться жизнерадостность, уверенность и веселье. В дополнение к симптомам депрессии могут появиться агрессивные чувства к пациентам, включая незаинтересованность, циничную или ироничную дистанцию, объективизацию контакта, враждебность, нетерпение, гнев и скуку.

Пациент просто становится объектом консультирования или терапии, при этом техника, о которой идет речь в конкретном «случае», рассматривается исключительно из профессиональных соображений без настоящего сопереживания и любящего отношения. Бессознательные враждебные реакции контрпереноса могут привести к садистским, ориентированным на власть отношениям с пациентами. Они могут быть вызваны не только дистанцированием и отвержением пациента, но и его навязчивым, созависимым и жалобным поведением (см. Reimer, Jurkat et al, 2005; Deutsches Ärzteblatt, 11, 2003; Niedersächsisches Ärzteblatt, 7, 2003).

С точки зрения самопомощи терапевтов, очень важно, чтобы мы установили временно-пространственную дистанцию по отношению к пациентам.

Позитивный образ дистанции в отношениях (индивидуация и сепарация) и автономии (независимость в отношениях) помогает ограничить любое чувство вины, которое мы можем испытывать. Биоэнергетические упражнения для дома (в промежуточный период) можно рассматривать как переходные объекты для пациента, они помогают поддерживать терапевтические отношения.

«Физические упражнения для заземления также позволяют пациенту позитивно развивать себя независимо от присутствия терапевта. При этом на психологическом уровне эти упражнения опираются на детские неиссякаемое терпение и радость, способствуя психомоторному прогрессу. Здесь мы находим психомоторные эквиваленты "путей выхода из страха и симбиоза"» (Kast, 1982) (см. Oelmann, 1996, с. 131.).

Кроме того:

«Когда симбиотический водоворот в терапевтических отношениях особенно велик, стимуляция выполнения упражнений дома определенно способствует автономному отделению клиента от терапевта. Клиент может развить чувство, что он может самостоятельно продвигаться по пути личностного роста независимо от контакта с терапевтом, даже без его непосредственного присутствия» (см. там же, с. 135).

Нельзя не отметить, что для нас, терапевтов, может быть целесообразно не только выполнять эти упражнения или давать рекомендации по ним пациентам, но и самим брать этот вид переходного объекта, чтобы использовать для себя в свободное время!

В этом контексте хочу обратить внимание на результаты исследований младенцев, которые показывают, что родители только в 20-30% случаев отвечают младенцу по-настоящему эмпатически или правильно настроены на него. Но у детей с надежной привязанностью родители (при условии, что они сами надежны и хорошо настроены) максимум в течение двух секунд предоставляют своим детям свободу и пространство. Дети регулируют это взаимодействие так же, как и себя, и дети, и родители могут снять напряжение (Tronick, 1989). Эти неявные, невербальные двухсекундные системы регуляции диады действуют на протяжении всего жизненного цикла. Для терапевтической ситуации это означает, что мы можем позволить себе расслабленное отношение, если уверены, что нам не нужно разрабатывать успешные вмешательства в 100% случаев, чтобы положительно повлиять на систему саморегуляции пациентов. Достаточно менее частых фаз внимательного и скоординированного контакта, чтобы пациенты оказались в положении, позволяющем им и нам вернуть внутреннее возбуждение в равновесие посредством взаимодействия.



«О планах терапевта на отпуск нужно говорить своевременно».

Своевременное заявление облегчает ответственность перед своей потребностью в отдыхе и восстановлении в рамках отношений. Своевременные договоренности придают ценность нашей связи с пациентом. Только если я отрицаю связующее качество терапевтических отношений – или даже не рассматриваю их как отношения, а только как рабочие отношения, определяемые техникой, – я прихожу к мысли считать разрывы и промежутки между сеансами несущественными.

С начала 1950-х годов из психосоматических исследований и работ Александра (см. Alexander, 1977) известно, что подавленные импульсы самоутверждения и подавленные враждебные импульсы имеют прямое физиологическое воздействие и являются причиной формирования соматических симптомов. С тех пор на эмпирическом уровне было доказано множество подобных психосоматических связей. В этом контексте стоит упомянуть работы исследователя эмоций Харальда Трауэ. В них показано, что подавление эмоциональных реакций, пренебрежение экспрессивным поведением при общении во время одновременного физиологического возбуждения, которое негативно влияет на вегетативную нервную систему и иммунную систему, приводит к появлению психосоматических симптомов. Тогда как выражение гнева – особенно, когда мы проявляем его по отношению к человеку, причинившему нам неприятности, – снижает кровяное давление и укрепляет иммунную систему (см. Traue et al, 2005; Sonntag, 2003, с. 48.). Мы, биоэнергетические терапевты, всей душой согласны с тем, что использование активных, экспрессивных и эмоционально освобождающих вмешательств в отношении пациентов теперь можно считать эмпирически обоснованным (Lowen 1978).

До сих пор выводы и эмпирические доказательства делались применительно к пациентам. До сих пор не предполагалось, что эти выводы в равной степени относятся и к нам, терапевтам. Сидеть на стуле и либо постоянно беспокоиться, либо эмоционально дистанцироваться и отстраняться (ни одна из двух этих позиций не может считаться здоровой в долгосрочной перспективе), оставаясь относительно неподвижным и бесстрастным к вялости, гневу и страданиям, депрессии или скрытой деградации наших пациентов – это нездорово!

Уже более десяти лет мы знаем о нейропластичности и образовании нервных клеток в гиппокампе, а также об адаптивности и способности мозга к обучению. При этом мы не должны забывать – в стремлении создать на основе МРТ «неврологические карты», отображающие «места» и соединяющие их пути, – что это скорее описание

нейробиологических и нейрофизиологических процессов. Речь идет в основном о снижении адаптивности, о дисрегуляции, а не о повреждении «на всю жизнь» (van der Kolk, 2010, с. 11). К счастью, идея нейропластичности актуальна для жизни и для нас, психотерапевтов, поскольку в противном случае нам тоже пришлось бы опасаться за единство разума и тела. Если мы будем обращаться к болезненным переживаниям пациентов, которые касаются пределов выживаемости, на протяжении всей нашей долгой профессиональной жизни, испытывая их прояснение и оживление только после очень длительного разбирательства, а иногда и вовсе не испытывая, мы окажемся в зоне риска.

1.2 Нарциссическое искушение

Чтобы не поддаться нарциссическим соблазнам и злоупотреблению эмоционально доминирующей позицией по отношению к пациенту, необходимы эмоциональная стабильность и внутренняя независимость. Из-за стрессовых ситуаций собственной жизни, потребности в контакте и жажды признания мы, терапевты, можем оказаться под угрозой нарушения личных границ и связанных с автономией потребностей пациентов (см. Schmidbauer, 1999). Как в английской, так и в немецкой литературе о психотерапевтах всегда упоминается «раненый целитель». Этот архетипический образ идет из идеи, что целитель и сам должен быть ранен, чтобы знать, как добиться успеха в исцелении. В то же время нередко подразумевается, что терапевты часто сами пережили травму и потому сами нуждаются в помощи, а значит, их терапевтическая эффективность снижена. Однако есть свидетельства, что собственный проблемный опыт на самом деле улучшает способность к эмпатии и тем самым повышает профессионализм терапевтов (Goldmann, 2007).

Александр Лоуэн всегда говорил, что мы не можем помочь пациентам продвинуться дальше, чем мы сами продвинемся в понимании собственного прошлого и решении собственных блокировок характера: «Терапевт не может продвинуть пациента по пути самопознания и самореализации дальше, чем продвинулся сам» (Lowen, 1993, с. 8).



«Терапевт не может продвинуть пациента по пути самопознания и самореализации дальше, чем продвинулся сам» (Лоуэн).

Большинство программ психотерапевтической подготовки «ориентировано на случай» и в первую очередь передает методологическую компетентность. Опасность здесь в том, что таким образом стимулируется нарциссическая позиция за счет концентрации исключительно на методологических вопросах и их преодолении – физическая реальность терапевта и последствия этой реальности для процесса игнорируются. Наши собственные уязвимости, обусловленные биографией, избирательно формируют нашу способность к резонансу и влияют на выбор и способы нашего вмешательства. Соответственно, отношения, которые предлагает терапевт, всегда носят субъективный, а не объективный характер, обусловленный только «случаем» или избранной методологией. Мы надеемся освоить компетентное, дифференцированное, менее конфликтное и менее защитное восприятие сигналов тела (основанное на телесной компетентности терапевта).

Не только депрессивные, но и принципиально нарциссические проблемы, безусловно, имеют наибольшую вероятность стать разрушительными для самого терапевта в рамках терапевтических отношений – из-за асимметричной позиции, а также некоторых ожиданий пациентов. То есть терапевт может больше говорить о себе, чтобы добиться восхищения, или применять сильные физические техники (ср. Downing, 1996, с. 340; Shapiro, 2000).

Бессознательные мотивы компенсированной нарциссической позиции терапевтов могут – как и в случае всех других структур – состоять в общем поиске признания, любви, самооценки и т.д. Однако особый мотив здесь еще и стремление терапевта к восхищению, превосходству, уступке пациенту своего внутреннего уменьшенного «я», стыд за то, что он человек и неполноценен, отсутствие надежной опоры (нижней части тела) и подчеркивание образа себя.

Однако принятие тезиса Лоуэна о желании помочь пациентам «двигаться вперед» уже может подразумевать и нарциссическую фантазию о всемогуществе!

Работа над саморегуляцией и самоконтролем пациента – с конечной целью его автономии – сама по себе означает, что «выполняем» ее не мы. Скорее, мы доверяем самоисцеляющим силам организма и рассматриваем себя в качестве компаньонов или катализаторов. Особенно нарциссический соблазн, кроющийся в понятии «выполнять», должен быть распознан как угроза с точки зрения более директивной техники, такой, как биоэнергетический анализ.

4. Преданность телу терапевта: «уход за инструментом»

Рекомендации психотерапевтам делать что-то для собственного здоровья и благополучия, избегать выгорания, безрадостности и вялости в основном сосредоточены на деятельности вне терапевтических сеансов, например, предложение заняться самотерапией, супервизией, супервизией коллег, спортом, оздоровлением, йогой, пением, танцами, молитвой, медитацией или поехать в отпуск. Разница между физической активностью до и после сеансов терапии, кроме неподвижного сидения во время сеансов, к счастью, не является частью биоэнергетического анализа – и также редко встречается в других формах телесной психотерапии. Биоэнергетическая забота о себе – это гораздо больше, чем самоанализ и супервизия, ориентированная на случай. Она означает «уход за инструментом», оживление себя, поддержание своей вибрации и постоянное стремление оставаться на земле, чтобы предотвратить депрессию и эмоциональную отстраненность из-за нагрузки. При этом биоэнергетика фокусируется на способности заземляться, дыхании, потоке энергии, а также ограничениях и силе эмоционального удержания – до, вовремя и после сеанса терапии. Многие интересные результаты нейро-иммунных и нейро-физиологических исследований шаг за шагом подтверждают то, что мы уже давно знаем из клинического опыта: наш организм имеет достаточно регуляторных систем для восстановления после стресса, если дать ему такую

возможность (см. Ehlert/ Känel, 2010; Schubert, 2011).

4.1 Упражнения, дыхание, заземление

В эпидемиологических исследованиях по психологии спорта в настоящее время интенсивно обсуждается конструкт под названием «Sedentariness» («сидячий образ жизни»). Результаты исследований «сидячего образа жизни» показали, что у тех, кто вообще не занимается спортом, но сидит лишь небольшое количество времени в течение дня, риск преждевременной смерти снижен по сравнению с теми, кто даже умеренно физически активен, однако большую часть дня сидит. Это свидетельствует против любой сидячей психотерапевтической работы!

«Сидячий образ жизни оказывается значительным фактором риска, особенно для возникновения таких метаболических заболеваний, как сахарный диабет 2 типа и коронарная болезнь». Более того: «сидячий образ жизни», согласно современным исследованиям, «это поведенческий риск для здоровья, который возникает относительно независимо от физической неактивности» (Fuchs & Schlicht, 2012, с. 7). Есть также эмпирические данные исследований пациентов с хроническими заболеваниями (артрит, рак, диабет, сердечно-сосудистые заболевания), касающиеся взаимосвязи физической активности с самочувствием, которые показывают, что программы чисто двигательных тренировок значительно более эффективными, чем эксклюзивные или дополнительные мотивационные/образовательные программы (см. там же, с. 42).

Переключаясь между фазами сжатия и расслабления во время физической активности, мышцы высвобождают в организме тип нейромедиатора под названием «эндорфины». Эндорфины вызывают приятные ощущения, своего рода естественный «кайф», и могут действовать как легкий анальгетик, уменьшая боль в теле. Определенные виды физической активности и болевые ощущения (например, «кайф бегунов» или такие виды спорта, как скалолазание и парапланеризм, которые связаны с ощущениями, напоминающими поток) могут вызывать выброс эндорфинов, порождая ощущение счастья. Этот эффект сейчас подтвержден медициной, хотя и ощущается очень по-разному на индивидуальном уровне.

В плоскости физического осознания, выражения и контроля тела эти результаты показывают, например, что ограничение времени, отведенного на разговор в терапии, не обязательно должно быть механистической, директивной и избегающей контакта техникой, как это часто утверждают некоторые аналитические критики. Напротив, это может по крайней мере улучшить самочувствие и сенсомоторные отношения пациентов с психосоматическими расстройствами. То есть, и нам, терапевтам, может быть полезно просто двигательно «отработать» (не просто с помощью вербальных подтверждений или воображения) тягостный опыт работы с пациентами, который хранится в нашем теле! Мы, терапевты биоэнергетического анализа, пользуемся преимуществом гибкой настройки. Как и в других гуманистических и физических психотерапевтических методах, во время работы с пациентами мы можем использовать разные способы физической активности. Дыхательные упражнения и упражнения, стимулирующие движение энергии, которые мы можем выполнять вместе с пациентами, тоже улучшают наше самоощущение и подвижность мышц в рамках этих отношений. Аналогичным образом, наша сила удержания и способность дистанцироваться могут расти вместе со способностью заземляться и глубоко дышать.

Основанный на реальности принцип заземления (Lowen, 1976), неотъемлемая часть биоэнергетического анализа, фокусирует наше внимание на нижней половине тела, на конкретном заземлении, на укоренении в «здесь и сейчас» и тем самым уводит от иллюзорной «я»-концепции (неверных суждений и чрезмерных требований). Упражнения на заземление стимулируют осознание тела на сенсомоторном и

проприоцептивных уровнях (см. Clauer, 2009; Siegel, 2011). Мы можем быть уверены в своей позиции и положении – как в конкретном, так и в переносном смысле. Например, проприоцептивные клетки стоп, рук и лица вместе с вестибулярным аппаратом в ушах дают информацию о нашем положении в мире, то же самое происходит при помощи наших костей, мышц, сухожилий и связок (ср. Clauer, 2009).

Упражнения по самопомощи для терапевтов 1: Заземление

(ВНИМАНИЕ: Эти упражнения предназначены для биоэнергетических терапевтов, обученных правильному использованию каждого. Делайте их, только если вы легко следуете указаниям и четко представляете себе правильное выполнение каждого упражнения. Прим. ред.)

➤ *Стойте, балансируя вес, на одной ноге, одновременно катая стопой другой ноги небольшой мяч. При необходимости можно держаться за стул для лучшего равновесия. Используйте маленькие резиновые мячики для массажа стопы (плантарного массажа) с акцентом на внешние края и пятку. Это подчеркивает внешний контур ног, бедер и спины, что меняет самовосприятие с рецептивного режима на активный. Контролируйте давление по тому, сколько веса прикладываете к каждой стороне. Выдыхайте, надавливая на стопу. Найдите звук для выражения своей боли. Поменяйте ноги.*

➤ *Поза, как у бегуна на старте: одна нога впереди, колени согнуты, пятки на полу, руки уперты в пол по обе стороны передней ноги. Опирайтесь на подушечки обеих стоп, как будто готовы броситься вперед. Это упражнение расслабляет ягодичные мышцы и растягивает ахиллово сухожилие. Способствует возникновению ощущения бега.*

➤ *Нагнитесь вперед (это же наклон вперед, это же «слон»): руки и ноги на полу; голова расслаблена, бедра высоко подняты, вес в основном на ногах. В этом положении стройте гримасы полу. Качайте головой и думайте о неприятных пациентах; издавайте вслух звуки «бррррр...».*

➤ *Оставаясь в позе слона, думайте о неприятных пациентах, которые плохо с вами обращаются. Используйте такие слова, как «Отстань!». Произносите их с сильным аффектом.*

➤ *Двигайте бедрами слева направо, говоря при этом: «Я ценю свою сексуальность, даже если вы не цените свою» (думая при этом о сексуально заторможенных пациентах).*

➤ *Встаньте на колени и голени, затем положите голову на пол (покрытый ковром) (она же поза младенца в йоге). Затем медленно и осторожно перекачивайте голову и лоб по коврику, используя для опоры и равновесия руки у лица. Перекачивание головы по полу расширяет поле зрения, освобождает любые блокировки в шее, основании черепа и глазных мышцах. Используйте это, чтобы на время «забыть о пациенте».*

4.2 Вокальное выражение

Здоровое воздействие активизации тела и вокальной экспрессии подтверждает исследование Франкфуртского института музыкального образования под названием «Пение способствует укреплению иммунной системы. А прослушивание музыки – нет!».

Исследователи из Франкфуртского университета измеряли показатели крови (иммуноглобулин А и кортизол) певцов из любительского хора до и после репетиций «Реквиема» Моцарта. Показатели крови, которые считаются индикатором иммунной системы организма, после пения повысились. Субъективное настроение певцов тоже

изменилось в лучшую сторону. Неделью спустя то же исследование выявило, что прослушивание «Реквиема» не оказало никакого положительного влияния на показатели крови (см. NOZ 01.17.04, сообщение о профессоре Хансе Гюнтере Бастиане из Франкфуртского института музыкального образования).⁶ В биоэнергетическом анализе мы подчеркиваем способность тела и голоса к самовыражению. Мы считаем высвобождающую силу вокальных выражений страха, печали или гнева терапевтически эффективной – как и вибрацию мышц (нейрогенный тремор). Экспрессивная работа с голосом – в отличие от согласованного пения или молчаливых упражнений на внимательность и йогу – это прекрасное разрешение быть нашим подлинным «я». Пронзительные визги, глубокие вздохи, яростные крики, звериный рев, глубокие рыдания, громкий залиvistый смех теперь находят себе место, и мы можем стимулировать свой голос изнутри, тонизировать себя, освободиться от любого стресса и обратиться к своему социальному окружению со своими эмоциями. Мы обращаем внимание на вокальный тембр (эмоциональную окраску), мелодику (просодию), громкость и умение сделать себя заметным в окружении. В этом отношении биоэнергетический анализ сильно отличается от других чисто терапевтических телесных техник, таких, как йога (кроме йоги смеха), тайцзи, ц-гун, шиацу, остеопатия, медитация, концентрация и т.д. или даже от чисто вербальных методов, работающих на принципах внимательности и воображения. Насколько мне известно, ни один другой психотерапевтический метод не работает с голосом в явном виде.

Даже в психодраме и гештальт-терапии голос не имеет такого статуса, как в биоэнергетическом анализе.

Упражнения по самопомощи для терапевтов 2: Вокальное выражение (разрядка)

➤ *Встаньте на четвереньки и попеременно прогибайте («корова») и выгибайте («кошка») спину. Используйте упражнение йоги «корова-кошка», вдыхая страх в позу «корова» и выдыхая облегчение в позу «кошка». Представьте трудного и страшного пациента, глядя в потолок, и вдохните со звуком «хи». Затем представьте, что он вышел через вашу дверь, а вы выгибаете спину как кошка, отпускаете и выдыхаете со звуком «аах». Вы можете ощутить разрядку тревоги с преувеличенным, усиленным звуком страха (разрешение бояться) и контроль над своим отвращением и страхом, переключаясь между страхом и облегчением. Верхняя и нижняя части тела становятся единым целым благодаря волновому движению (доверие через тазовое дыхание) и ослаблению ригидности, удерживаемой страхом (глаза, рот, шея, горло, диафрагма). Этот парадокс часто освобождает место для легкого и даже веселого настроения. (Это упражнение можно выполнять и стоя, представляя, что вы видите лицо неприятного пациента на потолке.)*

➤ *Попробуйте начать смеяться в положении стоя. Сначала выгните спину (арка, она же «дуга»), затем наклонитесь вперед (наклон вперед, он же «слон»). Смех – это самый простой, приятный и спонтанный способ углубить дыхание (объяснение упражнений см. Shapiro, 2008, с. 79).*

➤ *Представьте, что вы – терапевт-идиот. Высовывайте язык поочередно влево или вправо и смейтесь с радостным, абсолютно глупым возбуждением (там же, с. 69).*

⁶ Кортизол – гормон, который в частности оказывает катаболическое действие и тормозящее влияние на иммунную систему, широко используется в медицине для подавления чрезмерных реакций организма и воспаления. В этом смысле повышение уровня кортизола после пения можно рассматривать как существенный признак реакции организма в пользу улучшения иммунитета. Иммуноглобулин А (IgA) – это антитело, которое содержится в основном во внешних жидкостях организма, где оно образует важный защитный барьер для патогенов.

Случай из практики. Самопомощь

Коллега, проходящая обучение, рассказала в группе самоанализа о бессоннице. Перед первыми консультациями она не могла заснуть из-за страха две ночи и мучилась сомнениями в своих силах. Она не могла заснуть и после того, как приехала туда, где проходили семинары (где проходило обучение). При первичной телесной диагностике ее осанки в положении стоя стали заметны приподнятые, напряженные плечи и тревожное выражение глаз. Она сообщила о симптоме «замороженного плеча». В телесно-ориентированной семейной констелляции соответствующей биографической сцены возникла картина, как трое старших братьев навалились ей на плечи и давят. Они часто пугали и мучили ее своими выходками: она вспоминает, как в возрасте 4 лет пошла в темноте через двор в пристройку и сидела там одна, а братья выключили свет. Она испугалась и закричала. Родители не замечали этой мерзкой выходки и ее ужасного положения. Сейчас, став взрослой, она говорит, что не может кричать и чувствует себя запертой в собственном теле, когда чувствует себя перегруженной чрезмерными требованиями. Во время работы над этой сценой она осмелилась повысить голос и постепенно стала кричать «Прекратите!» с нарастающей громкостью, пока это не закончилось резким криком, заполнившим всю комнату. Это расслабило мышцы плеч и наполненные страхом глаза. В следующую ночь она смогла спокойно спать в здании для семинаров. Вернувшись домой, она регулярно практикует крик, когда едет в машине на консультационную работу, и сообщает, что ей снова удается засыпать.

4.3 Прикосновение и успокоение

Кожный контакт снижает кровяное давление, способствует взаимодействию адреналовой системы («бейся-беги-замри») для выделения окситоцина – гормона мира и любви (см. Uvnäs-Moberg, 2003). Если физический контакт в отношениях происходит безопасным образом, это, с точки зрения нейроцепции, стимулирует «умный» вентральный блуждающий нерв (VVC), скорее всего, через механизм окситоцина и наряду с мимикой и эмоциональным обменом стимулирует и просоциальное поведение (см. Porges 2010; Clauer, 2013, с 152.).

На мой взгляд, отличие биоэнергетического анализа (и других телесных психотерапий, работающих с отношениями) от таких чисто телесных терапий, как массаж, физиотерапия, остеопатия, йога и т.д., в том, что он определяется не просто механическим контактом с незнакомым человеком, а построением отношений, ритмически скоординированными жестами и физическим контактом, связанным с образами отношений, которые стимулируют другие реакции через блуждающий нерв. Специфика доверительного физического контакта в рамках доверительных отношений не была должным образом изучена в нейробиологических, этологических ориентированных исследованиях.

Прикасаясь к пациентам, используя различные практические техники и виды контакта (например, сидя спина к спине, прижимая руки и ноги друг друга, обнимая их, «танцуя» с ними), мы прикасаемся к ним и тем самым сталкиваемся с эффектом обратной связи. Это означает, что во время биоэнергетической работы стимулируется наш VVC. Физический контакт полезен и абсолютно необходим для психотерапевтов. При работе с воздержанием от прикосновений при физическом контакте с пациентами тем более необходимо, чтобы мы сами были достаточно обняты в нашей собственной частной жизни и с любовью поддерживали полноценную сексуальную жизнь.

Упражнения по самопомощи для терапевтов 3: Упражнения для партнеров по телесному контакту в домашних условиях

➤ Лягте на спину партнера, который лежит на матрасе лицом вниз. Используйте это для безопасного заземления партнера. Расслабьтесь и дышите медленно.

➤ Сядьте напротив партнера и положите ноги на ноги партнера, чтобы поддержать друг друга в заземлении.

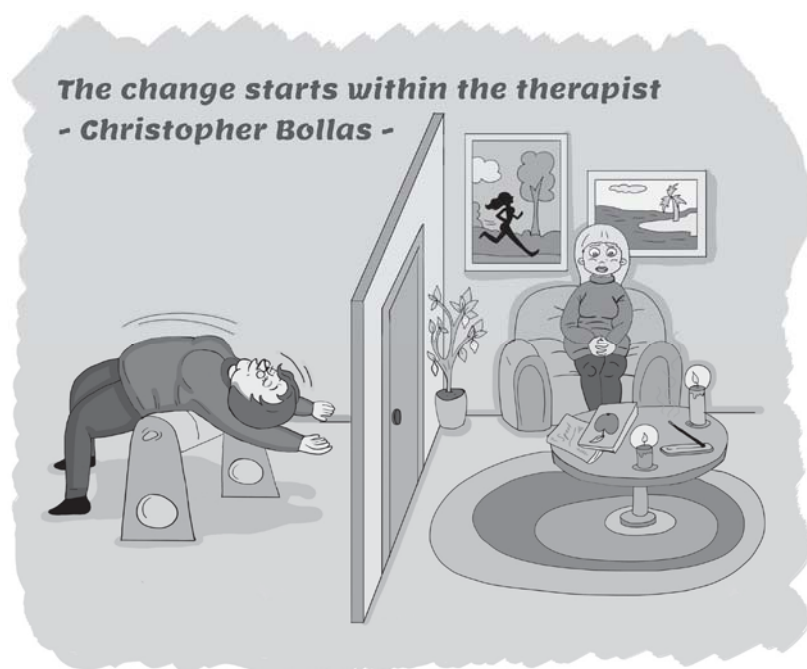
➤ Примите позу «дуга» (она же «арка»). Пусть ваши руки выше локтей поддерживает партнер, чтобы добиться медленного расширяющегося растяжения в грудных мышцах (так сказать, «расправленные крылья»). Наклонитесь вперед, пока партнер медленно и осторожно тянет ваши руки назад.

➤ Попросите партнера коснуться руками вашей спины, пока вы согнуты в позе слона.

➤ Затем, когда вы опустите голову, попросите партнера сделать вам массаж шеи, пока вы остаетесь в позе слона.

➤ Встаньте спиной к спине с партнером. Вы оба начинаете толкать друг друга через всю комнату со всей силой, которая есть в вашем тазу/ягодицах. Окажите сопротивление партнеру, используя голос. Представьте место, куда вы хотите отправить партнера. Затем повернитесь и встаньте друг напротив друга. Чтобы почувствовать свои границы, положите руки на тазобедренный сустав партнера и медленно толкайте его через комнату, в то время как он оказывает сопротивление, двигаясь через комнату обратно.

4.4. Устойчивость и жизнеспособность как физическая концепция



**«Изменения начинаются внутри терапевта»
(парафраз из Кристофера Болласа, 1989).**

Несомненно, это утверждение похоже на высказанное К.Г. Юнгом — относительно эмоциональной и ментальной инфекции и соответствующих внутренних попыток терапевта самоисцелиться. В биоэнергетическом анализе есть телесное понимание «инфекции» и «стремления к самоисцелению»: «Личность человека не

может измениться, пока не произойдет соответствующего изменения в его физической динамике» (ср. Lowen, 1993, с. 8).

Разумеется, это относится и к нам, терапевтам. Наша особая ответственность в том, чтобы применять только те вмешательства, которые мы сами испытали и изучили (ср. Pechtl, 1980, с. 196 и Schroeter/Thomson, 2011), и, хочу добавить, только те, которые мы сами готовы продолжать практиковать.

«Поэтому для меня очень важно знать разные области пространства собственного тела в виде эмоционально-вибрационной способности в восприятии и физической активности, эмоциональной выразительности и блокировки» (ср. Oelmann, 2009, с. 66).

Способность устанавливать границы – навык, который направлен в первую очередь не против других, а доступен самому себе: радостное «нет» на нарушение ваших границ – важная задача! Депрессия манит измученного терапевта, так как дыхание часто становится реже или же редкое дыхание – это результат попытки не чувствовать так сильно и защититься от чувств пациента. Способность установить границу зависит не только от осознания силы своих мышц, но и в значительной степени от способности глубоко дышать. Благодаря ей тело приобретает упругость и тонус, поскольку грудной отдел позвоночника при вдохе выпрямляется. Тем самым мы посылаем невербальные сигналы, демонстрирующие, что мы полностью владеем своей силой и действительно обеспечиваем себе внутреннее пространство. Кроме того, мы невербально показываем нашему собеседнику личное пространство и границы нашего контакта. У других меньше шансов проникнуть в нас, когда мы достаточно наполняем себя (дыханием). Если речь наполнена дыханием, голос сообщает, что мы уверены в себе. Уверенность в себе действует как граница контакта. Для этого даже не требуется ни противостояния, ни борьбы. Иногда достаточно просто глубокого вздоха или прямого заявления, чтобы указать, что для нас это слишком.

Мы можем сформировать границу контакта, используя биоэнергетические упражнения для дыхания и голоса для ежедневной «гигиены».

Упражнения по самопомощи для терапевтов 4: вокальная экспрессия, зарядка и построение границ

➤ На выдохе издайте сильный звук «хах!» в разных вариациях (громко-тихо, коротко-долго). Можно использовать внутренние образы или представить, что мы кого-то пугаем (возможно, пациента). Мы можем отпугивать других людей своим голосом. А можем просто спроецировать звук на ближайшую стену или послать его в потолок (что расслабляет диафрагму).

➤ Экспериментируйте с согласными, которые дают ощущение границ и резкости, например: «... Шишиши ...» – «Пппах» – «Ккккках» – «Тсссс» (громко).

➤ Представьте доминирующего пациента. Вытяните руку, мысленно направьте указательный палец в сторону этого человека, произнося: «Ты должен сделать так, как я хочу!» Или: «Последнее слово будет за мной!»

➤ Лежа на животе на матрасе, максимально напрягите мышцы спины, рук и ног, повысьте тон голоса и удерживайте, восклицая: «Я могууууу!» Остановитесь на вершине (пике) самоконтроля. Это заряжает энергией, бодрит и согревает. Способствует развитию ощущения своей эффективности. Тонизирует мышцы вместо того, чтобы растягивать и отпускать. Это чувство сдерживания, а не разрядки (см. Shapiro, 2006).

Упражнения на заземление и экспрессивная работа с агрессивными импульсами могут помочь нам не удерживать в себе репрезентативный гнев и возмущение, которые могут возникнуть в результате терапевтического контакта. В этом могут помочь такие биоэнергетические техники, как удары теннисной ракеткой, пинки матраса в положении лежа, использование прорезывателя для зубов, рычание и т.д. Расслабляя мышцы живота, спины и ног в сопровождении голосовой экспрессии, мы устанавливаем контакт со своей эмоциональностью и принимаем свой протест всерьез, чтобы вновь взбодриться.

Направляя внимание на скрытый агрессивный заряд, стоящий за изнуряющей депрессией, и позволяя активизировать свой гнев в безопасных рамках – вместо того, чтобы просто регулировать себя с помощью успокаивающих, регрессивных и связанных с избеганием действий, – мы действуем бодро, выходим из состояния отторжения и заново организуем свои эмоциональные паттерны движения. Позитивная ориентация или оценка наших агрессивных импульсов – даже тех, которые вызывают недовольство, – дает возможность оставаться в контакте с собой и другими в конструктивной манере. Здесь биоэнергетический анализ имеет аспект заботы о себе, который невозможно переоценить, что тоже согласуется с результатами исследований эмоций (ср. Koemedea, 2006).

Упражнения по самопомощи для терапевтов 5: Сопротивление

➤ *Постучите по груди, стимулируя вилочковую железу, провозглашая: «Я первый!» (снижает альтруистический режим).*

➤ *Вытяните руки вверх, затем повернитесь в сторону, представляя, что чувствуете сопротивление воздуха и отталкиваетесь от него.*

➤ *Встаньте в дверном проеме, надавливая на дверной косяк раскрытыми ладонями при выдохе.*

➤ *Прижмите ладони друг к другу (см. Shapiro, 2008, 2009).*

➤ *Лежа на спине, на выдохе толкайте воздух ногами, пальцы ног направлены к лицу, пятки – к потолку. Представьте, что отталкиваете кого-то.*

➤ *Лежа на спине, толкайте воздух ногами, выкрикивая: «Бей!» (вспомните пациентов прошлой недели), при этом позволяя ягодицам подпрыгивать на полу.*

➤ *Примите позу слона, прислонившись к стене или кубу.*

➤ *Прижмитесь к кубу шеей и верхней частью спины, выдыхая и восклицая «Нееееет!», повышая голос.*

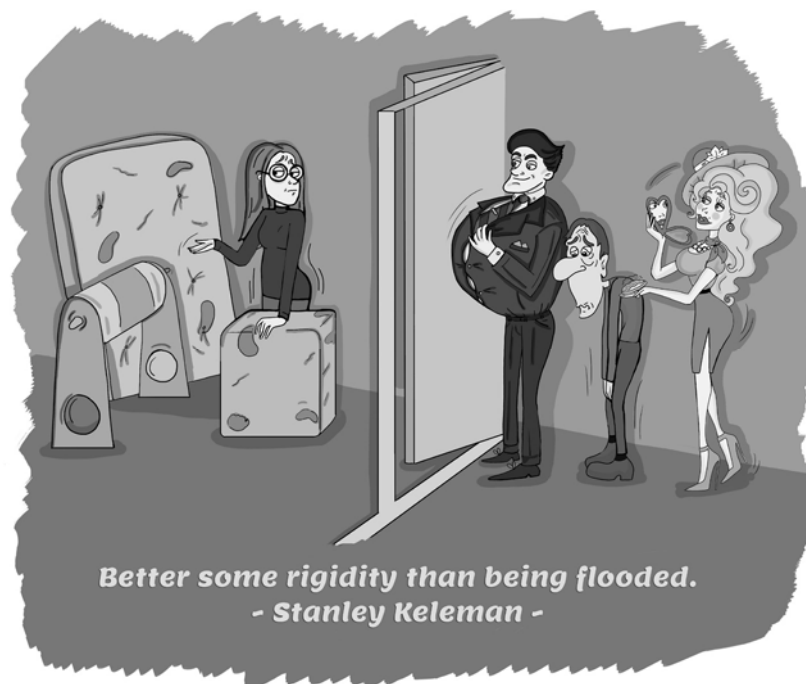
➤ *Потопайте ногами, говоря: «Я не хочу тебе угождать!». Выдвиньте челюсть, руки в защитной позиции. Заведите локти за спину, крича «Бей!». (Представьте своих самых надоевших пациентов.)*

➤ *Проявите самоконтроль во время классических биоэнергетических упражнений, которые здесь используются не для снятия стресса, а для сдерживания сил: побейте куб или лягте и 10 раз ударьте ногами по коврику, 10 раз сильно ударьте руками вниз. Не останавливайтесь до изнеможения! Остановитесь, когда почувствуете, что контролируете гнев.*

➤ *Перейдите на дыхательный стул (не как учили, в позиции сдачи, а держа голову поднятой, глядя прямо вперед). На выдохе выдвиньте нижнюю челюсть и подайте таз вперед.*

Я рассматриваю следующее высказывание Стэнли Келемана (2008) как указание на поддерживающую здоровье функцию «жестких» биоэнергетических процедур в терапевтическом процессе. Эти слова, безусловно, относятся к пациентам. Но с точки зрения заботы о себе они в равной степени относятся и к нам, терапевтам. Ригидные

терапевты (согласно анализу структуры характера Лоуэна) не допускают никаких сердечных чувств к пациентам. В вопросах любви и сексуальности преобладает трезвый и фактический, незрелищный подход. У них также больше «структуры» (эмоционального контроля), чем у так называемых доэдипальных характеров. То, что «эмпатическая проблема» (взаимная растерянность и сговор) может быть ограничена в их терапевтическом консультировании – с акцентом на сотрудничество и ритуализированные упражнения – может рассматриваться как положительный аспект ригидного терапевта. Повторения и директивные, ритуализированные биоэнергетические техники и упражнения, основанные на осязаемых объектах и технических средствах, защита для нас, терапевтов, в контексте нашего риска утонуть в эмоциях!



«Лучше немного жесткости, чем затопление» (Стэнли Келеман).

Работа, однако, не проблема для ригидного характера. Чтобы спасти ригидного терапевта от ориентации исключительно на технику, важна игровая активность и открытие сердца (Shapiro, 1993, 2008, 2009).

Резюме

В этой статье показана важность эмпатического и резонирующего тела психотерапевтов. В ней сделан акцент на ценности использования подвижности самого тела в самопомощи для телесных психотерапевтов. Приводятся биоэнергетические упражнения, помогающие терапевту восстановиться от последствий негативного опыта работы с трудными пациентами. Включено множество упражнений для заземления и выражения негативности, а также для удержания (установления) границ, чтобы укрепить здоровье практикующего терапевта.

Литература

- Alexander, F. (1977): Psychosomatische Medizin. Berlin, de Gruyter.
Bauer, J. (2005): Warum ich fühle, was Du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg, Hoffmann & Campe.

- Bauer, J. (2011): Schmerzgrenze. Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt. München, Karl Blessing.
- Bollas, C. (1989): Forces of Destiny. London, Free Association Books.
- Bollas, C. (2012): Der Schatten des Objektes. Das ungedachte Bekannte. Zur Psychoanalyse Der frühen Entwicklung. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Buti-Zaccagnini, G. (2011): Affective Relationships and Bodily Processes. In: Heinrich-Clauer, V. (Ed., 2011): Handbook Bioenergetic Analysis. Gießen, Psychosozial-Verlag, 149–158.
- Clauer, J. (2003): Von der projektiven Identifikation zur verkörperten Gegenübertragung. Eine Psychotherapie mit Leib und Seele. Psychotherapie Forum 11, Berlin, Springer, 92–100.
- Clauer, J. (2009): Zum Grounding-Konzept der Bioenergetischen Analyse. Neurobiologische und entwicklungspsychologische Grundlagen. Psychoanalyse & Körper 15/8.Jg., Gießen, Psychosozial-Verlag, 79–102.
- Clauer, J. (2011): Neurobiology and Psychological Developmental of Grounding and Embodiment. Bioenergetic Analysis Vol. 21, 17–55.
- Clauer, J. (2013): Psychovegetative Regulation, Kooperation, Triade und das Grounding-Konzept der Bioenergetischen Analyse. In: Thielen, M. (Hrsg., 2013) Körper-Gruppe-Gesellschaft (S. 277– 286), Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Downing, G. (1996): Körper und Wort in der Psychotherapie. München, Kösel.
- Ehlert, U. & von Känel R. (Hg., 2010): Psychoendokrinologie und Psychoimmunologie. Berlin, Springer.
- Ehrensperger, T. (Hg., 1996): Zwischen Himmel und Erde. Beiträge zum Grounding-Konzept. Basel, Schwabe.
- Fengler, J. (1994): Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. München, Pfeiffer.
- Fuchs, R. & Schlicht, W. (Hg., 2012): Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität. Göttingen, Hogrefe.
- Gershon, M.D. (1998): The second brain. New York, Harper Collins.
- Goldmann, A.-V. (2007): Lebenszufriedenheit und seelische Gesundheit von psychotherapeutisch tätigen Psychologen. Diplomarbeit Universität Osnabrück.
- Heinrich, V. (1997): Körperliche Phänomene der Gegenübertragung. Therapeuten als Resonanzkörper. Welche Saiten kommen in Schwingung? Forum der Bioenergetischen Analyse 1, 32–41. Heinrich, V. (1999): Physical Phenomena of Countertransference: Therapists as a Resonance Body. Or – Which Strings come into Action? Bioenergetic Analysis Vol.10, No. 2, 19–31.
- Heinrich, V. (2001): Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung in der Körperpsychotherapie. Psychotherapie Forum 9, Berlin, Springer, 62–70.
- Heinrich-Clauer, V. (2009): Die Rolle der Therapeutin in der Bioenergetischen Analyse: Resonanz, Kooperation und Begreifen. In: Geißler P. & Heinrich-Clauer V. (Hg.): Psychoanalyse & Körper, PUK 15 (2), 31–55.
- Heinrich-Clauer, V. (Ed., 2011): Handbook Bioenergetic Analysis, Gießen, Psychosozial-Verlag. Heinrich-Clauer, V. (2014): Bioenergetische Selbstfürsorge für Therapeuten. Zwischen Öffnung und Abgrenzung. Forum Bioenergetische Analyse 2014. Gießen, Psychosozial-Verlag, 9–33.
- Jung, C. G. (2011): Praxis der Psychotherapie. Gesammelte Werke 16. Ostfildern (Patmos).
- Klopstech, A. (2005): Stellen die Neurowissenschaften die Psychotherapie vom Kopf auf die Füße? Neurowissenschaftliche Überlegungen zu klassischen Konzepten der (Körper-) Psychotherapie. Psychoanalyse & Körper, 4. Jg., 11, 7, Gießen, Psychosozial-Verlag, 69–108.

- Klopstech, A. (2011): Catharsis and Self-Regulation Revisited: Scientific and Clinical Considerations. In: Heinrich-Clauer, V., (Ed.,2011), Handbook Bioenergetic Analysis, Gießen, Psychosozial-Verlag, 441–468.
- Körner, J. (1998): Einfühlung: Über Empathie. Forum der Psychoanalyse 14, 1–17.
- Koemeda, M. (2006): Is there Healing Power in Rage? – The Relative Contribution of Cognition, Affect and Movement to Psychotherapeutic Processes. Bioenergetic Analysis Vol. 16, 103–127.
- Koemeda, M. (2012): Integrating Brain, Mind and Body: Clinical and Therapeutic Implications of Neuroscience. An Introduction. Bioenergetic Analysis Vol. 22, 57–77.
- Kriz, J. (1985): Grundkonzepte der Psychotherapie. München (Urban & Schwarzenberg).
- Lewis, R. (2004): Projective Identification Revisited – Listening with the Limbic System. Bioenergetic Analysis Vol. 14, No 1, 57–73.
- Lewis, R. (2005): The Anatomy of Empathy. Bioenergetic Analysis Vol. 15, 9–31.
- Lowen, A. (1978): Depression: Unsere Zeitkrankheit, Ursachen und Wege der Heilung. München, Kösel.
- Lowen, A. (1976): Bioenergetics. New York, Penguin Books.
- Lowen, A. (1975): Pleasure. A Creative Approach to Life. New York, Penguin Books.
- Lowen, A. (1995): Joy. The Surrender to the Body. New York, Penguin Books.
- Lowen, A. (1996): Erdung. In: Ehrensperger, Th. (Hg), Zwischen Himmel und Erde. Beiträge zum Grounding-Konzept. Basel (Schwabe), 11–17.
- Musil, R. (2014): Der Mann ohne Eigenschaften. Hamburg, Rowohlt.
- Oelmann, K. (1996): Grounding – Identitätsfindung als Bioenergetischer Analytiker. In: Ehrensperger, T. (Hg., 1996): Zwischen Himmel und Erde: Beiträge zum Grounding-Konzept. Basel, Schwabe, 129–142.
- Oelmann, G. & Oelmann, K. (2009): Analytische Live-Supervision von Körperpsychotherapie. In: Geißler P. & Heinrich-Clauer V. (Hg.): Psychoanalyse & Körper, PUK 15 (2), 57–78.
- Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2010): Trauma und Körper. Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz. Paderborn, Junfermann.
- Pechtl, W. (1980): Die Therapeutische Beziehung und die Funktion des Therapeuten in der Bioenergetischen Analyse. In: Petzold H. (Hg., 1980): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Junfermann (Paderborn), 189–210.
- Porges, S. (2010): Die Polyvagal Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Emotionen, Bindung, Kommunikation und ihre Entstehung. Paderborn (Junfermann).
- Reimer, C., Jurkat, H. B., Vetter, A. & Raskin, K. (2005): Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten – eine Vergleichsuntersuchung. Psychotherapeut 2, 107–114. Reimer, C. & Jurkat, H. B. (2001): Lebensqualität von Psychiatern und Psychotherapeuten. Schweizerische Ärztezeitung 92:32/33, 1733–1738. In: Deutsches Ärzteblatt PP, Heft 11, Nov. 2003, 511f.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Fogassi, L. & Gallese, V. (1999): Resonance behaviors and mirror neurons. Archives Italiennes de Biologie 137, 85–100.
- Schmidbauer, W. (1999): Wenn Helfer Fehler machen. Liebe, Missbrauch und Narzissmus. Reinbek (Rowohlt).
- Schore, A. (2002): Advances in Neuropsychoanalysis, Attachment Theory and Trauma Research: Implications for Self Psychology. Psychoanalytic inquiry 22, 433–484.
- Schore, A. (2003): Affect regulation and the repair of the self. New York (Norton & Co.).
- Schore, A. (2005): Erkenntnisfortschritte in Neuropsychoanalyse, Bindungstheorie und Traumaforschung: Implikationen für die Selbstpsychologie. Selbstpsychologie

- Schroeter, V., Thomson, B. (2011): Bend into Shape. Techniques for Bioenergetic Therapists. Self Press. CA.
- Schubert, C. (Hg., 2011): Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie. Stuttgart (Schattauer). Shapiro, B. (1993): Healing the Sexual Split between Tenderness and Aggression. Bioenergetic Analysis Vol. 5, No 2. 75–87. (also in Heinrich-Clauer, V. (Ed., 2011): Handbook Bioenergetic Analysis. Gießen, Psychosozial-Verlag, 235–246).
- Shapiro, B. (2000): Will Iceberg Sink Titanic? Bioenergetic Analysis Vol. 11, No 1, 33–42.
- Shapiro, B. (2006): Bioenergetic Boundary Building. Bioenergetic Analysis Vol. 16, Gießen, Psychosozial-Verlag, 153–178.
- Shapiro, B. (2008): Your Core Energy is Within Your Grasp. Bioenergetic Analysis Vol. 18, Gießen, Psychosozial-Verlag, 65–91.
- Shapiro, B. (2009): Rekindling Pleasure: Seven Exercises for Opening your Heart, Reaching Out and Touching Gently. Bioenergetic Analysis Vol. 19, Gießen, Psychosozial-Verlag, 53–84.
- Siegel, D. (2011): Geistiges Sehen: Die neue Wissenschaft von der Persönlichen Wandlung. Lecture, 21. International Conference for Bioenergetic Analysis, San Diego/CA.
- Sonntag, M. (2003): Self-Expression versus Survival. Die grundlegenden Bioenergetischen Konzepte im Lichte der neueren psychobiologischen Erkenntnisse und der Affektforschung. Forum der Bioenergetischen Analyse 2/2003, 45–70.
- Tonella, G. (2011): The Self: Its Functions, its Attachments and its Interactions. In: Heinrich-Clauer, V. (2011): Handbook Bioenergetic Analysis, Gießen, Psychosozial-Verlag.
- Traue, H., Deighton R. M., Ritschi P. (2005): Emotional Inhibition and Disease. Bioenergetic Analysis 2005 (15), 55–88.
- Tronick, E. (1989): Emotions and emotional communication in infants. American Psychologist 44, 112–119.
- Uvnäs-Moberg, K. (2003): The Oxytocin Factor. Tapping the Hormone of Calm, Love and Healing. Cambridge, MA, Da Capo Press.
- Van der Kolk, B. A. (2010): Vorwort. In: Odgen, P., Minton, K., Pain, C. (2010): Trauma und Körper. Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz. Paderborn, Jungfermann, 15–26.

Об авторе

Доктор Вита Хайнрих-Клауэр дипломированный психолог, СБТ, преподаватель ПВА, психотерапевт, супервизор, автор. Член ПВА с 1985 года, попечительского совета ПВА с 2002 по 2008 год. Редактор «Руководства по биоэнергетическому анализу».
www.vita-heinrich-clauer.de

Энергетика терапии пар

Гарет Бедросян

В этой статье рассматривается энергетическая коммуникация между партнерами, которая иногда разрушает их связь. Посредством интеграции биоэнергетического анализа (БА) и различных методов работы с отношениями, таких как реляционная теория образов (IRT) и эмоционально ориентированная терапия пар (EFT), я предлагаю идеи и вмешательства, которые могут устранить такие невербальные энергетические нарушения между партнерами. Приводятся примеры сеансов с двумя парами с использованием комбинации теорий. В конце статьи приводятся техники работы с телом для пар, направленные на решение таких проблем, как борьба за власть, негатив, сотрудничество, соединение/сохранение и поддержка/получение.

Ключевые слова: биоэнергетика, реляционная теория имаго, энергия, техники телесной работы для пар

1. Введение

Меня захватывает динамика любовных отношений. Мне интересно, что влечет одного человека к другому; что делает отношения успешными; что вызывает напряжение и разочарование; почему и как любовь исчезает; как конфликт может информировать или укреплять, а не ослаблять связь; и как история человека влияет на успех или неудачу его любовной жизни.

Поскольку биоэнергетическая работа с парами не была основным направлением моей подготовки, я обратилась к области терапии отношений. Объем работ по терапии отношений огромен.

Некоторые из наиболее популярных в настоящее время в США теорий предлагают ценное понимание, как создать успешные отношения. Назову некоторые. Джон и Джули Готтман создали Институт Готтмана, который является лабораторией по изучению и преподаванию в сфере успешных отношений. Гай и Кэтлин Хендрикс создали Институт Хендриксов, который обучает осознанной жизни и любви. Международный центр передового опыта в области эмоционально фокусированной терапии (EFT) Сью Джонсон тоже предлагает ценную информацию о проблемах привязанности, влияющих на отношения взрослых людей, и о том, как улучшить, восстановить и сохранить здоровые отношения. ППТП (Психологический подход к терапии пар) был разработан Стэном Таткином. Харвилл Хендрикс и Хелен ЛаКелли Хант стали сооснователями реляционной теории имаго (IRT).

Биоэнергетический анализ (БА), терапия отношений образов (IRT) и эмоционально фокусированная терапия (EFT) имеют общие теоретические принципы, которые соотносят привязанность и опыт развития в детстве с чертами характера и стилем отношений взрослого, что делает их сочетание естественным (Lowen, 1975; Hendrix, 1988; Johnson, 2008; Scharff & Scharff, 1991). Люди не только накапливают детские травмы в мышцах и клетках своего тела, как утверждает биоэнергетический анализ, но и развивают бессознательный паттерн любви, который определяет выбор партнера и стиль отношений, как утверждают реляционная теория образов и эмоционально фокусированная терапия пар. В этом разделе я подробнее расскажу о каждой из этих методик.

1.1 Биоэнергетический анализ

БА предлагает уникальное понимание долгосрочных последствий ранних травм

в отношениях и того, как эти травмы влияют на способность человека устанавливать связь с людьми и окружающим миром. БА способствует высвобождению эмоциональных, ментальных и соматических защитных паттернов, чтобы человек мог с большей сердечной готовностью вступать в связь и любить.

Объединение в «пару» в биоэнергетическом анализе происходит между клиентом и терапевтом, и через эти отношения клиент возвращает себе способность быть уязвимым по отношению к другому. В сборнике статей под названием «Реляционная соматическая психотерапия» Боб Хилтон подробно пишет об исцелении отношений, которое происходит, если клиент способен эмоционально и соматически разрушаться и восстанавливаться в безопасных и последовательных отношениях с терапевтом (Hilton, 2007). Я прочувствовала это невероятное исцеление на себе в терапевтических отношениях с Бобом Хилтоном, и это оказало глубокое влияние на мою жизнь и отношения. Его присутствие и пронизательность, способность замечать, поддерживать и бросать вызов моим реляционным травмам и защитным паттернам превратили меня из испуганной, диссоциированной девушки в динамичную, склонную к отношениям женщину. Но все-таки есть и другая динамика, которая возникает в первичных любовных отношениях и мешает такому исцелению.

Я знаю, что я не одна такая. Пары, которые я знаю лично и профессионально, разделяют этот противоречивый опыт. Романтическое партнерство, похоже, провоцирует основные травмы и защиты, независимо от глубины индивидуального исцеления. Конечно, индивидуальное исцеление может помочь и, возможно, облегчить эти нарушения, но не устраняет их в романтических отношениях. Поскольку я обучалась обоим методам, объединение БА с реляционной терапией имело смысл. Пары неизбежно сталкиваются с бессознательным напряжением в отношениях и с большей вероятностью найдут долговременное разрешение, если пройдут совместное энергетическое исцеление, которое предлагает БА.

1.2 Теории отношений

Джон Готтман много пишет об успешных отношениях и утверждает, что даже успешные пары спорят, не соглашаются, расстраиваются и причиняют друг другу боль. Их успех определяется соотношением позитивных и негативных инцидентов пять к одному, а также степенью любви и уважения, которыми они обмениваются (Gottman, 1994). Способность пары поддерживать это соотношение требует привязанности и доверия. Если каждый из партнеров заземлен и достиг укорененного исцеления, они с большей вероятностью сохранят доверие и связь.

Согласно теории образов (Hendrix, 1988), партнеров выбирают бессознательно, потому что они энергетически соответствуют динамике семьи происхождения и дают возможности для исцеления эмоциональных травм, оставленных этой динамикой. Этот бессознательный паттерн вызывает влечение к человеку с похожими травмами развития, но защищающему себя непохожим образом. Например, один может защищаться от ранней сердечной боли или неправильной сонастройки, становясь более агрессивным, тогда как другой защищается, отстраняясь. Цель такого союза – исцелить и восстановить энергетические прорехи или недостающие части, как они называются в теории образов (имаго-терапия). Это те части личности, которые были подавлены, чтобы выжить или быть любимым в семье.

Со временем эти бессознательные энергетические аттракторы бросают вызов или угрожают счастливому союзу. Поскольку они бессознательны и интегрированы в тело и структуру эго, угроза может неосознанно переноситься на любовного партнера. Осознание этой динамики на висцеральном уровне помогает паре развить большую осознанность и позволяет более сознательно выбирать способы взаимодействия и связи.

1.3 Обзор литературы

Я знаю, что существует множество биоэнергетических терапевтов, работающих с парами, но при подготовке этой статьи я просмотрела журналы ПВА за последние 20 лет и не нашла ни одной статьи на эту тему. Энн Эванс (1995, № 6) писала об исцелении сексуальности в отношениях, а Дэвид Финлей (2010, № 20) – об интимности, но других статей о том, как применять БА в терапии пар, я не нашла. На конференции ПВА 2011 года в Сан-Диего Барбара Дэвис, Вита и Йорг Клауэр и я представили семинары о работе с парами, но их работы не опубликованы на английском языке. Я надеюсь, что они представят свои статьи в журнал, чтобы мы все могли учиться на примере их работы. В этой статье я хочу предложить свою точку зрения. Я являюсь сертифицированным имаготерапевтом и ведущим семинаров, поэтому это теория, с которой я лучше всего знакома и имею опыт интеграции с биоэнергетическим анализом в качестве подхода к работе с парами. Поэтому в данной статье будет преобладать теория образов (имаго). Ниже приводится введение в комбинирование трех методов – БА, IRT и EFT для практикующих терапевтов.

1.4 Зачем комбинировать три метода: введение для практикующих клиницистов

Когда вы наблюдаете за парами и видите, как они взаимодействуют и реагируют на какой-то триггер, которого вы не испытывали, вам может мучить вопрос, что вы упускаете, поскольку динамика развивается и меняется. Невербальный энергетический обмен между партнерами напоминает песню сирены: манящую, неотразимую, но разрушительную. Если вы не находитесь в отношениях, скорее всего, вы ее не слышите, но они-то слышат, манящую из подсознания. А слыша, они вынуждены взаимодействовать друг с другом так, как будто борются за свои самые сокровенные желания, возможно, даже за свою жизнь.

Сью Джонсон (2008) описала этот феномен в книге «Держи меня крепче»:

«Сильные эмоции, которые возникали на сеансах моих пар, вовсе не были иррациональными. Они были вполне осмысленными. Партнеры вели себя так, будто боролись на терапии за свою жизнь, и именно это они и делали. Изоляция и потенциальная утрата любовной связи кодируется человеческим мозгом в первобытную паническую реакцию» (с. 46).

IRT и EFT предлагают структуру, а также инструменты коммуникации для помощи парам в навигации по этим бурным водам и осознанном реагировании, вместо бессознательной реакции на зов сирены. Сочетание терапии отношений с БА – уникальный подход к терапии пар. Такая интеграция – идеальный брак, прошу прощения за каламбур! Биоэнергетические терапевты обучены наблюдать и помогать осознавать невербальный обмен энергией между партнерами. EFT-терапевты помогают парам сформулировать свои травмы привязанности, триггеры и потребности с помощью тематических бесед (Johnson, 2008). Имаго-терапевты обучены содействовать намеренным диалогам, проявляющим явный стиль общения в безопасном контейнере отношений, чтобы бессознательный и иногда угрожающий материал можно было обсудить и нереактивно исцелить в рамках любовных отношений, где он с большей вероятностью может быть запущен (Hendrix, 1988).

2. Теоретические построения

Сконцентрируюсь на следующих трех теоретических конструктах, которые поддерживают интеграцию этих методов:

- 1.1 Взрослые личности и стили отношений находятся под влиянием детского опыта.
- 1.2 Исцеление происходит в контексте отношений.
- 1.3 Бессознательный перенос и проекции быстро разрушают партнерскую связь.

2.1 Взрослые личности и стили отношений находятся под влиянием детского опыта

БА, IRT и EFT – это теории, основанные на развитии, они объясняют связь между детским опытом, чертами характера взрослого и стилем отношений.

Одна из фундаментальных установок БА: люди защищаются от своих детских травм и на соматическом, и на ментальном/эмоциональном уровнях. Такие защитные зажимы ограничивают жизненную энергию организма и нарушают связь с другим человеком. Поскольку эти травмы встроены в клетки и мышцы тела, стадия развития и давность травмы определяют характеристики этих зажимов и адаптаций, а также стили взаимоотношений.

Александр Лоуэн (1972) определяет ограничение жизненной энергии на соматическом уровне как «панцирь характера».

«Панцирь относится к общему паттерну хронических мышечных зажимов в теле. Они носят названия панциря, потому что служат для защиты от болезненных и угрожающих эмоциональных переживаний. Они защищают человека от опасных импульсов внутри его собственной личности, а также от нападок других людей» (с. 13).

Лоуэн назвал 5 адаптаций характера в зависимости от стадии развития, на которой произошла травма. Они охватывают период от младенчества до примерно 5-6 лет. Эти 5 типов характера – шизоидный, оральный, мазохистический, нарциссический и ригидный. Каждый имеет идентифицируемые соматические, эмоциональные и ментальные позиции, которые следует рассматривать и исцелять, чтобы взрослый человек стал достаточно свободным для любви на всех уровнях. Пока эти характеристики характера не исцелены, остаются проблемы в достижении связи, свойственные каждой структуре характера. В этой статье я не стану подробно останавливаться на каждой структуре характера, укажу лишь, что более ранняя рана приводит к более глубоким зажимам, и потому достижение контакта может оказаться более сложным. Чтобы узнать больше, можно прочесть книгу Александра Лоуэна «Биоэнергетика».

Философия IRT тоже базируется на модели развития. Основная идея в том, что на каждом этапе развития у ребенка есть определенные реляционные потребности, которые влияют на его способность полноценно функционировать в мире. Если эти потребности не удовлетворяются адекватно или совсем не удовлетворяются воспитателями, дети отделяются от самих себя и создают утраченное или отрицаемое «я» с характерными убеждениями и моделями поведения, чтобы защититься от вреда или непонимания (Hendrix, 1988). Согласно Винникотту, если потребности в развитии не удовлетворяются, эмоциональное развитие останавливается, и неудовлетворенные потребности вызывают травму, которая влияет на жизнь человека и особенно на его отношения во взрослой жизни (Гринберг, 1983). Сью Джонсон (2008) утверждает, что парам необходимо осознать травмы привязанности друг друга, чтобы понять

требования, критику и отстраненность в их отношениях. Она пишет:

«Потребности в привязанности и сильные эмоции, которые им сопутствуют, часто возникают внезапно. Они переводят разговор с обыденных вопросов на проблему безопасности и выживания. Если мы чувствуем себя в полной безопасности и связаны со своим партнером, ключевой момент – что-то вроде прохладного ветерка в солнечный день. Если же мы не уверены в своей связи, начинается негативная спираль неуверенности, которая охлаждает отношения. Боулби дал общее представление, когда срабатывает сигнал тревоги в отношении привязанности. По его словам, это происходит, когда мы внезапно чувствуем неуверенность или уязвимость в мире или, когда ощущаем негативный сдвиг в своем чувстве связи с любимым человеком, когда чувствуем угрозу или опасность для отношений. Угрозы, которые мы чувствуем, могут исходить из внешнего мира и из нашего собственного внутреннего космоса. Они могут быть реальными и воображаемыми. Важно наше восприятие, а не реальность» (с. 36).

Существуют эффективные диалоги IRT и беседы EFT, разработанные, чтобы помочь парам преодолеть негативные спирали бессознательной неуверенности. Беседы построены таким образом, чтобы направить внимание на неудовлетворенные детские потребности, а не на притворство, обвинение и критику партнера за предполагаемую обиду. При более целенаправленных беседах вероятность, что вы будете вести себя агрессивно и снова ранить друг друга, снижается, а вероятность, что эти потребности будут удовлетворены, повышается. Осознание всего тела и энергетическое исцеление с помощью практических упражнений БА помогают партнерам понять, как эти раны развития повлияли на их эмоции и убеждения в отношении себя и других. Это может поддерживать саморегуляцию, необходимую для осознания тела, чтобы оставаться в присутствии в таком общении.

2.2 Исцеление происходит в контексте отношений

Выбор человека, который не может удовлетворить ваши потребности, кажется абсурдным, но, если рассматривать его через призму IRT, это помогает объяснить некоторые сложности в отношениях. После многолетних исследований муж и жена Харвилл Хендрикс и Хелен ЛаКелли Хант, сооснователи реляционной теории имаго, в новой книге «Простой брак» (2013) пишут:

«Несовместимость – основание для брака» (с. 24).

В данном контексте брак – это любое партнерство, основанное на обязательствах.

IRT утверждает, что люди усваивают свои бессознательные паттерны любви в родной семье. Весь положительный и отрицательный опыт и характеристики их родителей или основных воспитателей формируют их энергетическую карту любви. Они не только обладают этими чертами, но и выбирают только тех, кто также обладает этими чертами, и влюбляются в них. Они выбирают свой собственный образ (имаго) или зеркальное отражение и, согласно Хендриксу и Хант (1988), не влюбятся ни в кого другого. Другими словами, если взрослый человек в детстве пережил пренебрежение, его будет привлекать тот, кто вызовет у него переживание пренебрежения, и тогда он бессознательноотреагирует на угрозу.

В книге «Добиться любви, какой вам хочется» (1988) Харвилл объясняет это так: «Наш мозг... пытается воссоздать обстановку детства... Вы влюбились, потому что ваш мозг перепутал вашего партнера с вашими родителями. Ваш мозг решил, что наконец-

то нашел идеального кандидата, чтобы компенсировать психологический и эмоциональный ущерб, причиненный вам в детстве» (с. 14).

Чтобы исцелить детские ошибки, травмы и разбитое сердце, необходимо быть с человеком, который готов расширять и развивать свою способность давать то, что нужно другому, и наоборот. Хендрикс считает, что каждый партнер обладает тем, что нужно другому, чтобы вырасти в свое самое полное, самое живое «я».

Если быть с тем, кто удовлетворяет потребности слишком легко, это либо наскучит, потому что энергия борьбы за власть слишком хорошо знакома, либо возникнет противоположная проблема, связанная с ощущением переполненности близостью. Многие говорят, что хотят близости и интимности, но быть уязвимым может быть страшно, поэтому они сознательно или бессознательно саботируют это. Убеждения, поведение и телесные ограничения, созданные в детстве для защиты от разочарования, подавленности и боли, обычно всплывают в любовных отношениях, когда возникает эмоциональная угроза.

Александр Лоуэн много писал об эмоциональных, ментальных и соматических травмах, которые создаются отношениями ребенка с его первичными воспитателями. В книге «Любовь и оргазм» он писал: «Любовь младенца к матери – прототип всех последующих любовных отношений...» (с. 66). Хотя его техники были направлены на исцеление ранней травмы, его подход не подчеркивал исцеляющий потенциал терапевтических отношений. По мере развития БА за последние двадцать с лишним лет Боб Хилтон и многие другие интегрировали в свою философию соматического исцеления более реляционные модели, например, теории объектных отношений и привязанности.

Харвилл Хендрикс тоже признал свою зависимость от теории объектно-реляционных отношений при создании IRT как модели для терапии пар. На протяжении многих лет я слышала, как Боб (Хилтон) и Харвилл говорили (на многих конференциях): «Мы рождаемся в отношениях. Мы травмированы в отношениях. И исцеляться нам нужно в отношениях». В работе «Объектные отношения в психоаналитической теории» Стивен Митчелл и Джей Гринберг совмещают теории Фарберна, Винникотта, Гунтрипа и Кохута. Они пишут, что теория объектных отношений в целом строится на постулате, что с рождения младенец имеет базовое энергетическое стремление к контакту и отношениям с другим. Если это стремление было подавлено, аутентичное и спонтанное «я» стремится к полноценному выражению, которое можно достичь только через безопасные отношения с другим (Митчелл, Гринберг). В статье «Значение отношений в биоэнергетическом анализе» Боб Хилтон говорит об отношениях клиента и терапевта как об отношениях, в которых клиент восстанавливает способность любить.

«... один из способов выразить любовь и таким образом позволить клиенту освободить нарциссическую позицию – это отказаться от своих планов и теорий и следовать потребностям клиента. Другими словами, не нужно быть правыми. Другой способ – это готовность с нашей стороны как терапевтов позволить себе быть тронутыми переживаниями клиента. [...] Когда мы достигаем такого рода любовной взаимности с клиентами, в них возникает спонтанное телесное движение. Это движение – выражение реального тела/самости, которое тянется к окружающей среде для контакта» (с. 98).

Сью Джонсон (2008) пишет, что, спрашивая пары об их проблемах, она слышит обвинения в адрес другого. А спрашивая терапевтов, с какими основными проблемами, по их мнению, сталкиваются пары, она слышит, что пары запутались в борьбе за власть и им нужно научиться лучше общаться, но она также считает, что:

«... пары эмоционально разобщены; партнеры не чувствуют эмоциональной безопасности друг с другом. Пары и терапевты слишком часто не замечают, что большинство ссор – это протесты из-за эмоциональной разобщенности... Гнев, критика, требования – это на самом деле мольбы к возлюбленным, призывы всколыхнуть сердца, эмоционально привлечь партнеров и восстановить ощущение безопасной связи» (с. 30).

Как биоэнергетические терапевты, мы можем поддержать и приветствовать стремление к соединению посредством ряда физических вмешательств, включая их прикосновения и прикосновения к ним. Если отношения достаточно безопасны, клиент может рискнуть, чтобы испытать ужас, с которым ему необходимо столкнуться, признав себя уязвимым. Мы должны рискнуть и собственной уязвимостью и встретиться лицом к лицу со своими желаниями и ограничениями в том, чтобы любить и быть любимыми. Как терапевты, мы, надеюсь, проработали собственные травмы и имеем достаточно поддержки в своей жизни, чтобы сохранять ясность и сосредоточенность на потребностях клиента и предоставить ему опыт исцеления. Если мы в чем-то потерпели неудачу, быть доступным для восстановления тоже может быть целительно.

БА – реляционная терапия, и, несмотря на невероятное исцеление, возможное в индивидуальной терапии, партнер в любовных отношениях может вызвать регрессию в первоначальные детские травмы. Регрессия может быть не такой разрушительной и пагубной, какой была бы, не будь индивидуального исцеления, но все же существует еще один уровень исцеления, который необходим, но которому иногда мешают партнеры в любовных отношениях.

Как правило, регрессия возникает у обоих партнеров одновременно, поэтому они часто не могут создать друг для друга такую же эмоциональную безопасность, как в терапевтических отношениях. Терапевт пары может создать безопасность, в которой можно удержать отношения, и поддержать каждого из партнеров, когда они рискуют столкнуться и сталкиваются с собственным ужасом, одновременно стремясь к большему контакту и связи с партнером. Хотя «целенаправленный диалог» IRT – ценный инструмент коммуникации, иногда вербальное общение не может разрушить долго удерживаемые бессознательные защиты. Тело остается в состоянии повышенной готовности и соматической защиты.

Как уже упоминалось, невербальные вмешательства в БА могут подчеркнуть бессознательную, саботирующую динамику, создать безопасный контейнер, где можно выразить гнев, боль и разочарование, а также обеспечить физическое ощущение поддержки и привязанности, которых так хочется. Такой тип висцерального опыта с любящим партнером очень глубок. Существует изначальная связь и опыт, который затрагивает ядро сердечной боли и разворачивает клеточные узы. Дополнив физическое вмешательство внутренним диалогом или EFT-терапией, можно интеллектуально обосновать этот опыт. Чтобы быть здоровым и счастливым, человек должен освободиться от ментальных, эмоциональных и соматических ограничений, чтобы позволить энергии свободно протекать через него, а также между ним и другими людьми. В этих психотерапевтических моделях исцеление травм развития в безопасных отношениях – необходимое условие для энергетически динамичной жизни и связи.

2.3 Перенос и бессознательные проекции быстро разрушают связь

Я много раз слышала, как IRT-терапевты повторяют эту фразу, говоря о проекциях в отношениях: «Вы либо выбираете их, либо провоцируете их, либо проецируете на них». Другими словами, вы либо выберете того, кто травмирует вас так

же, как вас травмировали в родной семье, либо спровоцируете его травмировать вас таким образом, либо спроецируете, что его поведение будет направлено на то, чтобы обязательно травмировать вас таким образом.

Любовные отношения часто начинаются с идеализированного восприятия другого человека. Идеализация состоит из бессознательных проекций на объект любви как на того, кто будет любить, ценить, поддерживать и удовлетворять все потребности... окончательно и навсегда!

Когда происходит нарушение, инфантильные страхи покинутости или отвержения вызывают защитную реакцию. Такая реакция выживания может быть агрессивной, соблазняющей или отвергающей, но ее цель – заставить другого удовлетворить реальную или предполагаемую потребность, а потребность, вызывающая этот тип защиты, обычно возникает в детстве.

На тренинге для координаторов семинара «Достижение любви, какой вам хочется» Майя Колман, мастер IRT, поделилась тезисом образов: «Если это истерика, то она относится к истории». Другими словами, реакция, несущая большую энергию, часто уходит корнями в прошлое. Партнер, который видит реакцию, воспринимает ее как чрезмерную, угрожающую и несоразмерную инциденту, поэтому реагирует в ответном защитном стиле. Харвилл пишет, что наши партнеры травмированы на аналогичной фазе развития, но защищаются противоположным образом. Следовательно, никто не находится в реальности настоящего. Оба регрессируют и реагируют на прошлую травму, что приводит к нарушению их взрослой связи. Когда это становится хроническим стилем отношений, для любви остается мало места. Лиз Грин, доктор философии, в статье о проекциях в отношениях пишет: «К сожалению, как только один человек или оба вовлекаются в этот танец иллюзии, для настоящих людей остается мало места, чтобы существовать и наслаждаться подлинным принятием и любовью» (wealthyandloved.com, запись в блоге).

Этот «танец» часто исполняется бессознательно, но в моменте угроза кажется очень реальной. Любовные партнеры отражают и нашу травмированную сущность, и наше самое любящее «я». Харвилл Хендрикс говорит, что наши любовные партнеры – это зеркала. Осознание своих проекций – сложный, пугающий и болезненный процесс для большинства, поэтому перекалывание ответственности на другого – примитивная защита от боли.

Сью Джонсон писала о том, как детские травмы привязанности вызывают такой тип регрессивной реакции. Она разработала комплекс вопросов, цель которых сделать то, что было бессознательным, более осознанным, что позволяет парам более точно сформулировать свои реакции. Хендрикс разработала целенаправленные диалоги с определенной структурой, которая призвана задействовать кору головного мозга и лобные доли и удержать пару в безопасном, сдерживаемом, осознанном, зрелом состоянии.

Процесс диалога образов создает безопасность и структуру. Каждый человек имеет возможность рассказать о своем опыте в отношениях и о том, как он напоминает его детскую боль и защитные механизмы, которые он адаптировал, чтобы защититься от этой боли. Партнер повторяет услышанное, сопереживает боли, которую партнер пережил в детстве, и дает ему понять, что защита от такой боли в их отношениях имеет смысл. Когда говорящий чувствует удовлетворение, они меняются ролями.

Цель этого процесса – устранение проекций, потому что проекции быстро перемещаются от триггерного события к детской травме и способам защиты от нее, которые в итоге мешают способности давать и получать любовь во взрослой жизни. Благодаря такому структурированному общению говорящий получает возможность стать более уязвимым, убирая спроецируемые убеждения, и тогда он может поверить, что партнер искренне заинтересован в том, чтобы его выслушали. Когда не нужно защищаться от нападок, слушающий имеет возможность стать более эмпатичным и

понимающим переживания другого в отношениях. Процессы EFT и IRT способствуют исцелению, но не устраняют соматическое сопротивление и удерживание.

Внедрение БА для улучшения индивидуального осознания тела усиливает эффективность взаимодействий. Создание актуального, практического, иногда невербального вмешательства позволяет воплотить спиральное зависание, созданное собственными проекциями и трансферентной динамикой, а также усилить соматическое исцеление, когда пациенты следуют за своими энергетическими движениями.

Согласно БА, травмы семейного происхождения внедряются в тело, эмоции и ментальные убеждения в столь юном возрасте, что без терапии трудно отличить заключенное в панцирь «я» от подлинного. Поскольку травма возникает в столь юном возрасте, следует ожидать некоторых регрессивных убеждений и эмоциональных триггеров, пока не произойдет достаточного исцеления, чтобы человек мог осознавать происходящее в данный момент в отношениях и оставаться в настоящем и быть рациональным.

До этого момента партнеры нуждаются в том, чтобы их любили и принимали, несмотря на регресс. Поэтому, если пары не могут оставаться безопасными друг для друга, терапевт может провести невербальное вмешательство, чтобы помочь обоим партнерам сбросить свои интеллектуальные защиты и соматически исследовать энергетические движения друг к другу и от себя. Если терапевт может удерживать безопасные рамки во время этого висцерального опыта, это может выявить первичные, а также настоящие потребности и защиты и способствовать безопасному исследованию нового, более аутентичного способа существования, который включает и исцеляет всю личность, включая тело.

Наша подлинная природа – быть цельным, поэтому, когда проекции становятся осознанными, мы можем интегрировать их обратно в наше самоощущение. Когда человек может снова владеть теми частями, которые вызывают стыд, сомнения в себе или ненависть к себе, и при этом чувствовать любовь другого, появляется шанс на искреннюю, полную тела и всего сердца любовь. В статье «Важность быть любимым: проблема терапевта» Боб Хилтон пишет: «Кто-то должен связаться с нами в нашем стыде, чтобы построить мост обратно к нашему подлинному "я", где мы можем благоденствовать и быть свободными» (с. 266). Интеграция теорий биоэнергетического анализа и реляционных психотерапий в мою терапевтическую практику была поразительна и полезна. Вот несколько примеров.

3. Пример 1: прорыв в соматической защите

Я работала с высокоинтеллектуальной, профессиональной парой, где шло постоянное взаимное провоцирование. Иногда они провоцировали друг друга словами или тоном, а иногда это было совершенно невербально. Закатывание глаз и скрещивание рук было легко заметить и устранить, но иногда их общение бессознательно запускало действие и втягивало их в «бурные воды» полные «сирен».

Они находились в разгаре очередного конфликта из-за того, кто что кому сделал, и тут, когда мужчина слегка приподнял подбородок и, казалось, посмотрел на женщину сверху вниз, я заметила почти неприметное напряжение в шее. А она непроизвольно и резко превратилась в расстроенную девочку, которая уже не может успокоиться.

Я попросила их замолчать и физически не двигаться, чтобы произошло осознание, что происходит в данный момент. Ни один не сумел определить свою энергетическую или физическую трансформацию. Тогда я попросила их преувеличить любое напряжение или недостаток энергии, которые они ощущают, и подумать, что это за поза.

Он с удивлением определил позу, когда «нос смотрит вниз», как позу своего отца. Так отец выражал ему свое неодобрение, когда он был ребенком. Он ненавидел эту позу

и даже не подозревал, что принимает ее с женой. Я спросила, знаком ли ей этот взгляд, и она сквозь слезы сказала, что хорошо его знает, поскольку он вызывает ощущение «никогда не буду достаточно хороша».

Он очень искренне извинился, и она расплакалась от облегчения, которое позже описала как то, что ее наконец-то увидели и услышали. Он спонтанно протянул руку, чтобы ее обнять, и она погрузилась в его объятия. Его бессознательная защитная позиция ослабла, и он позволил себе проявить сочувствие к жене, которая, как он понял, испытывала ту же боль, которую он так хорошо знал ребенком. Разумеется, убеждение, что она недостаточно хороша, было мукой, которая осталась у нее из детства, и ее было очень легко оживить.

Ни один не чувствовал себя достаточно хорошим (адекватным) для родителей, но боль каждого защищалась позицией «лучше, чем» и выражалась в тоске, которую невозможно удовлетворить. Они полюбили друг друга, чтобы исцелить эти травмы неадекватности. Это одна и та же травма, выраженная противоположным образом.

Каждый из них должен двигаться к уязвимости, испытывая страх быть отвергнутым, с чем все в той или иной степени сталкиваются в любви. Защитные структуры коварны, и отдаться близости непросто. Они оказались в ловушке словесного спарринга, поэтому исследование соматических проявлений первичных защит позволило им вернуться к уязвимости. Когда один любовный партнер требует подлинного выражения любви и сопереживания, чтобы исцелиться, другой тоже получает возможность стать более живым.

4. Пример 2: поиск конфликта в теле

Другой паре, с которой я работала, была присуща неуверенность друг в друге. Каждый обвинял другого, и ни один не мог признать свой вклад в создание опасной зоны. Их энергии одновременно и отталкивали и притягивали друг друга.

Я попросила их встать, прижав ладони друг к другу, и поэкспериментировать с толканием и притягиванием. Один толкал, а другой сопротивлялся, или один отводил руки назад, а другой следовал за ним. Затем я попросила их поэкспериментировать с тем, как не сотрудничать с движениями друг друга. Когда один отходил назад, другой либо толкал сильнее, либо не следовал за ним, а если один двигался вперед, другой блокировал движение или отходил назад без всякого контакта.

Очень быстро они перешли от смеха и удовольствия от игровой составляющей этого упражнения к соматическому переживанию эмоциональной борьбы в их отношениях. Тела утратили живость и спонтанность, заметные в первом раунде эксперимента. Он стал более отрезвляющим и эмоциональным для них. Воплощение динамики их отношений привело к болезненной потере связи. Это позволило глубже осознать защитные паттерны, которые мешали им достичь желаемой близости. Каждый смог взять на себя ответственность за свою лепту в конфликт. Сквозь слезы женщина сказала, что именно это она чувствует в их отношениях. Мужчина немедленно придвинулся к ней в знак сострадания и сочувствия. Обнимая ее, он искренне раскаивался, что бессознательно старался отводить от нее свою энергию. Разумеется, она пыталась ему об этом сказать, но он не мог этого услышать, когда в ее словах звучали критика, стыд или обвинение. Упражнение помогло ему почувствовать, как он сам борется за то, чтобы оставаться в контакте с собой и женой, вместо того чтобы защищаться, отстраняясь. Она же смогла осознать, что ее гнев и критика – это попытка защититься от сердечной боли, но они только отталкивали мужа.

Соматический опыт менее защищенного и более уязвимого общения позволил исцелить детские травмы, создав возможность для зрелых, взрослых любящих отношений.

5. Клиническое резюме

Опыт энергетической трансформации при работе с парами приносит приятное удовлетворение. Я наблюдаю это в своей частной практике и на семинарах для пар «Добиться любви, какой вам хотелось», которые я веду. Каждый партнер открывает для себя тайны и дары разочарования в отношениях, когда недостающие части становятся на свои места. Они понимают, как и почему выбрали друг друга и как борьба в отношениях дает возможность исцелиться и развить более глубокую любовь.

Сочетание этих двух областей исследования, реляционной терапии и биоэнергетического анализа, создает более полную и богатую картину развития человека. Если в детстве люди не могли доверять отношениям с родителями, то будучи взрослыми они будут защищать свое выражение любви и свою восприимчивость к любви. Однако защита от подлинного выражения создает множество физических, эмоциональных и реляционных проблем. Люди рождаются полностью живыми, радостными и настроенными на связь и хотят вернуть себе это право. Отрыв от реального, или подлинного, «я» может привести к перетягиванию каната в отношениях. Люди жаждут отдачи и любви, но бессознательно защищаются от нее из-за того, что могут остаться с разбитым сердцем. Бессознательное энергетическое выражение перетягивания каната очень интересно. Сопровождение человека через препятствия на пути к его уникальному жизненному выражению – это облагораживает и внушает смирение. Оставаясь заземленным в «бурных водах сирен», терапевт и пара могут подняться на более высокий уровень сонастройки.

6. Дополнение: телесные вмешательства при работе с парами

На следующих страницах хочу поделиться упражнениями для пар, которые я разработала совместно с Дианой Гест (MFT, CBT). Мы вместе представили вариант этого тренинга на Международной конференции ПВА в Испании, а также на конференции Ассоциации телесных психотерапевтов США в Колорадо. Я представляла другой вариант этого семинара на Международной конференции по отношениям имажотерапии, а также на конференции ПВА в Сан-Диего.

Ниже приведены примеры упражнений, которые мы использовали в работе с парами. Мы не рекомендуем использовать все упражнения с какой-то одной парой. Нельзя просто накладывать эти упражнения на пару. В своей исходной форме они могут оказаться неприменимы. Вмешательство должно быть органичным и соответствовать конкретной паре. Упражнения должны терапевтически воздействовать на текущую динамику пары с учетом их личной истории и истории отношений. Скажем, нельзя использовать некоторые из этих упражнений, если есть проблема сексуального насилия, история домашнего насилия и т.д.

6.1 Предлагаемое начало сеанса

Пусть пара сядет лицом друг к другу. Закроют глаза и уйдут в себя, заземлятся в себе, а затем перенесут осознание на отношения между собой. Попросите их обратить внимание на то, что они чувствуют в данное время. Когда они почувствуют присутствие и заземленность, попросите их оставаясь с закрытыми глазами мысленно закончить следующие предложения. Затем, открыв глаза, пусть они и по очереди проговорят каждое предложение партнеру. Партнер должен повторять каждое предложение, услышав его.

1. Входя в пространство отношений, я осознаю, что переживаю ...
2. То, какими я хотел бы видеть наши отношения в конце этого сеанса, – это ...

3. То, что я могу сделать, чтобы помочь этому случиться, это ...

4. То, что я ценю в тебе, это ...

После этого начального ритуала пара может обсудить проблему своих отношений. Одно из нижеследующих телесных вмешательств может пролить свет на *структуру характера, перенос и/или проекции*, чтобы высветить бессознательную динамику в отношениях.

6.2 Упражнения на борьбу за власть

➤ **Уходи:** пусть пара встанет лицом друг к другу. Партнер А начинает с отталкивающего движения руками (с контактом или без в зависимости от пары).

➤ **Амбивалентность отношений:** это упражнение начинается так же, как и предыдущее, но по мере осознания или ощущения амбивалентности попросите амбивалентного партнера отталкиваться одной рукой, говоря «уйди» или «оставь меня в покое», а другой тянуться и притягивать партнера к себе, говоря «не оставляй меня». Попросите другого партнера отзеркалить эти противоречивые выражения. (Пример: муж был амбивалентным в отношении близости, поэтому у него была привычка дистанцироваться от жены. Я попросила его физически поэкспериментировать с динамикой отталкивания, чтобы он смог воплотить свою защитную модель и принять более осознанное решение, хочет ли он вести себя именно так. И тут он выразил сочувствие к тому, каково это может быть для нее, что позволило ей погрузиться в свою печаль, осознать свой критический, защитный стиль и сделать другой выбор в своем поведении.)

➤ **Перетягивание полотенца. Делай по-моему:** пусть пара поиграет в перетягивание полотенца, каждый держится за противоположные концы, выражая при этом разные стороны своей борьбы за власть, которая может заключаться в том, чтобы сказать например: «Должно быть по-моему». Обычно пары видят бесполезность этого и переключаются на что-то более реальное.

➤ **Поворот спиной:** партнеры стоят лицом к лицу. Когда один начинает говорить, другой отворачивается и уходит. Проработайте возникающие чувства.

➤ **Упражнение на контроль:** пусть партнер А встанет лицом к партнеру Б. Партнер А начнет двигать руками в разных направлениях. Пусть партнер Б попытается контролировать движения рук А. Затем пусть партнер А возьмет руки партнера Б и скажет: «Двигайся со мной, я буду держать тебя в безопасности». (Пример: жена буквально подпрыгнула и обхватила мужа ногами, пытаясь контролировать движения его рук. Когда мы перешли ко второй части, он взял ее за руки и сказал: «Двигайся со мной, я буду надежно тебя держать». Она сказала, что чувствует, как ее тело расслабляется. Он сказал, что больше чувствует себя партнером и в отношениях появилось больше места для него. Затем они начали диалог о пережитом.

Это упражнение позволило им ощутить воплощенное чувство борьбы за власть.

➤ **Отжимание от пола:** (это создает контейнер для негатива): пусть партнеры лягут на живот на пол, как при отжимании. Подошвы ног партнера А соприкасаются с подошвами ног партнера Б. Когда они будут отжиматься, находясь в этом положении, попросите их рассказать о разочаровании.

➤ **Толкание от плеча к плечу:** партнеры стоят лицом друг к другу на четвереньках. Партнер А прижимает мягкую часть своего правого плеча к мягкой части правого плеча партнера Б. Можно использовать и левое плечо к левому плечу. Пусть они прижимаются друг к другу. Используйте свое клиническое мышление, чтобы решить, нужно ли паре разговаривать или издавать звуки.

6.3 Упражнения на негативность

(Эти упражнения следует использовать с осторожностью. Выражение негатива партнеру таким образом может привести к более глубоким травмам. При использовании этих упражнений следует также помнить о проблемах каждой пары, связанных с насилием)

➤ Перед началом упражнения пара должна выбрать стоп-слово, например, «красный». Это означает немедленное прекращение упражнения. Принимающий определяет интенсивность контакта. Пусть партнер А нависнет над партнером Б в наклоне вперед. Пусть партнер Б ритмично ударяет боковыми сторонами кулаков по спине, ногам и ягодицам партнера А. (Проинструктируйте партнеров наносить удары по спине, ногам и ягодицам и не бить по позвоночнику и области почек.)

➤ Поставьте между парой высокий куб и попросите партнера А ударить по нему теннисной ракеткой или руками, глядя на партнера Б. Партнер Б держит подушку в качестве защитного барьера, а также находит для себя безопасное место до начала упражнения. (Объясните паре до начала упражнения правило 90%/10%: это означает, что выражаемое разочарование на 90% относится к тому, кто его выражает, и на 10% – к тому, кто является свидетелем или кому оно выражается.)

➤ Партнер А скручивает полотенце, позволяя гневу выходить через глаза, звуки и слова, направленные на партнера Б.

6.4 Упражнения на сотрудничество

(В этих упражнениях очень важно вербальное общение.)

➤ **Поза дерева (как в йоге):** партнеры рядом лицом в одном направлении, обняв друг друга за талию. Каждый выполняет позу дерева, сгибая внешнюю ногу и упирая стопу во внутреннюю сторону прямой ноги, опираясь на колено и образуя этой ногой треугольник. Затем каждый поднимает внешнюю руку над головой и сжимает руку другого или складывает свою ладонь с ладонью партнера. Подышите вместе в этом положении с минуту.

➤ **Спина к спине:** партнеры сидят спина к спине, согнув колени, стопы стоят на полу. Сидят как можно прямее, прижимаясь ягодицами друг к другу. Сцепляют руки в локтях. Теперь, когда каждый оказывает давление на спину другого, попросите их встать, используя только ноги. Упражнение должно продемонстрировать взаимозависимость.

➤ **Лицом к лицу:** партнеры стоят лицом друг к другу и берутся за запястья. Поставив ноги на ширине бедер, приблизьте ступни к партнеру и наклонитесь назад. Теперь согните колени и опуститесь на пол в положение сидя. Теперь вернитесь в положение стоя.

6.5 Упражнения на соединение/удержание

➤ **Дыхание:** сидя лицом к лицу с партнером А, зеркально отражайте дыхание партнера Б в течение 1-3 минуты. Выполняйте упражнение с открытыми и/или закрытыми глазами (в зависимости от пары). В обратном порядке пусть Б зеркально отражает А.

➤ **Сонастройка в позе ложки:** партнер А лежит на боку с согнутыми коленями. Партнер Б ложится позади партнера А, прижимаясь передней частью тела к спине А. Б обхватывает А рукой (поза «ложки»). Партнер Б зеркально повторяет дыхание А. (И наоборот.)

➤ **Любовная записка на спине партнера:** партнер А рисует отдельные буквы,

чтобы написать сообщение на спине партнера Б. Партнер Б принимает и проверяет послание.

6.6 Поддерживающие/принимающие упражнения

➤ **Давать и принимать поддержку:** партнер А удобно сидит на полу, партнер Б сидит между ног А спиной к А упираясь спиной ему в грудь. Затем партнер Б указывает А, как ему хочется, чтобы его поддерживали или держали.

➤ **Упражнение «человеческая бочка»:** партнер А стоит на четвереньках. Партнер Б стоит у ног А и наклоняется назад, медленно опускаясь так, чтобы поясница Б поддерживалась ягодицами А. Б может положить руки на спину А для поддержки, продолжая наклоняться назад, пока они не окажутся спина к спине. В зависимости от физических возможностей пары, А может перейти к выпуклому и вогнутому движению («кошка/корова»). Чтобы выйти из этого упражнения, А медленно опускается на ноги, используя руки в качестве опоры, тем самым поднимая Б. Они заканчивают упражнение, сидя спина к спине. Упражнение требует постоянного диалога между партнерами, чтобы убедиться в безопасности и поддержке каждого.

➤ **Опора на руки:** А вытягивает руки вперед, ладони вниз, локти слегка согнуты. Б стоит лицом к А и мягко поддерживает руки А, подставляя свои руки под руки А ладонями вверх.

➤ **Упражнение на удержание:** (чтобы удерживающий партнер мог оставаться эмоционально теплым, не используйте упражнение для обсуждения отношений. Из-за потенциала регрессии сообщите парам, что это упражнение никогда не должно приводить к сексуальному опыту): партнер А в роли держащего сидит, упираясь спиной в стену, диван и т.п. Партнер Б встает лицом к А с правой стороны. Затем Б садится на ноги или скрещивает ноги рядом с А, правое бедро к правому бедру. Сложив руки на груди, Б ложится на бок напротив А, прижавшись ухом к сердцу А. А должен поддерживать весь вес тела Б. Это должно воспроизвести младенческую позицию Б. Затем Б может говорить о детских воспоминаниях, а А слушает. А может отзеркаливать, но не задавать вопросов. Руки А должны оставаться неподвижны. Никаких похлопываний и поглаживаний и ласк.

7. Заключение

Надеюсь, что эта статья вдохновит других в их работе. Как биоэнергетический терапевт, я надеюсь, что она вдохновит других биоэнергетических терапевтов использовать то, что мы уже знаем о работе с отдельными людьми, и применить это в работе с парами, добавив при этом структурированный диалоговый компонент. И еще я надеюсь, что это вдохновит других биоэнергетических терапевтов, работающих с парами, поделиться своими знаниями с широкой аудиторией. Я также предлагаю семинары по энергетике отношений сообществу имаго и всегда получаю награду за интерес и увлечение соматическими элементами, поэтому в мои намерения входит разработка других семинаров и возможностей обучения биоэнергетике для этой группы.

Обучение в рамках терапии отношений имаго и биоэнергетического анализа позволило мне получить опыт и способствовать более глубокому раскрытию любовных отношений. Я доверяю этому процессу и верю, что подлинная и энергетическая потребность любить и быть любимым приведет к исцелению, уязвимости и близости.

Для близости необходима безопасность, а, как пишет Дэвид Финлей (2010):

«(Близость) – это состояние, в котором мы можем чувствовать себя понятыми, в безопасности, физически сильными и способными

сопереживать и помогать другим. Благодаря близости наши страхи могут быть укрощены. Близость как способ гармонии – возможно, наш лучший шанс найти дорогу домой на уровнях от клеточного до душевного, личностного и межличностного, возможно, даже национального и международного» (с. 31).

Литература

- Evans, A. (1995). Surrender to the Joy of Sexuality: Couples Workshop, *IIBA Journal* (6), 104–113. Finlay, D. (2010). Notes On Intimate Connections, *IIBA Journal* (20), 31–48.
- Gottman, J., & Silver, N. (1994). *Why Marriages Succeed or Fail*, New York: Simon & Schuster.
- Greene, L. (2013). mirrors, projections and unexpected teachers: relationships that reveal our shadow self. *blog: wealthyandloved.com*.
- Greenberg, J. & Mitchell, S.A. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hendrix, H., & LaKelly Hunt, H. (1988). *Getting the Love You Want*, New York, Harper and Row.
- Hendrix, H., & LaKelly Hunt, H. (2013). *Making Marriage Simple: Ten Truths for Changing the Relationship You Have into the One You Want*, New York, Harper and Row.
- Hilton, R. (2007). The Importance of Being Liked: The Therapist's Dilemma. in *Relational Somatic Psychotherapy, Collected Essays of Robert Hilton, PhD.*, ed. Michael Sieck, PhD and the Santa Barbara Graduate Institute of San Bernardino, CA.
- Hilton, R. (2007). The Importance of Relationship in Bioenergetic Analysis. In *Relational Somatic Psychotherapy, Collected Essays of Robert Hilton, PhD.*, ed. Michael Sieck, PhD and the Santa Barbara Graduate Institute of San Bernardino, CA.
- Hilton, R. (2007). The Recovery of Self and the Client/Therapist Relationship in Bioenergetic Analysis. In *Relational Somatic Psychotherapy, Collected Essays of Robert Hilton, PhD.*, ed. Michael Sieck, PhD and the Santa Barbara Graduate Institute of San Bernardino, CA.
- Johnson, S. (2008). *Hold Me Tight: Seven Conversations for a Lifetime of Love*. New York: Little, Brown and Company.
- Lowen, A. (1972). *Bioenergetics*. New York, Penguin.
- Lowen, A. (1975). *Love and Orgasm: A Revolutionary Guide to Sexual Fulfillment*. New York: Collier Books.
- Scharff, D. & Scharff, J. (1991) *Object Relations Couple Therapy*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson Inc.

Об авторе

Гарет Бедросян – сертифицированный биоэнергетический терапевт и тренер Института биоэнергетического анализа в Южной Калифорнии. Сертифицированный терапевт IMAGO Relationship Therapist и ведущая семинаров «Обрести любовь, какую вам хочется» для пар, «Сохранить любовь, которую вы нашли» для обычных людей и «Восстановление связи» для пар с зависимостями. Гарет также любит углублять энергетическое осознание с помощью иппотерапии, экспрессивной арт-терапии, EMDR и консультирование по зависимостям.

Веб-сайт: www.garetbedrosian.com.

Значение интеграции пре- и перинатальных вопросов в биоэнергетический анализ

Вера Фаузер

Эта статья посвящена значению интеграции пре- и перинатальных вопросов в биоэнергетический анализ (БА), поскольку наша индивидуальная история начинается задолго до того, как мы сможем посмотреть в глаза матери. Пре- и перинатальный период создает первооснову, наше первое основание и нашу первую привязанность в мире, и то, как мы пережили время, проведенное в утробе матери, как мы покинули эту первую обитель и что произошло в эти самые ранние моменты и дни, может сильно повлиять на всю нашу дальнейшую жизнь. После введения, краткого исторического обзора и схемы, показывающей соответствующие стадии пренатального развития для телесно-ориентированной терапии, я приведу примеры пре- и перинатальной травмы. Для некоторых примеров представлены клинические зарисовки, которые должны показать, что рассмотрение этого раннего материала не следует игнорировать, особенно в таких телесно-ориентированных терапевтических методах, как биоэнергетический анализ.

Ключевые слова: пренатальное развитие, пре- и перинатальная травма, ранняя привязанность, терапевтическая процедура

Введение

«Я в пещере с факелом в руке. Я чувствую себя очень хорошо и думаю, какой это забавный опыт. Потом иду по темному проходу, и вдруг мой факел начинает мерцать, я чувствую панику, что он может потерять всю свою энергию и я останусь в темноте. Продержится ли он, пока мне не удастся выбраться отсюда? Я в этом сомневаюсь. Я уверен, что никто никогда не найдет меня здесь. Я проснулся, дрожа и охваченный страхом умереть».

(Сон о рождении клиента, желанного ребенка с синдромом «посиневшего ребенка», который родился с пуповиной, трижды обвившейся вокруг шеи. Священник провел экстренное крещение, потому что его выживание было очень маловероятно.)

Если до конца восьмидесятых годов эмбрион и плод рассматривались как просто конгломерат клеток без какой бы то ни было чувствительности, а новорожденных и младенцев до четырех-шести месяцев оперировали без наркоза, то осознание, что нерожденный и только что родившийся ребенок наделен независимой элементарной эмоциональной жизнью, восприимчивостью и рудиментарной памятью, все больше и больше происходит в медицинском и терапевтическом мире.

То, что нерожденный и новорожденный способен переживать жизнь в утробе матери и свое рождение, в частности, через телесные ощущения и физическое осознание (Dowling, 1991, Emerson, 2000, Janus, 2000, 2013), постепенно играет все более важную роль, особенно в телесно-ориентированной психотерапии. Именно из наших первых пренатальных и перинатальных переживаний и впечатлений мы все черпаем наши фундаментальные установки, наши глубочайшие выводы и убеждения о жизни на земле и о том, чего мы можем ожидать от тех, кто о нас заботится.

Никогда больше мы не будем так уязвимы и зависимы от одного человека, как в этот ранний период. Без матери нам не прожить первые три четверти дородовых месяцев, тогда как после рождения роль матери могут взять на себя другие люди и, по

крайней мере, помочь нам выжить. Наша первая обитель была одним-единственным местом в мире, где мы могли обосноваться, где могли расти в надежде на безопасность и доброжелательную атмосферу, и то, как мы там обосновались, и то, как мы покинули эту обитель, сформировало наше существование и выгравировано в нашем мозгу и нашем теле.

Если внутриутробная связь и заземление или внеутробная привязанность в первые несколько недель и месяцев были сильно нарушены, а также если наше рождение произошло в травмирующих обстоятельствах, это окажет глубочайшее влияние на все психическое и физическое развитие ребенка (Bauer, 2011, Nathanielsz, 1999, Schore, 1994, Verny, 1995). Будет ребенок сильным, выносливым и уверенным в себе или, наоборот, слабым и лишенным способности переносить стресс? Сможет сохранять самообладание или будет нервным, гиперактивным, в постоянной тревоге? Насколько будет способен концентрироваться и спокойно спать? Сколько базового доверия у него будет? Сколько глубоко укоренившегося недоверия? Какой характер сформирует? Какими болезнями может заболеть впоследствии?

Самый ранний период жизни может повлиять и на развитие психических расстройств или психосоматических заболеваний (Janus, 2013, Nathanielsz, 1999, Schore, 1994).

Самое решающее и самое разрушительное время, безусловно, это период так называемого «программирования плода» в первые 12 внутриутробных недель, когда происходит развитие органов и появляются самые ранние рефлексы отстранения (Blomberg, 2012, Dowling, 1991, Emerson, 2000, Nathanielsz, 1999).

От того, насколько спокойно, расслабленно и непринужденно было позволено жить нерожденному ребенку и чем более мощно он смог выйти на свет без родовых осложнений, конечно, при условии, что впоследствии о нем заботились и воспитывали относительно оптимальным образом, зависит, насколько спокойным он сможет быть в своей дальнейшей жизни.

Фундаментальные ответы нельзя найти, рассматривая только гены и опыт нескольких дней и недель после рождения, нужно буквально вернуться «в темные дали внутриутробной жизни» (Verny, 2013) и к истокам пре- и перинатального опыта, чтобы найти основную мелодию нашей жизни. Так что в данной статье мы сосредоточимся на этих вопросах и оставим в стороне, очевидно, тоже очень важные и формирующие характер месяцы и первые годы после рождения. Из-за ограниченности места в статье можно подробно рассмотреть лишь некоторые из упомянутых вопросов.

1. Историческое введение

Психоаналитик Отто Ранк был первым, кто уже в 1924 году признал, что отношения между матерью и ребенком начинаются задолго до рождения и что пре- и перинатальные воспоминания – воспоминания истинные. Один из его главных постулатов, касающихся этого вопроса, гласит, что пренатальные чувства и переживания, а также переживания во время рождения могут существенно повлиять на динамику отношений между терапевтом и клиентом (Verny, 2013, in Janus, 2013).

Отто Ранк и Густав Грубер исследовали эту тему и систематически описывали ее.

Отто Ранк придавал больше значения внутриутробным проблемам и опыту рождения, чем эдипову комплексу, что в 1926 году привело к его разрыву с Фрейдом, который не хотел пересматривать или расширять свою психоаналитическую концепцию.

Отто Ранк, считающийся предшественником эго-психологии, представил время в утробе матери как самое начало отношений матери и ребенка.

В тридцатые годы венгерский психоаналитик Шандор Ференци осознал значение превербального периода в материнской утробе и в первый год после рождения и занялся

проблемой отвергнутого нерожденного и младенца («Нежеланный ребенок и его влечение к смерти», 1929). Ничего не зная о родовой травме, он оценивал эту ситуацию как всепоглощающее событие.

Все упомянутые выше аналитики, а также Нандор Фодор в пятидесятых годах, который тоже интересовался этой темой и подчеркивал ее травмирующие аспекты, не встретили положительного отклика и остались аутсайдерами.

Альфред Адлер в этот период скорее рассматривал аспекты чувства неполноценности и бессилия. Он был первым из психоаналитиков, кто не идеализировал внутриутробную фазу.

В архетипах К.Г. Юнга тоже можно найти отсылки к пренатальному материалу.

Вильгельма Райха, как и Фрейда, больше интересовали концепции постнатального влечения, и Александр Лоуэн в этой традиции последовал за Райхом.

В последние три десятилетия исследования и интерес к проблемам ранней жизни, начатые классическими психоаналитиками, перешли к более телесно-ориентированным терапевтам и врачам. Ссылаясь на таких пионеров, как Артур Янов (Early Imprinting, 1984) и Станислав Гроф (Torography of the Unknown, 1983), Теренс Даулинг и Альфред Томатис разработали новые подходы, чтобы помочь клиентам или пациентам погрузиться в пре- и перинатальный период жизни. В восьмидесятые годы Томатис был первым, кто повторно воспроизвел травмирующий опыт материнской утробы и травмирующего рождения и использовал голос матери на пленке или в реальности как средство лечения. Также один из самых значимых ученых и терапевтов, Уильям Эмерсон, уже более 30 лет работает с детьми и взрослыми по этой теме (Schindler, 2011, с. 8).

В то же время пре- и перинатальные проблемы и ранние травмы постепенно входит в сферу изучения в мире биоэнергетики. Для захватывающего путешествия к истокам биоэнергетический анализ с его четкой телесной ориентацией в рамках надежных и, надеюсь, поэтапных, доверительных и теплых терапевтических отношений и с его продуманным ноу-хау, касающимся травмы в целом, кажется особенно подходящим для этой задачи.

К счастью, нейробиологические исследования сегодня подтверждают необходимость физического подхода к превербальным субъектам. Паттерны нейронных сетей определяются генетической предрасположенностью в пренатальном периоде, но, как показывают нейробиологические исследования, они зависят в своем развитии от опыта, полученного в этой среде обитания (Bauer, 2011). *«Пренатальные травмы выжигаются в стволе мозга, как сформулировал Брюс Перри (2005, с. 18), и такая пренатальная травма устанавливает границы будущего развития мозга»* (Schindler, 2011, с. 55). Эти ранние паттерны формируют прочные связи, особенно если был получен негативный или травмирующий опыт, который приводит к фиксированным убеждениям, поскольку плод или новорожденный делает все выводы из своего узкого маленького первичного мира (Gerald Hüther: Die Macht der inneren Bilder, 2008).

К сожалению, обычно совершенно ускользает от понимания, что омраченное мировоззрение закладывается с самого начала нашей жизни и поэтому, конечно, является слишком упрощенным. Кроме того, его вряд ли можно изменить чисто словесной терапией и простым умственным озарением. Современные исследования мозга доказали, что мы склонны воспринимать и повторять то, что нам уже известно, а новое и неизвестное скорее отключается в мозгу. Усвоив наши первые стратегии преодоления, мы будем их придерживаться и мешать себе учиться и пробовать новые решения.

2. Важные этапы пренатального развития

Время	Стадии	Размер (ок.)	Характеристика
1-й день	раннее развитие	0,1 мм	Зачатие, оплодотворение
день 4-5			Свободная бластоциста
день 5-6			Прикрепление бластоциста к слизистой оболочке матки. Нидация. В это время основной план тела и мозга – женский
3-я неделя	Эмбриональный период	0,2-2мм	Трехлистный эмбриональный диск, начало развития позвоночника, (первичный вихрь), мозжечок функционирует уже через 20 дней. Стволовой мозг развивается первым и быстро растет. Вскоре начинает биться сердце. Нервные клетки распространяются по всему телу. Кожа и мозг возникают из одного и того же клеточного слоя (эктодермы). Часть нервных клеток задерживается в формирующемся мозге, другая часть плавает в брюшной полости и образует кишечный мозг. Развивается немиелинизированный дорсальный блуждающий нерв (DVC). Эта энтеральная система функционирует почти независимо от центральной нервной системы (Porges, 2011).
4-я неделя		2-5 мм	В желточном мешке образуются стволовые клетки лейкоцитов и эритроцитов, можно различить бугорки рук и ног, появляется пуповина. Эмбрион плавает в амниотическом мешке.
5я-8я неделя		- 40мм	Органогенез Начиная с 6-й недели появляется первое чувство – осязания, оно развивается раньше, чем зрение и слух. Вскоре эмбрион уже способен слышать кровообращение матери (или близнеца) и кишечные шумы. Начиная с 6-й недели появляются мышцы, первые активные движения. Тренировка мышц стимулирует создание и соединение нервных клеток. Начиная с 7-й недели мышцы распределяют дофамины и эндорфины. Эмоции теперь могут подавляться сокращением мышц, что ослабляет восприятие. С 7-й недели гонады будущих мальчиков вырабатывают тестостерон. Пальцы и кисти рук появляются раньше, чем развиваются стопы. Веки уже закрыты. Начинает развиваться ладонно-рото-головной рефлекс, рефлекс Бабкина (Бломберг, с. 115). Если на поздних сроках беременности прикоснуться к ладоням, эмбрион может наклонить голову вперед, открыть рот и совершить сосательные движения для тренировки к последующему

			грудному вскармливанию. Рефлекс остается в течение 3-4 месяцев после рождения. Если новорожденный плохо сосет, можно помассировать его ладони, чтобы стимулировать рефлекс Бабкина. Рефлекс страха-паралича как реакция на стресс формируется как очень ранний рефлекс. Если беременная мать испытывает сильный стресс в первые месяцы или нерожденному ребенку угрожает опасность, он может находиться в состоянии замирания и неподвижности большую часть времени (DVC, Porges, 2011). Или же в состоянии постоянного стресса, когда адреналин и кортизол (SNS) изливаются наружу (Blomberg, с. 109).
3й месяц	Фетальн ый период	- 9 см	Растут ноги и руки. На 10-й неделе можно заметить вкусовые рецепторы. На 11-й неделе развивается плантарный рефлекс – ранний хватательный рефлекс, он тренирует движение пальцев ног, чтобы можно было за кого-то ухватиться. Как и рефлекс Бабкина, еще один хватательный рефлекс, он тоже способствует более позднему грудному вскармливанию. С 12-й недели распознается и идентифицируется пол. Появляются органы. Первые рефлекторные действия и реакции возникают после прикосновения (аборт, попытки аборта, амниоцентез на 16/17 неделе). Начинает развиваться рефлекс Моро, который должен полностью сформироваться на 30-й неделе (Blomberg, с. 113.). Его вызывают также громкие неприятные звуки, ссоры, драки, неприятные и угрожающие прикосновения, вроде бокса или удара снаружи. Желточный мешок исчезает, так как теперь функционируют печень и селезенка. Они производят собственные кровяные тельца и могут очищать кровь, не отправляя ее обратно матери. С 14-й недели практикуется сосание большого пальца. Начинает развиваться хватательный рефлекс.
4-й месяц		-16 см	Прощупываются кости, образуются суставы. Глотательный рефлекс и сосательный рефлекс. Отдельная замкнутая система кровообращения обеспечивает еще и некоторую саморегуляцию. В женском зародыше развивается целых 5 миллионов яйцеклеток. С 16-й недели могут восприниматься шумы и звуки внешнего мира.
5-й месяц		- 25 см	Рост волос: похожие на шерсть пушковые волосы покрывают лицо и тело. Мать теперь может чувствовать движения плода. Начало миелинизации. До конца 6-го месяца все нейроны (100 миллиардов) построены. Особенно активна часть, отвечающая за восприятие. Части лимбической системы уже развиты и объединены в сеть. Миндалина полностью функционирует (LeDoux 2002). С

			24-й недели происходит быстрое увеличение количества миелинизированных вагальных волокон (вентральный вагальный комплекс, ВВК, Porges, с. 122). После рождения связь между нейронами продолжается во всех частях мозга. Синаптогенез в коре головного мозга начинается только после рождения. После рождения проходит 6-8 месяцев, прежде чем орбитофронтальная кора начинает функционировать в полном объеме (Herman, 2010, с. 90). На 18-й неделе начинает развиваться асимметричный тонический шейный рефлекс (ATNR). Когда плод поворачивает голову в одну сторону, рука и нога вытягиваются в ту же сторону, тогда как на другой стороне тела рука и нога сгибаются. Это высвобождает пинательные движения и является тренировкой для процесса рождения (Blomberg, с. 114). Уши уже завершены, способность слышать полностью сформирована.
7-8 месяцы		- 35 см	Через икоту в последние три пренатальных месяца тренируется диафрагма. На 7-м месяце развитие уже завершено. С этого момента эмбрион только набирает вес. Связь между матерью и плодом осуществляется через правое полушарие (Schor). Глаза открыты, легкие работают, но еще незрелые. Плод жизнеспособен.
38-40 неделя			Рождение: «Человеческий младенец не рождается с полностью функционирующей миелиновой вагальной системой. Вагус млекопитающих лишь частично миелинизирован при рождении и продолжает развиваться в первые несколько месяцев после родов» (Porges, с. 122). При отсутствии медицинских помех плод точно определяет время выхода из матки и отталкивается от сократившейся устойчивой стенки матки пальцами ног. Непроизвольными движениями, похожими на рыбы, он начинает путешествие. (Чем больше нерожденному пришлось защищаться, тем менее подвижным и энергичным он будет в процессе рождения.)

3. Примеры обстоятельств, вызывающих пренатальную травму

«... миндалина полностью функционирует во второй половине пренатального периода, и если еще не родившийся ребенок через сенсорную активность воспринимает ситуацию, угрожающую выживанию, это сохранится в его миндалине. Более того, если мать воспринимает угрожающую ситуацию, ядра миндалины еще не родившегося ребенка также регистрируют контекст восприятия вместе с физиологической реакцией матери» (LeDoux, in: Janus, Die pränatale Dimension in der Psychotherapie, 2013, с. 160).

- Попытки аборта
- Большая продолжительность сильной амбивалентности и чувств и мыслей о неприятии
- Хроническая тревога и стресс
- Тяжелая депрессия
- Преждевременные сокращения матки (чем раньше и чаще, тем опаснее для жизни)
- Длительное применение токолитиков (препаратов для подавления преждевременных родов)
- Насилие и ссоры с партнером или в ближайшем окружении (крики, побои, пинки, толчки)
- Природные катастрофы, несчастные случаи, перестрелки, террор, война
- Разлука родителей
- Такие медицинские проблемы, как гестоз, эклампсия, преэклампсия и т.д.
- Внутриутробная смерть близнеца
- Недостаток пищи
- Злоупотребление алкоголем, лекарствами, никотином, наркотиками (Фрэнк Лейк. «Синдром токсичной матки»)

3.1 Попытки аборта

Попытки аборта всегда очень травматичны и приводят к глубочайшей форме шизоидного застывания. В панике сердце начинает биться учащенно, затем тахикардия прекращается, эмбрион отстраняется и в рефлекс страха-паралича впадает в полное оцепенение, активируя дорсальный вагальный комплекс (Porges, с. 292). Эмбрион остается там и вынужден защищаться от опасности извне, от собственной паники и страха снова подвергнуться нападению или быть пойманным, когда, наконец, выйдет наружу.

Возможные последствия:

- глубоко укоренившаяся холодность
- тяжелая депрессия
- чувство глубокой никчемности
- снижение жизненной энергии и слабое восприятие тела
- чувство непричастности к этому миру
- психозы, паранойя
- сильное чувство недоверия, необщительность, даже аутизм (Dowling, 1997)
- обращения в больницу
- неконтролируемые приступы агрессии
- хронический болевой синдром
- ощущение угрозы при близости человека (Лоуэн. «Предательство тела»)

3.1.1 Случай 1

«Посреди потока стоит небоскреб. Я живу на первом этаже и могу добраться туда только на лодке. Я думаю: Господи, именно там я должен жить, мне нужно немедленно бежать. Поток все сильнее, он унесет меня. Как мне добраться до берега?»

«Кто-то подает мне маленького безжизненного ребенка с ужасными следами

удушения на горле, и я в ужасе думаю про себя: Как люди могут так поступать с ребенком?»

Женщина 50 лет, сама акушерка, проходила со мной терапию почти 6 лет.

Она пришла из-за гипертонии, постоянных кошмаров, сильной депрессии и неспособности работать. В браке с гораздо более старшим мужем она чувствовала себя «зажатой», как будто ей мешали дышать. Она была шестым ребенком из семи, причем прямо перед ней случились два выкидыша. Не было уверенности, что ее мать специально провоцировала аборт. Но во время терапии она узнала, что это было именно так. С самого начала она ясно помнила свои сны, и постепенно стало очевидно, а позже мать холодно призналась, что несколько раз пыталась избавиться от нее с помощью вязальной спицы. Мать не знала, что ожидает близнецов, и когда один эмбрион вышел, она прекратила дальнейшие усилия. Позже моя клиентка переживала себя внутриутробно как замороженный эмбрион в ужасном конфликте: она боялась остаться и боялась выйти.

На самом деле она родилась на 3 недели раньше срока через экстренное кесарево сечение с двукратным обвитием пуповины вокруг шеи. Мать часто говорила, что ее роды были самыми драматичными из всех ее родов, потому что у нее внезапно началось кровотечение, и долгое время кровотечение не удавалось остановить. Когда клиентка родилась, она была синей и не могла дышать. И мать, и ребенок были в смертельной опасности, их разлучили друг с другом. Врач и медсестры схватили новорожденную за ноги, держали под холодной водой и непрерывно шлепали по спине и ягодицам, пока она наконец не заплакала, что и продолжала более-менее в следующие трое суток. К счастью, иногда появлялась бабушка и носила ее на руках, потому что мать не могла за ней ухаживать.

Когда ребенку исполнилось три месяца, мать организовала для нее операцию, потому что паукообразный невус («нарост») на горле моей клиентки ее раздражал. Операция не была полностью успешной, ее пришлось повторить в возрасте полугода. Обе операции были проведены без применения наркоза. С тех пор она была очень тихим и послушным ребенком.

Когда она подросла, тщетно пыталась завоевать любовь матери, помогая ей по мере сил. К счастью, ее теплый, принимающий отец, архитектор, как и ее муж, был, помимо бабушки, компенсатором, и без них двоих она «...могла бы умереть очень быстро».

3.1.2 Случай 2

«Я ползу вверх по крутому холму к башне на вершине. Внутри есть отверстие, и я лезу вниз, головой вперед по узкому каналу, пока не оказываюсь в маленькой пещере. Вдруг справа на меня нападает рыцарь с копьем, потом еще один с копьем слева. Я прижимаюсь к стене и пытаюсь спрятаться».

«Я вижу себя в иглу на фоне арктического пейзажа. Я совсем один, и мне не к кому обратиться. Ужасно холодно, и я не представляю, как выжить в таком холоде».

В 1986 году в мой кабинет пришел очень бледный, изможденный психолог 32-х лет, «исполненный страха, ненависти и ярости», он казался скорее мертвым, чем живым. Приведенные выше сны он назвал «стандартными снами детства» и не имел ни малейшего представления, что они означают. Во время терапии он осознал и глубоко прочувствовал, что «уже тогда потерял всю надежду, весь оптимизм, всю радость и доверие к жизни».

До сих пор он жил почти в полной изоляции, имея только одного друга-студента

и регулярно навещая свою семью. У него никогда не было близких контактов с женщинами, и ему потребовалось все его мужество, чтобы прийти ко мне сейчас, потому что он «больше не мог выносить жизнь и подумывал о самоубийстве».

Его родители были очень бедны и жили в одной квартире вместе с бабушкой по материнской линии.

Он был первым ребенком, и мать относилась к беременности очень неоднозначно. Поскольку бабушка и безработный отец, у которого были проблемы с алкоголем и который впоследствии стал алкоголиком, были определенно против ребенка, они с матерью несколько раз пытались избавиться от него с помощью вязальных спиц. Когда им это не удалось, его бабушка наконец сказала: «Давайте остановимся, как-нибудь справимся с ребенком».

Во время родов мать впала в кому и пролежала в ней три недели. Каждые четыре часа медсестры приносили его к ней, таким образом, его хотя бы некоторое время кормили грудью, хотя она его не замечала, и ему было очень дискомфортно. Матери потребовалось несколько месяцев, чтобы полностью восстановиться, и большую часть времени за ним ухаживала бабушка.

Когда он подросток, он стал очень красивым ребенком, и мать начала его обнимать, но все это резко прекратилось через четыре года, когда родился его брат. Экономическая ситуация улучшилась, и теперь они жили в собственной квартире.

В повторяющихся снах его преследовали сцены войны и преследующие его убийцы. В начале терапии его единственным безопасным местом был космический челнок далеко во вселенной, по крайней мере, с прямой линией связи. В 1990 году, после 4 лет терапии, он ушел, потому что наконец-то женился, и они с женой ждали ребенка. 10 лет спустя, сразу после развода, он вернулся и остался на несколько месяцев, чтобы прийти в себя. В начале 2013 года он появился снова, потому что он и его девушка, теплая общительная учительница, планировали жить вместе после пяти лет знакомства.

3.2 Хроническая тревожность и стресс

«По сравнению с большинством других млекопитающих плацентарный контакт между матерью и ребенком особенно силен. Гормонам, лекарствам и токсичным веществам нужно всего несколько секунд, чтобы через кровообращение матери попасть в плаценту. Недолгое время плацента может функционировать как препятствие им, но если поступление продолжается, они достигают еще не родившегося ребенка» (Dowling, семинар, 2006).

При хронической тревожности и стрессе в организм новорожденного попадает большое количество материнских гормонов стресса – адреналина, кортизола и норадреналина, которые стимулируют симпатическую нервную систему и вызывают тахикардию. *«В напряженной обстановке кровь плода скорее приливает к мышцам и стволу мозга, чтобы снабдить те части тела, которые необходимы для спасительного рефлекса-поведения. Из-за такой защитной реакции меньше крови поступает в кишечник, а стресс-гормоны к тому же подавляют функцию базального отдела переднего мозга» (Lipton, 2007, с. 174).* Некоторое время ребенок может регулировать себя, но если ситуация сохраняется, ребенок страдает от постоянного стресса, а истощенная стрессовая система может вызвать инфекции, поскольку иммунная система ослаблена (Bauer, 2011, с. 47, с. 117). Впоследствии это может привести к различным заболеваниям: язвенному колиту или болезни Крона. Обычно такие дети неуверенные в себе, очень тревожны, привязчивы и часто плачут.

3.2.1 Случай 3

Ко мне на прием пришел профессор 57-и лет после 700 часов психоанализа, потому что некоторые из самых раздражающих его симптомов – выгорание, гипертония, хронический синусит, бронхит и неспособность чувствовать себя хорошо в одиночестве – не изменились. В ходе анализа основное внимание уделялось раннему разводу родителей и жестокому отчиму. Он стал лучше понимать себя, но по-прежнему чувствовал, что не может расслабиться и ощущать себя комфортно в собственном теле.

Он был первым ребенком матери, которая пыталась привязать к себе слабого мужа, латентного гомофила, талантливого художника. Когда стало ясно, что он никогда не сможет по-настоящему ее полюбить и стать ответственным отцом, она пожалела о беременности и постоянно переживала, что не справится с воспитанием ребенка в одиночку. Он родился на две недели позже срока через экстренное кесарево сечение и был покрыт младенческой экземой и фурункулами (нарывами). Мать отказывалась держать его на руках и кормить грудью и только время от времени давала ему бутылочку. Через две недели она ушла из клиники, а он остался там, и в конце концов его поместили в темную маленькую комнату «умирать», где его через две недели нашел отец. Он отвез его в университетскую больницу, где в течение пяти месяцев его лечили антибиотиками. Мать вернулась на работу и не навещала его, отец приходил редко.

После того, как он понял, что его симптомы во многом связаны с подавленными чувствами нерожденного и новорожденного, они постепенно исчезли, и он стал более внимательным к себе, занимаясь спортом, употребляя меньше пищи, а также более полезную пищу и меньше работая. Сейчас он находится в середине драматического путешествия к своим самым ранним травмам и глубокому отчаянию, и замерзанию.

3.2.2 Случай 4

Женщина лет тридцати, сама врач и терапевт, была направлена коллегой, которому казалось, что ей нужна телесно-ориентированная терапия, а не просто разговорная. Буквально с тех пор, как она переехала в дом нынешнего мужа (где он жил со своей первой женой, которая ушла от него против его воли), у нее развился тяжелый колит (болезнь Крона) со спорадическими обильными кровотечениями. Незадолго до того, как я впервые ее увидела, она лежала в больнице, и врачи рекомендовали операцию по удалению пораженных частей, что очень ее пугало. Она описала себя как легко впадающую в стресс, даже упаковка вещей для поездки в отпуск вызывала у нее ужасный стресс.

Она была вторым ребенком у молодой, неуверенной в себе матери, которая за два года до того потеряла сына во время родов из-за ятрогенной ошибки. Во время второй беременности, все еще травмированная потерей любимого сына, она сильно паниковала, что может потерять и этого ребенка. Позже мать признавалась, что боялась полюбить мою клиентку и установить с ней прочную пренатальную связь из-за самозащиты.

Во многих снах и пренатальных упражнениях моя клиентка вспоминала этот период как время «полного одиночества», а свое тело – как жесткое и неподвижное. Родившись, она встретила очень грустную и измученную мать, которая на три недели отдала ее в возрасте трех месяцев в детский дом, потому что родители решили, что им нужно поехать в отпуск. Когда родители ее забрали, «она была совершенно другим ребенком, очень худым и болезненным», поскольку не хотела есть и к тому же страдала диареей.

Мужество почувствовать связь между стрессом и исполненным стресса и печали началом ее жизни помогло ей выздороветь, не прибегая пока ни к какой операции. И хотя она еще не полностью излечилась, кровотечение полностью прекратилось.

На самом глубоком уровне своего пренатального периода она обнаружила параллель между матерью и мужем. Она была для обоих «не тем человеком», мать

«определенно предпочла бы, чтобы вместо меня выжил сын». А муж хотел бы по-прежнему быть с первой женой. После попыток с терапией пар она, наконец, съехала и сейчас в разводе. Это шаг, на который нерожденный решиться не может!

3.3 Недостаток питания во время беременности

Недостаток пищи во время беременности может надолго повлиять на рост и развитие ребенка. Это можно рассматривать как самую глубокую форму оральности. Если такой недостаток возникает в первые три месяца беременности, это может повлиять на развитие органов и привести к их необратимому уменьшению в размерах (Nathanielsz, 1999).

Последствия:

1. Печень не способна в достаточной мере регулировать уровень холестерина, что может привести к хронической гипертонии и атеросклерозу.
2. Поджелудочная железа не вырабатывает достаточно инсулина для усвоения нормального количества глюкозы в крови. Возможно развитие диабета.
3. Общий риск развития избыточного веса и проблем с сердцем и кровообращением в более зрелом возрасте.

3.4 Злоупотребление алкоголем: интоксикация

Как и никотин, алкоголь относится к наиболее вредным ядам во время беременности. Каждый год в Германии около 10 000 детей рождаются с физическими или психическими отклонениями. 2 000 из них страдают тяжелыми и необратимыми дефектами. Причиной физических и психических повреждений у детей гораздо чаще является употребление беременной матерью алкоголя, чем генетические заболевания. Даже небольшое количество алкоголя в первые три месяца беременности может нанести серьезный ущерб развитию зрительного нерва эмбриона из-за снижения уровня витамина А. Кроме того, интоксикация может привести к гипертонии и почечной недостаточности. В тяжелых случаях (которые мы обычно не наблюдаем в частной практике) это приводит к деформации лица (Downing, семинар, 2006).

Во втором триместре беременности алкоголь может нарушить процесс формирования нервных клеток, а в третьем триместре разрушить уже существующие нейроны. В отличие от ситуации при злоупотреблении никотином еще не родившегося ребенка алкоголь достигает достаточное количество крови, и кровь интоксичирована так, что ребенку приходится защищаться, а его печень вынуждена выполнять тяжелую работу.

Меры физической защиты: сокращая мышцы пресса, ребенок сводит ножки, чтобы ущемить пах. Благодаря этому сердцебиение ослабевает, и ребенок ждет в защитной позе, пока уровень алкоголя не снизится и яд не разбавится (все это должно быть переработано развивающейся печенью плода). Постепенно сердцебиение снова приходит в норму.

3.5 Злоупотребление никотином: синдром депривации

Никотин – один из самых вредных ядов, тормозящих развитие тела и мозга. Даже относительно небольшой дозы (около 6 сигарет в день) достаточно, чтобы нарушить рост и развитие мозга. В связи с этим наблюдается постнатальная гиперактивность (Dowling, 1997).

Если беременная мать курила или была вынуждена хронически пассивно курить, повышается риск мертворождения, преждевременных родов или кесарева сечения. Новорожденные дети обычно легче, меньше по размеру и имеют уменьшенную

окружность головы. Они чаще страдают аллергией, астмой и инфекциями, чаще становятся зависимыми от табака и/или имеют избыточный вес, у них могут наблюдаться задержки в развитии и проблемы с обучением и поведением (Dowling, 1997). Нерожденный ребенок неизбежно вынужден «курить» вместе с матерью, что приводит к следующим последствиям:

- Вскоре после этого в крови матери и ребенка повышается концентрация никотина.
- Ухудшается снабжение кислородом и питательными веществами.
- Никотин вызывает стресс у обоих организмов, повышается кровяное давление, что приводит к тахикардии, вены и артерии сужаются и тем самым затрудняют кровообращение. Кровь сначала снабжает мозг, что необходимо для выживания, и отходит от брюшной полости и конечностей, которые становятся холоднее и хуже снабжаются кровью.
- Даже желание матери курить провоцирует тахикардию у еще не родившегося ребенка.
- Угарный газ создает дефицит кислорода, что может привести к так называемому «ложному удушью», организм находится в состоянии тревоги и выделяет большое количество адреналина.

Меры физической защиты: нерожденный ребенок может лучше защитить себя от яда по сравнению с алкоголем, аноксия, однако, очень опасна. Ускоренным сердцебиением ребенок выталкивает кровь из собственной кровеносной системы обратно в плаценту и тем самым вынужден выполнять чрезмерную работу, которая может привести к напряжению и даже увеличению сердца. Впоследствии это может привести к ощущению «я должен работать, чтобы выжить» (см. Случай 5).

3.5.1 Случай 5

46-летняя учительница, уроженка Литвы, обратилась ко мне из-за выгорания, постоянного стресса и плохого контакта с единственной дочерью. Ее мать работала врачом и акушеркой в клинике. Двенадцать раз она сама успешно делала аборт с помощью отсасывающего аппарата, пока наконец («понятия не имею, почему») не решила сохранить жизнь моей клиентке. Она непрерывно курила «2-3 пачки сигарет в день», а по выходным любила крепко выпить. Клиентка родилась с увеличенным сердцем, гепатитом и «очень напряженным телом». Она часто плакала часами, и только бабушка могла ее успокоить. В течение нескольких месяцев терапии мне приходилось ее успокаивать, потому что она находилась в состоянии хронической гипервозбудженности и стресса. Она с трудом успокаивалась и расслаблялась, а как мать была очень требовательна, нетерпелива и даже агрессивна по отношению к дочери. Потребовалось довольно много времени, чтобы понять, как рано были заложены эти паттерны и как трудно их изменить.

4. Примеры перинатальной травмы

«Рождение – это величайшая проблема для выживания человека... (оно)... нарушает зависимость плода от материнской физиологии и изгоняет его из этой безопасной среды» (Porges, с. 83).

- Преждевременные роды
- Пуповина вокруг шеи при аноксии

- Цианоз, синдром «синего ребенка» (или другие причины)
- Кесарево сечение
- Роды при ягодичном предлежании
- Роды с помощью вакуумной чашки
- Роды с помощью щипцов
- Роды при предлежании
- Предлежание плаценты
- Использование эболиков во время родов
- Послеродовое разлучение без установления связей из-за аспирации околоплодных вод и других медицинских проблем матери или ребенка.

4.1 Кесарево сечение

Первичное кесарево сечение: 5-10%, планируется до родов по медицинским показаниям и при отсутствии сокращений матки. Обычно проводится под общим наркозом, реже под эпидуральной анестезией. (Сначала «уходит» мать, вскоре после этого онемевает и плод.)

Вторичное кесарево сечение: незапланированное и внезапно необходимое из-за осложнений во время родового процесса. Чаще всего здесь ребенок может некоторое время испытывать сокращения матки. Обычно проводится под эпидуральной анестезией.

Кесарево сечение по желанию: планируется в назначенное время без медицинских показаний и при отсутствии родовых болей. Тенденция усиливается.

В США кесарево сечение – наиболее частая операция, частота составляет 25-50 % в зависимости от конкретной клиники (Emerson, 2013, с. 90).

Для матери большая рана на животе означает боль, длинный шрам и риск тромбоза и эмболии, а для ребенка это может иметь следующие серьезные последствия:

Проблемы с дыханием: поскольку при нормальных родах не происходит массажа тела, чтобы выдавить околоплодные воды и/или меконий из легких ребенка, это может привести к аспирации околоплодных вод и мекония, что часто приводит к легочным инфекциям и проблемам с дыханием. Швейцарское исследование показало, что «кесарево сечение повышает риск развития астмы по сравнению с нормальными родами примерно на 80%... и что показатели кесарева сечения и астмы в последние десятилетия растут параллельно» (RNZ Wissenschaft, с. 15, декабрь 2008).

Отсутствие физических ощущений: оцепеневшая мать не может стимулировать ребенка. Первый очень важный массаж всего тела и ощущение своих физических границ при вагинальных родах упускаются. Кроме того, ребенок лишается опыта активной и эффективной деятельности и не может вместе с матерью определять время выхода. Невольно, механически и часто слишком рано его стремительно забирают из его теплой обители.

Проблемы с кормлением грудью: это происходит часто, поскольку молоко вырабатывается на день позже, чем обычно, а мать слабее и более напряжена.

Нарушения связи: матери в состоянии наркоза требуется больше времени, чтобы восстановиться и по-настоящему быть рядом с ребенком. Иногда из-за медицинских осложнений необходимо разлучение с ребенком.

4.1.1 Случай 6

«Нацистские солдаты резко и с силой распахивают дверь моей комнаты. Не дают

мне времени одеться и собрать вещи. Они крепко хватают меня, и я должна уходить немедленно».

Три года назад ко мне пришла молодая учительница, страдающая аллергией, хроническим синуситом и тяжелой астмой в сочетании с приступами паники. Как и ее старшая сестра, она родилась через плановое кесарево сечение вместе с сестрой-близнецом. К несчастью, она наглоталась околоплодной жидкости и мекония, и ей было трудно дышать. Пока мать оставалась с другой близняшкой, ее отвезли в специальную больницу, где ей пришлось провести две недели. Мать никогда не навещала ее, и у нее началась пневмония. Во время терапии она осознала связь между своими ранними страданиями и текущей болезнью, и паникой. У нее исчез страх смерти, и после нескольких респираторных инфекций она стала почти полностью здоровой. С тех пор у нее больше никогда не случалось угрожающих жизни приступов астмы.

Во время терапевтического процесса она осознала и с удивлением отметила, что ее «внутренний ребенок еще не понял, что он уже родился без всякого массажа при рождении и без любящего прикосновения впоследствии».

4.2 Роды при тазовом предлежании

Ребенок скользит вниз к родовому каналу не головой, а тазом, его ноги сложены и закрывают тело и голову. Из-за этого он оказывается в очень сложной ситуации. Чем больше ребенок старается ерзать и следовать естественной потребности ножек двигаться и давить на стенку матки, тем хуже ему становится, и он чувствует беспомощность и бессилие. Если квалифицированная помощь будет оказана в ближайшее время, это не обязательно будет травматичным, в противном случае маленькая головка и позвонки подвергаются сильному давлению и тянущей силе. Нередко ребенок застревает, матери приходится давать анестезию, и она теряет контакт с ребенком.

Типичные последствия: тревожность и импотенция, наркомания, боли в спине, проблемы с позвоночными дисками, блокировка крестцово-подвздошных суставов. Область таза часто очень напряжена, что может вызвать цистит и миому. Ниже описан случай, связанный с родами при тазовом предлежании.

4.2.1 Случай 7

«Я сижу в инвалидном кресле и отчаянно хочу получить возможность ходить, но как ни стараюсь, не могу пошевелить ногами. Обычно я просыпаюсь в панике».

Одной из причин обращения к телесно-ориентированной терапии стал повторяющийся сон сорокадвухлетней воспитательницы детского сада. Кроме того, она упомянула, что не может заснуть, не выпив 6-8 бутылок пива, что боится темноты, но боится, и когда слишком светло, что не может навещать свою мать в больнице из-за панических атак при приближении к зданию. Она не могла объяснить свои симптомы, поскольку была любимым ребенком и у нее были довольно хорошие отношения с родителями.

При более глубокой работе со снами выяснилось, что человек в инвалидном кресле еще не родился. Когда она спросила мать, та рассказала, что у нее были роды с тазовым предлежанием, и она застряла в родовом канале почти на час, и трое врачей и три медсестры давили и давили на живот, боль матери была настолько невыносимой, что, к ее величайшему облегчению, ей наконец дали веселящий газ, и больше она ничего не помнит.

Постепенно и после большой подготовительной биоэнергетической работы с

ногами ей потребовалось несколько целительных повторных переживаний своего рождения, пока паника не ослабла. Через два с половиной года терапии она ушла от меня, не имея больше склонности пить алкоголь, чтобы облегчить боль от ребенка (которым была она сама), как это когда-то сделал веселящий газ.

4.3 Роды при помощи вакуумной чаши

Наиболее часто вагинально-оперативное родоразрешение проводится, когда ребенок застревает в родовом канале, сердцебиение снижается или мать не может тужиться. Путем создания вакуума ребенок извлекается с помощью присоски, плотно прилегающей к его черепу. В некоторых случаях это дает хорошие результаты за относительно короткое время с небольшим риском для матери и ребенка, но в сложных случаях осложнения могут быть довольно серьезными.

Возможные последствия для ребенка:

- Отек и/или сильная деформация головы
- Гематомы и повреждения кожи
- Синдром кинематического дисбаланса вследствие подглазничного напряжения (асимметрия, вызванная напряжением в верхнем отделе шеи)
- Паника с тахикардией и страхом смерти

4.3.1 Случай 8

Очень красивая 34-летняя одинокая женщина пришла ко мне с ощущением: *«Я уродлива, я не в порядке, мне нечего сказать, нечего определить, мне не хватает близости, мне нужен собственный медленный темп, но я никогда его не получаю. Я чувствую полное онемение в теле»*. Ее мать в подростковом возрасте перенесла туберкулез глаз, и когда она родила своего первого сына, брата моей клиентки старше ее на 3 года, рубцы на глазах лопнули, и она ослепла на несколько недель после родов. Она очень боялась рожать второго ребенка, но муж ее уговорил, и в постоянном беспокойстве она снова забеременела. Во время вторых родов ей вообще не разрешили тужиться из-за глаз, и мою клиентку вытащили с помощью присоски. «В полном шоке и слишком рано», как она узнала позже во время терапии, она вышла на свет. Ее застывшее состояние, которое могла бы снять любящая, утешающая мать, усугубилось тем, что холодная и не эмпатичная мать отказалась брать ее на руки, потому что ее «голова была вытянута и усеяна сине-зелеными гематомами и припухлостями». Медсестры забрали ее на несколько дней, потому что мать не могла выносить ее вида.

5. Терапевтическая процедура

Стабилизация

«Травмы можно исцелить только тем же способом, которым они были нанесены изначально: в отношениях с другим человеком» (Herman, 2010, с. 90).

- Вербальный анамнез (воспоминания), включая время беременности матери и родов, без драматизации, просто регистрация
- Физический анамнез
- Установление контакта и построение доверительных отношений в безопасной, теплой и доброжелательной атмосфере
- Ментальное подкрепление

- Помощь в самопомощи и обучение техникам успокоения миндалины
- Заземление в матери-земле и собственном теле
- Введение физических упражнений для расслабления и самоукрепления
- Концентрация на ресурсах и внутренней целительной силе и саморегуляции
- Стимуляция работы над своей жизнестойкостью
- Постепенное совершенствование дыхания
- Работа с правильным расстоянием и близостью и, если разрешено, с прикосновениями и удержанием
 - Заземление в теле терапевта, особенно когда положение стоя не подходит или кажется невозможным, а в себе еще не найдено приятное и безопасное место
 - Упражнения по снижению стресса, основанные на осознанности, упражнения на чувствительное осознание
 - Тревога и неподвижность должны быть ослаблены, необходимо научиться методам выхода из состояния замирания и диссоциации
 - Анализ сновидений без интерпретации терапевта. Клиент сам сможет найти ответы.

Повторное переживание/реконструкция травмы

«Неразряженная токсичная энергия не исчезает. Она сохраняется в организме и часто приводит к формированию широкого спектра симптомов – тревоги, депрессии, необъяснимого гнева и физических симптомов – от проблем с сердцем до астмы» (Levine, 1997, с. 20).

Поскольку у ребенка в пренатальном и раннем возрасте не развиты префронтальная кора и гиппокамп, которые полностью созревают только к трем годам, ранние события и травмы не могут быть поняты с помощью когниции, но они будут храниться в миндалине как эмоции и симптомы (Herman 2010, с. 60).

Чтобы общаться с ребенком, травмированным в пренатальном и перинатальном периоде, необходимо говорить на языке ствола мозга, лимбической системы и телесной памяти. Между терапевтом и клиентом должен быть установлен диалог правого полушария с правым (Shore, 1994).

Когда появляются сны, физические позы или воспоминания, указывающие на пре- или перинатальную травму (иногда они присутствуют с самого начала), процесс шаг за шагом возвращается к внутриутробному периоду и опыту рождения с помощью:

- работы со снами
- обучения дифференциации взрослого и ребенка, терапевта и первичных воспитателей
- понимания симптомов как языка травмированного ребенка
- тщательного развития аналитического понимания и раскрытия того, почему, когда и что произошло
- диагностики по отпечаткам пальцев (Даулинг, Натаниэльш)
- более глубокого погружения в подсознание и внутренний мир клиента путем введения его в альфа-состояние (место сверхообучения, Lipton, 2007)
- техники управляемого воображения в альфа-состоянии. Без всякой информации о времени внутриутробного развития и рождении можно точно воспринять и почувствовать то, что произошло
- переживания и повторного восприятия периода внутриутробного развития и/или рождения в новом исцеляющем ключе

➤ иногда буквально возвращения в символическую утробу матери, накрывшись темной простыней и уперев ноги в живот терапевта. В диалоге с нерожденным можно выяснить, что он на самом деле чувствовал, почему, возможно, не хотел рождаться или в некоторых случаях почему вообще не хотел оказаться в утробе этой конкретной матери. Клиент должен глубоко понять и научиться верить, что опасность миновала, что если он сейчас полноценно двигался и жил в утробе матери и в своей жизни и если он решил наконец родиться, то холодной, незаинтересованной или обеспокоенной матери больше нет, что теперь его примет и будет сопровождать теплый, радужный терапевт и взрослая часть самого клиента.

➤ пренатального дыхания

➤ специфических ритмических дыхательных упражнений

➤ специфических пренатальных ритмических физических упражнений для интеграции неинтегрированных примитивных рефлексов. Эти ритмические упражнения гасят симпатический тонус, способствуют активации эмоционального, социального вагуса (Porges, 2011) и стимуляции ствола мозга. Они проводятся в положении лежа, и терапевт ритмично и мягко перемещает клиента, начиная со стоп, затем коленей, бедер, груди и головы

Это специфическое пассивное покачивание имитирует движения, сердцебиение и дыхание матери. Благодаря активизации ствола мозга, более высокие части мозговых структур также получают положительное влияние и могут созреть (Blomberg, 2011); таким образом, успокаивается лимбическая система, которая поддерживает поведение бей, беги или замри (Porges, с. 190); активность оси НРА тоже может быть подавлена.

➤ Установления естественного, произвольного рефлекса рождения, который нарушает замораживание и помогает подготовиться к повторному проживанию родов

➤ Выяснения, какие первичные инстинктивные реакции не были выполнены и должны быть выполнены сейчас

➤ Обучения выражению и интеграции более глубоких чувств

➤ Понимания и интеграции того, что человек больше не заперт в холодном, отвергающем или отравленном месте

➤ Обычно требуется несколько повторений процесса рождения, пока клиенты действительно не почувствуют собственную эффективность и потенцию и не смогут осознать, что теперь они могут нормально рождаться в сильном и взрослом теле

➤ Обучения поиску совершенно новых решений

➤ Понимания, что у ребенка в предродовой период и у только что родившегося ребенка было очень мало возможностей реагировать, он не мог ни убежать, ни бороться, и что это уже не так

➤ Терапевт должен войти в резонанс и почувствовать то, что чувствовал ребенок, не будучи подавленным, он должен поощрять и успокаивать внутреннего ребенка (Bauer, 2011, Levine, 2011, с. 65)

➤ Связь ствола мозга и лимбической системы пре- и перинатального ребенка с корой головного мозга и префронтальной корой взрослого должна постепенно укрепляться, чтобы помочь изменить самые сильные и ранние убеждения, лучше понять и окончательно принять наиболее глубоко укоренившиеся переживания и восприятия этого периода жизни и психически и физически осознать, что все закончилось

6. Заключение

Никогда в жизни мы больше не будем частью кого-то другого, никогда не будем так глубоко связаны с кем-то другим, никогда не будем так сильно зависеть от кого-то другого, никогда не будем так уязвимы и зависимы. Даже не глядя в глаза матери, мы

многое знаем о ее личности, ее силе, здоровье, чувствах, сексуальности, отношении и особенно ее привязанности и любви к нам. Наша личная история начинается задолго до рождения, и если эта первая связь была достаточно оптимальной и позитивной, рождение прошло без осложнений, а перинатальный период с матерью был теплым, любящим и не нарушенным, это обеспечивает очень важную первую надежную опору в этом мире. Если этого не произошло, неизбежно возникает необходимость вернуться к самому началу наших самых ранних и формирующих травм и импринтингов, иначе они никогда не будут уничтожены.

Пренатальный и перинатальный период создает первый важный фундамент, и, конечно, этот период – лишь начало долгой истории, но начало, которое может наложить неизгладимый отпечаток на всю нашу последующую жизнь. Как сказал Томас Верни: «Рассмотрение пре- или перинатальных травм без исследования последующих травм так же неполноценно, как и психотерапия, пренебрегающая пре- и перинатальным периодом» (Verny, 2013, с. 203).

Литература

- Albert, B. Die Seele fühlt von Anfang an. München, Kösel, 2005.
- Bauer, J. Das Gedächtnis des Körpers, München, Zürich, Piper-Verlag, 2011.
- Bowlby, J. A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development, New York, Basic Books, 1988.
- Blomberg, H. Bewegungen, die heilen. Freiburg, VAK-Verlag 2012.
- Chamberlain, D. Woran Babies sich erinnern. Die Anfänge unseres Bewusstseins im Mutterleib. München, Kösel, 2001.
- Cheek, D. Prenatal and Perinatal Imprints, in: Pre- and Perinatal Psychology Journal, 1, Winter 1988, S. 97- 110.
- Dowling, T. The Use of Placental Symbols in Acuming Pre-and Perinatal Experience. In Fedor-Freyberg, P. Vogel (Hrsg), Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. Mattes Verlag, Heidelberg, 1989.
- Dowling, T. The Roots of the Collective Unconscious. In: Janus, L., Haibach, L. (Hrsg.) Das Seelenleben des Ungeborenen, Centaurus, Herbolzheim, 1991.
- Dowling, T. Präinatale Regression in der Hypnose, Heidelberg, Textstudio Gross; 1991.
- Dowling, T. Arbeit mit autistischen Kindern. In: Janus, L., Haibach, L. (Hrsg), LinguaMed, Neu-Isenburg, 1997.
- Emerson. W. Shock: A Universal Malady, Pre –and Perinatal Origins of Suffering, Emerson Seminars, Pataluma, 2000.
- Fodor, N. The Search for the Beloved. A Clinical Investigation of the Trauma of Birth and Prenatal Condition. University Books New York, 1949.
- Grof, S. Topographie des Unbewussten. Stuttgart, Klett-Cotta 1983.
- Häsing, W, Janus, L. (1990): (Hg.) Ungewollte Kinder. Text-o-phon, Wiesbaden.
- Hermann, J. Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden, Paderborn, 3. Auflage 2010.
- Hollweg, W.H. Der überlebte Abtreibungsversuch. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 10: 256–262, 1998.
- Hüther, G, Die Macht der inneren Bilder. Bern, Hans Huber Verlag, 2008. Kafkalides, A. The Knowledge of the Womb, Corfu, Triklino House, 1995. Levine, P. The Tiger: Healing Trauma. California: North Atlantic Books, 1997.
- Levine, P. Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt, München, 2. Auflage 2011.
- Lipton, B. Intelligente Zellen. Wie Erfahrungen unsere Gene steuern, Burgrain, KOHA-Verlag, 2007.
- Janus, L. Zum Zusammenhang von Geburt und Lebensgestaltung, Kind und Umwelt. Nr. 57.

S 3–19, 1988.

- Janus, L. Erscheinungsweisen pränatalen und perinatalen Erlebens in den psychotherapeutischen Settings. Textstudio Groß, Heidelberg, 1991.
- Janus, L. Der Seelenraum des Ungeborenen, Pränatale Psychologie und Therapie, Walter-Verlag, 2000.
- Janus, L. (Hrsg.) Die pränatale Dimension in der Psychotherapie, Mattes-Verlag, Heidelberg 2013. Janus, L. (Hrsg.) Die pränatale Dimension in der psychosomatischen Medizin, psychosozial, Heft 134, Gießen, 2013.
- Ledoux, J. The Synaptic Self. How Our Brains Become Who We Are. New York, Penguin Books 2002. Nathanielsz, P. Life in the Womb. The Origin of Health and Disease, New York, Promethean Books; 1999.
- Nilsson, L. A Child is Created, Stockholm, Mosaic- Books, 1998.
- Pearce, J.C. Biologie der Transzendenz. Neurobiologische Grundlagen für die harmonische Entfaltung des Menschen. Freiamt, Arbor-Verlag, 2004.
- Porges, S.W. The Polyvagal Theory, Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, Self-Regulation. New York, Norton.
- Schindler, P. (Hrsg.) Am Anfang des Lebens. Basel, Schwabe Verlag, 2011. Schore, A. Affect Regulation and the Origin of the Self, New York, Erlbaum, 1994.
- Sonne, J.C. Interpreting the Dread of being Aborted in Therapy. Int. Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 8: 317–340, 1996.
- Storch, M., Hüther G. Embodiment, Hans Huber Verlag, Bern, 2006.
- Ventling, C.D. Sensitivity Training during Pregnancy. Journal of Bioenergetic Analysis, Gießen, Psychozial-Verlag, 2007.
- Verny, T. Das Leben vor der Geburt. Zweitausendeins, Frankfurt/M. 1992. Verny, T. The Secret Life of the Unborn Child, New York, Dell, 1995.
- Verny, T. Birth and Violence. Int. J. of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. 9: 5–15, 1997.

Интернет-источники

Human Development aus The Virtual Embryo (L.W. Browder, University of Calgary).

Human Reproduction Testfragen und Tutorial aus The Biology Project, an interactive online resource for learning biology (University of Arizona).

Life Before Birth The Fetal Senses (David Chamberlain).

Befruchtung, Schwangerschaft, Geburt, In-vitro-Fertilisierung und Empfängnisregelung (Vorarlberger Bildungsserver).

Об авторе

Вера Фаузер (Wera Fauser) – психотерапевт и немедицинский практик (Heilpraktikerin) в частной практике; СБТ с 1987 года, супервизор, местный тренер и действующий президент SGfBA (Южно-немецкого общества). Изучала литературу и языки в Гейдельбергском университете. Прошла обучение по семейной терапии и терапии пар, гештальт-терапии и пре- и перинатальной психологии.

Wera Fauser Hermann-Löns-Weg 46/3
69245 Bammental (near Heidelberg)
Germany Phone: 0049/6223/49538
E-Mail: wera.fauser@web.de

Ощущение нелепости и чувство стыда в физических переживаниях во время анализа

Джузеппе Карцедда

В этой статье рассматривается клинический случай в соответствии с биоэнергетическим анализом, сфокусированный на теме стыда и его присутствии во внутреннем опыте пациента, чувствующего себя нелепо при выполнении физических упражнений, предложенных в ходе психотерапии.

Подчеркиваются два аспекта терапевтического процесса: во-первых, как начать проработку этого чувства на самых ранних стадиях терапии и, во-вторых, как возникающие в рамках диадного анализа сложные и интенсивные аффективные валентности могут сделать подход к такой задаче весьма проблематичным.

Эти трудности приводят к пересмотру роли эмоции стыда. В целом, ее следует признать неотъемлемой частью процесса психологического развития человека; актуальность интерсубъектности в рамках аналитических отношений становится еще более очевидной. С этой теоретической/клинической точки зрения соображения, вытекающие из феноменологического подхода, признаются особенно важными, поскольку даже воображаемые убеждения могут приобретать главенствующее значение в двусторонних отношениях терапевта и пациента.

Введение

В последние десятилетия возродившийся интерес к психологическим теориям сознания вновь привлек внимание к вечно актуальной теме взаимоотношений между разумом и телом, а вместе с ней и к необходимости преодоления картезианской идеи разделения двух этих уровней функционирования человека.

Это возродившееся внимание – в основном результат новых открытий и перспектив. Исследования выявили не только принятие реляционных и интерсубъектных моделей, касающихся психологического развития и динамики, регулирующих функционирование психики, но и их не менее важный вклад в нейронауку.

Влияние на подходы, ведущие к области телесной психотерапии, в частности, биоэнергетическому анализу Александра Лоуэна, многообразно и глубоко, например, общий пересмотр и адаптация модели, на который указывают новые открытия и перспективы. Следует также отметить, что многочисленные концепции, первоначально сформулированные В. Райхом (Reich, 1973) и впоследствии развитые А. Лоуэном (например, ср. Lowen, 1978, 1983), приобрели новое значение и ведущую роль.

Среди них можно назвать концепцию функциональной идентичности сознания-тела, которая вновь обрела особую стимулирующую ценность с точки зрения теоретического и клинического развития. Заслуги этой концепции, действительно актуальной и сегодня, следует признать не только в том, что она открыла путь к целостному пониманию человека в физическом, поведенческом и психическом плане, но и в том, что она сделала сначала теоретическим, а затем и практически возможным аналитический метод, уже не основанный исключительно на слове, и, наконец, в том, что в определенном смысле аналитическая методология сама стала доминировать над словесным выражением.

Особенно плодотворной концепцией, которая значительно стимулировала процесс развития и до сих пор представляет собой плодородный гумус, является концепция «я» вкупе с соответствующими возникающими патологиями, с которыми нам приходится ежедневно сталкиваться в клинической работе.

В этом отношении можно считать, что эта эмпирическая сущность представляет собой привилегированную смотровую площадку для такой психофизической матричной модели, как биоэнергетический анализ: в этом смысле даже тему, обсуждаемую в данной статье – ощущение нелепости, напрямую относящееся к эмоциям самосознания, в частности, стыда, вызванного чувством обнаженности и наготы и восприятием «я» как неадекватного, – можно рассматривать как пример такой привилегии не только с теоретической точки зрения в целом, но и с конкретной клинической.

Случай М.

М. – инженер около 40 лет, его недавно повысили до руководящей должности в солидной фирме, где он работал после окончания университета.

Новая должность означала его признание у руководства фирмы. Они верили и вкладывали в него, считая его не только блестящим создателем новых инновационных практик, но и одаренным человеком, обладающим необходимыми способностями и качествами для выполнения ответственных задач в области продаж и маркетинга.

Это означало, что уже через несколько месяцев работа М. претерпела радикальные изменения. Вначале его обязанности касались прежде всего отношений с коллегами внутри бизнеса. Теперь его деятельность внезапно оказалась сосредоточена вовне, что потребовало совершенно нового опыта самораскрытия в плане имиджа.

М. очень гордился тем, что его признали, и поначалу новые обязанности его нисколько не пугали. Он рассматривал их как часть естественного процесса непрерывного подъема по карьерной лестнице, сопровождающегося значительным удовлетворением и многочисленными успехами.

В рассказе он подчеркнул, что после первого периода ознакомления с новой должностью ему пришлось выйти, так сказать, «на авансцену» перед аудиторией экспертов и несколькими старшими сотрудниками, приглашенными по этому случаю. Наступил момент, когда он должен был представить не только новые службы, за которые отвечал, но и себя в новой роли.

Именно в этот момент произошло нечто совершенно неожиданное, испугавшее его настолько, что он обратился за помощью к психотерапевту. Перед началом презентации, когда приближался момент, когда он должен был выступать, его внезапно охватил страх, вызванный необходимостью стоять на сцене, страх, который перерос в тревогу, усиливающуюся с каждой минутой. Пациент рассказывает об этом эпизоде следующим образом:

«Внезапно я увидел себя там, где до меня выступал мой директор, и почувствовал какое-то стеснение в животе и груди; сердце забилося быстрее, и я почувствовал, как кровь прилила к лицу... перспектива, что мне придется стоять на общем обозрении, подвергать себя их осуждению, их критике, заставила меня чувствовать себя еще менее уверенно... Я пытался думать о позитивных вещах, успокоиться, чтобы обрести свою обычную уверенность в себе, повторяя про себя, что происходящее со мной абсурдно, что все в порядке, что я единственный человек в зале, обладающий опытом, чтобы говорить на темы, которые мне предстояло осветить... но это не помогло... Когда меня вызвали, и я должен был встать, чтобы пройти на трибуну, я испытал нечто ужасное... Я чувствовал себя совершенно отдельно от своего тела... как будто иду по воздушной подушке, а не по "твердой земле"... в какой-то момент я испугался, что могу споткнуться и упасть...»

Воспоминания о моменте, когда он начал говорить, были особенно болезненны и полны тревоги. Ощущение невозможности произносить слова в психическом состоянии, когда он чувствовал пустоту и дезориентацию, произвело на него особое впечатление.

Каким-то образом ему удалось начать презентацию и закончить ее, по его словам, его спас фильм, который он подготовил заранее. Фильм помог не отклониться от темы

выступления, но прежде всего уменьшить ощущение, что он – центр притяжения и внимания присутствующих. Он определил этот опыт как самый долгий момент в своей жизни, когда он чувствовал себя «голым и все взгляды прикованными ко мне... как будто я стою в комнате, стены которой внезапно перестали существовать...» Что касается того, что произошло в тот день потом, он вспомнил сильное чувство тревоги, в которой потребность узнать, как он выглядит «со стороны» сочеталась с ужасом перед более-менее явным внешним подтверждением того, что он пережил внутренне.

В действительности некоторые элементы заставляют предположить, что, вероятно, лишь очень малая часть того, что он пережил, была заметна внешне, но это, очевидно, не было главным моментом проблемы.

Поэтому он был очень обеспокоен случившимся и боялся повторения подобного в будущем. Внутреннее переживание усугублялось еще и тем, что до этого момента он не мог найти правдоподобного объяснения произошедшему.

Чувство, возникшее в результате случившегося, было прежде всего связано с тем, что он уже не знал, в какой степени может полагаться на себя. Он чувствовал себя «преданным» чем-то неизвестным, возникшим в форме неконтролируемого телесного переживания недомогания, перед которым он чувствовал (все еще чувствует себя) неподготовленным и бессильным.

По поводу нашей встречи он подчеркнул, что впервые обратился к психотерапевту, он боролся с той частью себя, которая была склонна пустить все на самотек, списав все на «случайность, которая может произойти». Но он изменил свое мнение раз и навсегда, когда ему стали сниться сны, которые связанные с тем, что произошло. Общим знаменателем в этих снах было отсутствие контроля над своими телесными реакциями в разных ситуациях вовремя онейрической активности – потоотделение, учащенное сердцебиение, приливы жара и холодный пот.

Рассказ М. на нашей встрече (первой из сотрудничества, которому предстояло продлиться около четырех лет) позволил сформулировать несколько предварительных гипотез, которые в контексте данной статьи могут послужить отправной точкой для дальнейших размышлений.

Первое и простое наблюдение касается тяжелой нарциссической раны, которую пережил М. Он чувствовал себя неспособным контролировать себя и свои реакции, прежде всего, телесные – потенциально видимые, особенно под взглядом начальства и переполненного зала.

По многим причинам это был травмирующий эпизод. Что касается возможных причин и неудач, лежащих в его основе, мы можем наблюдать, что организация эго сохраняла полную сплоченность и адаптивность в отношении своих новых задач до тех пор, пока степень обнажения перед внешним миром не достигла порогового уровня – конференция, важное социальное событие.

Эта ситуация явно оживила чувства, которые ранее были подавлены. Их неожиданное и неконтролируемое проявление застало врасплох его сознательную функциональную систему (на которой покоилось его чувство равновесия и уверенности в себе), что привело к почти катастрофическому срыву.

Все это произошло потому, что ряд сопутствующих обстоятельств, сознательно желаемых и созданных им самим, за короткое время привел его к пониманию, что ему необходимо уметь организовывать себя и свои эмоции. Он неожиданно обнаружил, что не обладает такой способностью, по крайней мере, в определенных ситуациях.

Если рассматривать этот опыт терминах в нарциссической структуры (Kohut, 1976, 1985; Kaiser, 1999), выделяется наличие нереалистичного и дисфункционального самовосприятия; несколько недостаточных, но ключевых частей «я» были скрыты до того момента, когда его неоспоримые достоинства, способности и ресурсы должны были найти подтверждение в ситуации разоблачения, подобной той, которую он пережил.

Другой аспект, который можно почерпнуть из рассказа М., касается типа эмоций,

которые его переполняли, – их возникновение после неожиданного самоощущения чрезмерной видимости и обнажения непосредственно перед публичным выступлением, причем перед конкретной публикой. И это, и ряд четких элементов, появившихся в ходе анализа, позволили выявить настоящую эмоцию стыда, которая скрывалась за интенсивными всплесками тревоги и общего физического дистресса.

На данный момент можно отметить, что прошло полгода, прежде чем М. осознал, что этот эпизод был связан прежде всего с эмоцией стыда, ему приходилось сталкиваться с ней с самого детства, но он всегда старался всячески избегать ее.

Момент, когда он смог это назвать, и невыразимое стало возможно выразить словами, стал важным поворотным моментом в анализе, и то, как он выразился, это подтверждает:

«Я понял, что помимо публичного образа, который я всегда создавал для других и прежде всего для себя, мне всегда было глубоко стыдно... дело в том, что я всегда чувствовал себя никчемным и непрезентабельным».

Даже в свете этого осознания, этого инсайта, можно сказать, что ему пришлось культивировать частично нарциссический образ, чтобы компенсировать постоянный дефицит восприятия, способный глубоко подорвать его уверенность в себе и самооценку.

Его состояние в целом, сопровождаемое таким осознанием, характеризуется интенсивным эмоциональным восприятием себя. Это подтверждалось тем, что при произнесении этих слов даже его тело приняло несколько характерных для этой эмоции поз – голова наклонилась вперед, впавая грудь оказалась скрыта еще более округлыми плечами, глаза устремились к земле – и ему было трудно сменить эту позу.

Как уже упоминалось, прошло несколько месяцев, прежде чем мы достигли этого важного поворотного момента. В нашей работе было много промежуточных этапов, когда мы концентрировались на ряде возникающих чувств, которые уже «говорили» о стыде (о его происхождении или даже называли его по имени) задолго до того, как эта эмоция могла существовать, не говоря уже о том, чтобы обсуждать ее на сознательном уровне.

Среди этих чувств особенно часто повторяется одно. Оно встречается у нашего пациента, но его можно наблюдать во многих случаях – ощущение и восприятие себя смешным при выполнении определенных физических упражнений.

Месяца через два после начала анализа это впервые четко проявилось в ходе следующего сеанса.

Я предложил М. классическое упражнение из биоэнергетического анализа, чтобы помочь ему лучше узнать себя, почувствовать себя удерживаемым и поддерживаемым землей под ногами. Этот опыт основан на концепции заземления, разработанной Александром Лоуэном (Lowen, 1978, 1983, op.cit.) для теоретизации и описания существующей связи между состоянием и относительными представлениями о себе, специфически сопровождаемыми измерениями более узкой психологической природы, заметными у отдельных людей.

На основе этой концепции Александр Лоуэн впервые в истории анализа использовал в клинической работе положение стоя. Это было альтернативой более регрессивной позе, которую до этого всегда принимали пациенты. Это позволило им взглянуть на себя и устремиться к более взрослому «я», для которого характерно (в строго эволюционном смысле) то, что человек «стоит на своих ногах», ощущая под ногами одновременно связь с землей и опору на нее.

М. уже начал знакомиться с этим видом работы на предыдущих сеансах. Я предложил ему ее повторить, напомнив, в чем она заключается, в том числе все простые действия, которые он должен будет выполнить. Сначала он должен был встать, слегка согнув колени, чтобы он мог воспринимать ощущения, поднимающиеся по ногам от стоп, стоящих на полу, он также мог закрыть глаза, если ему казалось, что это поможет

сконцентрироваться на восприятии и внутренних ощущениях. После того, как он почувствовал более тесный контакт с собой и своим телом, я предложил ему произнести слово «я», концентрируясь не столько на явном и очевидном значении этого слова, сколько на внутреннем резонансе, который оно может в нем вызвать. Я предложил ему не забывая время от времени обращать внимание на две другие вещи – дыхание и двойственное ощущение, что он держится на ногах и что его держат ноги и земля под ногами. Наконец, поскольку это было начало сеанса, я подчеркнул, что для этого упражнения он может использовать времени, сколько нужно, не торопясь. Упражнение длилось минут двадцать без единого слова. За это время произошло несколько очень интересных вещей с точки зрения имплицитной и наблюдаемой невербальной коммуникации.

Поскольку интерес здесь представляет именно это, я приведу лишь то, что произошло в те пять минут, которые предшествовали прерыванию упражнения.

В этой фазе в определенный момент М. вошел в состояние «разум-тело», когда все его существо выражало глубокое и интенсивное участие. Тон голоса при произнесении слова «я» стал более глубоким, поза – менее рельефной, плечи слегка придвинулись к груди, но не опустились, выражение лица, на котором появился легкий румянец, стало сосредоточенным, а звук и ритм дыхания – более глубокими и синхронизированными. Это состояние длилось не более 30 секунд, после чего в определенный момент он его утратил, как будто специально прервал упражнение. Но вскоре после этого он спонтанно попытался снова его подхватить, причем никто из нас ничего конкретного не сказал. Через некоторое время ему снова удалось найти ритм дыхания, и в этот момент он вновь проявил интерес и любопытство к тому, что он испытывает неожиданно для себя.

Внезапно в его теле стали появляться безошибочные признаки нарастающего дискомфорта. Большую часть упражнения его глаза были закрыты, теперь они открылись, взгляд стал неловким и уклончивым, как будто он пытался избежать того, чтобы его «увидели» (без учета того, что я сидел напротив и наблюдал). Затем он начал довольно нервно двигать телом, признаки растущей ригидности и разобщенности усилились, дыхание утратило плавность и полноту, и прошло совсем немного времени, как его прежнее состояние исчезло, растворилось.

Когда он сел, он был заметно шокирован и растерян, настолько, что я предложил ему не торопиться рассказывать мне о том, что он чувствовал и что с ним произошло. Согласно его рассказу и в результате совместной работы по реконструкции выяснилось, что в определенный момент, незадолго до прерывания, он испытал глубокое ощущение «целостности» с головы до ног. Сначала состояние было очень приятным, его сопровождало приятное, текучее ощущение, идущее по всему телу в разных направлениях, создавая неожиданное чувство твердости и жизненной силы. Все это усиливало восприятие силы и ощущение самоподдержки в ногах, в конечном итоге превращаясь в приятное и обнадеживающее ощущение взаимоподдержки, идущее через пол под ногами.

Хотя с одной стороны это было приятно, с другой – такое восприятие себя заставляло его чувствовать себя все более уязвимым и находящимся во власти чего-то, по мере того, как это ощущение усиливалось, он все больше чувствовал, что теряет контроль и приближается к неопознанной опасности. Состояние стало невыносимым, когда вдруг он увидел себя на миг со стороны, в том числе, с моей, его самовосприятие стало образом «неловкого и совершенно нелепого человека... в этой позе и с согнутыми коленями!...» Именно в этот момент он прервал упражнение.

Анализируя такие сеансы, прежде всего, последовательность сопутствующих внутренних переживаний и состояний, мы наблюдаем, как появились первые пациенты, особенно те, кто показал явно положительные признаки – открытие к самосознанию, которым свойствен самоконтроль, интеграция и жизненная сила.

Открыв эту дверь, когда начался процесс расширения и усиления разнообразных ощущений, М. начал чувствовать себя все менее способным сдерживать и саморегулировать то, что он испытывает, и настолько, что боялся оказаться подавленным. Вскоре после появления этих ощущений, вопреки первым признакам, открывшаяся дверь закрылась. Это подтвердило хорошо известный феномен, обусловленный процессом «самоощущения», – это проход, открывающий доступ к бессознательному, делая возможным появление любого присутствующего содержания, независимо от его идентичности. В данном случае неожиданно возникшим в конце было невыносимое чувство «неловкого и глубоко нелепого человека».

То, что произошло на этом сеансе, хороший пример того, какой доступ можно получить с помощью биоэнергетического анализа. Начиная с соматического входа и телесных ощущений, впоследствии создается основа для связи и интеграции с другими уровнями репрезентации. Различные коды (например, языковые) способствуют росту способности сдерживать и регулировать аффективные состояния через развитие более интегрированного самоощущения на разных уровнях сознания.

Можно отметить, что другой аспект биоэнергетического анализа стремится к той же цели, но идет противоположным путем, начиная, например, с кодифицированных вербальных репрезентаций в стремлении достичь опыта коррелирующих и сопутствующих состояний тела (Lowen, 1983, op.cit.).

На этом сеансе М. вступил в контакт с чувством, что он ощущает себя смешным, начиная прямо со своих телесных ощущений и восприятия, через органы чувств проприоцепции и энтероцепции. Последнее, в частности, находится на передовой исследований, ведущихся в области нейробиологии (Damasio, 2003, Siegel, 2009).

Поэтому работа с М. проходила именно через эти органы чувств и фокусировку на ощущении нелепости, пока не появилось осознание эмоции, подчиненной стыду. Параллельно с этим он смог получить доступ через память к нескольким подавленным эпизодам, пережитым с родителями в детстве, откуда могло возникнуть не только это чувство, но и эта эмоция.

Эмоции и чувства

Важный вопрос, который следует затронуть на этом этапе, – это определение эмоций и чувств, терминов, которые часто используют, не различая. Напротив, в клинической среде считается, что разделение этих двух понятий полезно, это может помочь наблюдать возникающие явления более ясно и четко.

Подразумевается, что эти два понятия относятся к одному и тому же циклическому процессу, начинающемуся с эмоций и заканчивающемуся чувствами (Damasio, 2003). Первый представляет собой видимый внешнему миру компонент, представленный «действиями или движениями, в значительной степени публичными или видимыми для других в момент» (Damasio, *ibid.*, с. 40). Чувства, наоборот, всегда скрыты, как и неизбежно скрыты все ментальные образы, невидимые для всех, кроме их законного владельца» (Damasio, там же.).

Важное следствие такой дифференциации – тело несет прямую ответственность за оба явления, хотя и с разных точек зрения. Если эмоции, по сути, это реакции, которые выражаются на физическом и соматическом уровне, чувства «подобны мыслям, представляющим тело во время его реактивного участия и в его конкретном бытии»: «эмоции выступают на сцене тела, чувства – в сознании» (Damasio, там же). Поэтому в ходе анализа и упражнений биоэнергетического анализа, которые мы предлагаем, пациентов просят обратить особое внимание на то, что они чувствуют в себе, а не на то, что они думают о себе, мы направляем их на процесс, который начинается с внутреннего переживания и нацелен на установление контакта с чувствами тела в попытке соединиться с другими уровнями репрезентации, которые впоследствии могут быть

интегрированы на более общем уровне в наиболее последовательный нарратив о себе и собственной истории. Следует подчеркнуть, что «осознанные чувства привлекают внимание к эмоциям, которые их породили, и к объектам, которые, в свою очередь, эти эмоции вызвали» (Damasio, там же, с. 216). Кроме того, становясь контекстуализированными по отношению к автобиографии «я», частью системы памяти, они облегчают свою роль при оценке ситуаций и состояний, которые могут вызывать определенные эмоции. В некоторых случаях, если чувство связано, например, с особенно болезненной эмоцией, организм предупреждается о состоянии опасности и направляется к защитным механизмам или отдалается.

Неловкость и стыд

Сказанное выше облегчает понимание, что произошло с М. и почему чувство неловкости появилось в анализе до того, как эмоция стыда смогла снова возникнуть и снова оказаться вербализована.

Прежде всего, можно интерпретировать, что произошло во время этого травмирующего события и что привело его на анализ. Можно сказать, что первым было застигнуто врасплох его бессознательное. Совершенно не осознавая, что до этого момента ему приходилось культивировать нереалистичный нарциссический образ себя, М. не мог предположить, что ситуация публичности вроде той, в которой он оказался, может вызвать столь бурные и неконтролируемые эмоции. Очевидно, было уже слишком поздно предпринимать что-то еще, кроме как попытаться завершить этот опыт наименее разрушительным образом.

Впоследствии, в ходе анализа, как уже отмечалось, прежде чем он смог встретиться с темой стыда, ему пришлось столкнуться с ощущением нелепости, которое на предыдущем сеансе и в других случаях было одновременно знаком опасности и остановкой, которая разными способами заставляла его прерывать то, что он делал. Таким образом, можно сказать, что это чувство функционировало как предупреждение в зависимости от ситуации, и хотя оно находилось в безопасной обстановке анализа, его следовало опасаться, поскольку оно могло вызвать непереносимую для «эго» эмоцию. Это предупреждение-чувство, проявленное его сознанием, означало примерно следующее: «Будь осторожен, продолжая, ты можешь почувствовать стыд за себя».

Напротив, следует отметить, что во время анализа можно было концептуально выделить это чувство, вернуться к его вероятному происхождению и нескольким его значениям. Однако ранее, на протяжении всей жизни, такие чувства стыда, возникающие вместе с эмоцией и в то же время вызывающие ее, всегда подавлялись. Поэтому он никогда не мог испытать эту эмоцию в ее потенциальной функции ни на каком уровне, ни в предвкушении, ни сознательно, настолько глубоко пряталось в нем страдание.

Что касается общего механизма осознания чувств в определенные моменты, следует помнить, что именно тело информирует о том, что мы испытываем, посредством физического рефлекторного механизма и сигналов, поступающих на центральный уровень управления (Ruggieri, 2001; Siegel, 1999). Была выдвинута гипотеза, что этот механизм функционирует через «соматические маркеры», которые называются прецепторами и репрезентациями телесных состояний и их относительных изменений на уровне мозга (Damasio, 1994). Дамасио также писал о соматических маркерах, «как будто» они способны вызывать сенсорный ответ, просто ссылаясь на репрезентации телесных реакций, заблокированные в реальности момента или даже активированные на основе запоминания состояний либо одного только эмоционального опыта, каким-то образом связанных друг с другом. Еще один аспект, который следует подчеркнуть в отношении этого механизма: «изменения... наблюдаемые в мышцах конечностей и лица» особенно актуальны, поскольку их можно рассматривать «как существенные

компоненты эмоциональных реакций...» (Siegel, 1999, с. 142).

Поддержка механизмов физической ретроактивности, отстаиваемая биоэнергетическим анализом, позволяет восстановить скрытую часть процесса, которая через два месяца привела к тому, что М. стал воспринимать себя в анализе как посмешище. Если принять во внимание точные слова М., когда он сказал, что чувствует себя «неловким и совершенно нелепым человеком... в этой позе и с согнутыми коленями!..», – можно предположить, что именно это положение конечностей, которое воспринималось как неестественное и неловкое, вызвало визуальное представление, что он выглядит «нелепо». Это представление, в свою очередь, возникло из прошлого опыта, который был полностью подавлен в его сознании, что отчетливо проявилось позже в ходе анализа.

Видимое тело

Чтобы понять причины, почему тело занимает столь важное место в эмоции стыда и сопутствующем ей ощущении смешного, необходимо учесть несколько факторов при рассмотрении матрицы, с которой неизбежно связана наша работа.

Одно из первых замечаний, которое необходимо сделать, касается того, что тема тела имеет тенденцию к самостимуляции. Помимо имманентного желания человека к большему самопознанию и самоконтролю этого фундаментального измерения, существует еще двойственность, выраженная в антитезе «смотреть» и «быть тем, на кого смотрят», «быть видимым» и «быть способным увидеть себя». Это происходит потому, что именно через свое видимое тело мы проявляем себя или отстраняемся, раскрываемся или удаляемся. На литературном уровне это часто выражалось через представление внешних антитез человека или персонажа, лица или маски, другими словами, между быть и казаться.

Мы отмечаем, как эти параметры относятся к телу, которое уже вовлечено в отношения. Единичный воображаемый акт, сознательный или бессознательный, когда человек смотрит или смотрят на него, это реляционное событие, расположенное на линии, отделяющей интерперсональное от интрапсихического, между нарциссической сферой и сферой объекта. Формы, которые принимают такие акты, это функции: категории «быть субъектом» и «ощущать себя объектом наблюдения» симметрично взаимосвязаны. Именно тело делает нас видимыми, раскрывает нас и открывает для себя и других. Оно может быть объектом конкретного взгляда со всех возможных ракурсов во всем диапазоне добра и зла, быть принятым или отвергнутым. Именно с этой точки зрения, поскольку тело представляет собой наше взаимодействие с внешним миром, могут быть вызваны все возможные чувства – удовольствия, страдания и боли.

Можно сказать, что именно через тело на карту ставится наша близость и представление о себе. Есть возможность стать публичным или оказаться в чужой власти, став видимым для его глаз.

Напротив, с интрапсихической точки зрения, никогда при этом четко не отделенной от интерперсональной (она всегда накладывается на нее и взаимосвязана с ней), демонстрация тела себе относится прежде всего к самовосприятию и целому ряду оценок и суждений, на которых строится наше чувство идентичности.

Что касается центральной позиции, которую занимает тело при демонстрации своей идентичности, восприятие преобразуется в знание; то, кем мы себя ощущаем, превращается в чувства. Оно представляет собой хребет, где становится очевидным пересечение уровня межличностного и межтелесного, где ощущается их неразрывность и, следовательно, их можно увидеть особым образом, поскольку воспринимается объект определенного типа и наоборот. Этот внутренний опыт в настоящем тоже глубоко укоренен в прошлом опыте, где матрица интерпретации, принятая сознательно и бессознательно в ощущении настоящего, в значительной степени является продуктом

актуализации внимания, взглядов, полученных и выстраданных на этапах своего существования даже в раннем возрасте, возвращаясь к тем, кто о нас заботился.

В частности, необходимо подчеркнуть, каким образом тема тела вызывает ряд личных внутренних переживаний на всех уровнях сознания. С самого начала возникает сложная игра зеркал и отражений, в которой «я» и другой в какой-то степени (пусть и не совсем четко) уже представлены во многих категориях. Тема тела и его тесной связи с эмоциями, определенная У. Джеймсом в 1890 году (James, 1890) как восприятие телесных состояний, в области психологии не нова.

Эмоциональная категория, которая представляет здесь особый интерес, касается эмоции, в которой конкретная характеристика активизируется в ответ на суждение, высказанное в ее адрес. В свою очередь, это предполагает существование судьи, представленного внутри, но не обязательно реального и присутствующего здесь и сейчас.

Это эмоции, определяемые самосознанием или самоанализом (Lewis, 1992), или даже межличностные (Battacchi, 2000), в которых конфронтация с другим воспринимается как настоящее.

В эту категорию входят такие эмоции, как стыд, смущение, гордость и чувство вины; их можно отличить от других базовых эмоций – гнева, печали, удивления и радости. Но чтобы привести в движение другую эмоцию, не обязательно требуется ее присутствие, как указано выше.

Именно ощущение, что тебя видят и обнаруживают перед собой или другими (M. Lewis, *op.cit.*), вызывает эмоцию стыда. Как если бы человек ощущал себя в соответствии с теми характеристиками, которые считаются неприличными и смешными. Этот опыт пронизан перцептивным типом ощущений, доступ которых в сознание может быть таким быстрым, что может спровоцировать внезапное, сильное и часто лишающее сил чувство наготы и паралича. Ему часто сопутствует сильное побуждение исчезнуть, которое Чарльз Дарвин (Darwin, 1890) определил как главное в этой феноменологии.

Стыд относят к эмоциям, которые определяются как сложные, хотя это перцептивное явление относительно моментально, оно часто сопровождается проявлениями, приписываемыми вегетативной нервной системе, – покраснением лица, упадком сил, потоотделением, ускоренным сердцебиением и т. д. По сравнению с другими эмоциями, стыд появляется поздно в процессе развития, требуя в плане сознания и саморефлексии наличия достаточно развитого «я».

В случае эмоционального самосознания мы сами объект наблюдения при наличии сознательных состояний: внимание сосредоточено на объекте «я», следовательно, направлено внутрь, на состояния и стимулы, которые возникают внутри (Lewis, *op.cit.*). При структурном анализе эмоции стыда, четко прослеживается биполярный уровень: субъектный полюс, ведущий к эго-идеалу и связанный с обнажением дефектной части «я», подвергающей риску идеальный образ субъекта (Kohut, 1986); объектный полюс, представленный взглядом наблюдателя, другого, выносящего суждение. В этом случае знание и даже просто мысль, что вы – объект для взгляда определенного типа, может вызвать эту эмоцию.

Более того, значение имеет интенсивность социального впечатления от вовлеченности, поскольку стыд можно рассматривать как сигнал о возможном или даже уже состоявшемся компромиссе между хорошим впечатлением и самооценкой субъекта (Castelfranchi, 1998; Matarazzo, 1999).

Что еще важно подчеркнуть, так это мощную соматическую характеристику этой эмоции. Она может мгновенно вовлечь тело в многочисленные субъектно-объектные измерения (ср. Lowen, 1985), вплоть до того, что сложное чувство «я» может оказаться под угрозой в серьезных случаях, когда вся личность вовлечена в какое-то подавляющее ощущение. Это продемонстрировано в случае М., который ощущал себя видимым, обнаруженным, «голым» под взглядами внешнего мира, что сопровождалось

неприглядными и неконтролируемыми соматическими проявлениями нейровегетативного происхождения, упомянутыми выше. Можно считать эту эмоцию чрезвычайно важной в развитии терапевтического процесса (Lowen, 1984) не только из-за целого ряда репрезентаций, которые возникают из нее и в свою очередь ее вызывают, но и из-за разнообразных физических проявлений, которые предшествуют ей и сопровождают ее в рамках психотерапевтического опыта, прежде всего, если это телесная аналитическая терапия.

С другой стороны, можно заметить, что стыд легко теряет главенствующее положение при введении в анализ защитных механизмов – как пациентом, так и терапевтом. Наблюдается тенденция к смещению фокуса внимания на другие эмоциональные регистры, например, гнев или чувство вины – эмоции, воспринимаемые более управляемые как для доступа, так и для обращения.

Причины этого можно проследить в нескольких специфических и присущих этой эмоции характеристиках, которые даже по отдельности могут частично объяснить эту тенденцию.

Уже говорилось, что эта эмоция проявляется такими неожиданными и всепоглощающими приступами, что самоощущение может быть уничтожено (Schoe, 2008). Но эти приступы могут исчезнуть так же внезапно, как и появились, освобождая место другим эмоциям, в частности, гневу, а также печали, зависти и ревности. Переживания настолько мучительны и невыносимы, что их уход с переднего плана сознания подкрепляется желанием, чтобы они никогда больше не возникали. Это, безусловно, одна из причин, почему так трудно вывести эту эмоцию на передний план для анализа.

Напротив, ее можно считать в основном интерсубъектной эмоцией, и очевидной характеристикой ее феноменальной структуры является то, что «я» разделено и выступает одновременно и как субъект, и как другой. Поэтому для нее характерны также сильно контаминированные валентности, перемещающие по реляционному мосту между пациентом и терапевтом в обоих направлениях, так что ее трудно сдерживать и она возникает почти мгновенно. Чувство стыда даже благодаря просто наблюдению за другим может привести терапевта в прямой, неожиданный и очень тесный личный контакт с пациентом. В таких случаях последний может дистанцироваться с помощью разнообразных защитных механизмов, например, изменением аналитического регистра.

И наконец, следует помнить об одной особенности этой эмоции, которая существенно затрудняет контакт с ней. В отличие от чувства вины, когда человек не чувствует вины за чувство вины, эта эмоция имеет тенденцию циклически усиливаться: человек ощущает стыд за чувство стыда. Это очень опасная цепь, поскольку обладает неконтролируемым потенциалом самоподкрепления.

Стыд в аналитических телесных отношениях

На основании того, что было рассмотрено выше, можно сказать, что М. неожиданно и болезненно обнаружил, что не является хорошим оратором. Его профессиональная история показала, что у него есть много других способностей, но публичные выступления в их число не входили, по крайней мере, на тот момент.

С появлением состояния неудержимой тревоги и дистресса, которое впоследствии выявило глубоко укоренившийся и долго подавляемый стыд даже на личном лексическом уровне, М. получил возможность освободиться от иллюзорной части собственного образа. Он был разрушен в одно мгновение в том зале, где М подвергся потенциально осуждающим взглядам и презрению наблюдателей, в том числе, начальства. В тот момент, когда его уязвимость стала неизбежным сознательным и физическим восприятием, всего за несколько минут до выступления, ему неожиданно захотелось спрятаться и вернуться в обнадеживающее состояние анонимности. Но, как

обычно бывает с этой эмоцией и всеми связанными с ней физическими проявлениями, именно в момент максимального признания и видимости себя и других он почувствовал себя совершенно голым – «стены вдруг исчезли». Ощущение полного разоблачения (помимо того, что действительно происходило по отношению к внешнему миру) было таким бурным и всеохватным, потому что осуждающие взгляды, с которыми пришлось столкнуться его эго, были в первую очередь глазами его сознания, его подлинного «я», от которых невозможно ни спрятаться, ни убежать.

В этом смысле это был момент поражения и в то же время важный момент истины. М. мог начать отделять себя от иллюзорного образа, которому он до сих пор упорно следовал. Он не только угрожал ему в той мере, в какой он неосознанно участвовал в вызовах, к которым не был готов и даже не был заинтересован, но и отдалял его от реального осознания себя и возможности культивировать свои подлинные ресурсы и личные качества с большим удовольствием, а не просто как нарциссическое производное.

Очевидно, что следовать этим целям – самая сложная и трудная задача, как это было в случае с М. по всем вышеупомянутым причинам. Одна лишь мысль о переживании стыда возвращала его к особенно неприятному внутреннему опыту, в котором он воспринимал себя слабым, неадекватным и неполноценным, хотя был желаемый конечный результат, на который он рассчитывал в будущем, но этого оказалось недостаточно.

Превращение этого сложного внутреннего опыта в возможность личностного роста требует преодоления очень сложной ситуации не только для пациента, но и для участников аналитической диады, включая вовлечение упомянутого выше мощного интересубъектного компонента – если под последним мы понимаем «совместный опыт с другим человеком» (Trevarthen, 1998, цит. по Lavelli, 2007, с. XIX). Результат такой задачи очевиден, особенно при наличии этой эмоции, и, с точки зрения терапевта, трудно достижим.

С другой стороны, эти неоспоримые трудности можно рассматривать с точки зрения параллельных возможностей, предоставляемых нашей моделью биоэнергетического анализа. Значение роли, которую интересубъектность (Orange et al., 1999) играет во всем аналитическом телесном переживании (до сих пор остававшемся на заднем плане), имеет отношение к теме тела и всем ее последствиям в отношении эмоции стыда.

В связи с этим рассмотрим работу по заземлению еще раз, наблюдая за этим типом переживания в рамках исходной моноперсональной матрицы модели, основанной на психологической теории, сконцентрированной на интрапсихическом функционировании. Долгое время в центре внимания были факторы, связанные с контекстом психо-соматических «блоков». Тем самым возможности пациента полностью и глубоко реализовать свое взрослое «я» как в анализе, так и в жизни были ограничены или отсутствовали.

Обычно используемые виды вмешательства были в основном «ориентированы на пациента» и направлены на устранение причин, выявленных на сугубо телесном уровне (напряжение, скованность, анестезия и т.д.), которые считались решающими как в силу происхождения, так и в силу сохранения здесь и сейчас в виде «блока».

Также необходимо указать, что такой подход способствовал тому, что от внимания ускользал другой специфически рациональный важный аспект, связанный с вертикальным положением при анализе. Пациент, стоя перед внимательным терапевтом, становится «видимым» и наблюдаемым телом, то есть не только более взрослым субъектом, способным активно поддерживать себя, но и одновременно наблюдаемым телом, состояние и поза которого способны вызывать все упомянутые темы, связанные со стыдом. Фактически, сценарий можно считать реляционным, потенциально вызванным таким типом экспозиции, когда человек стоит перед терапевтом – другим –

наблюдателем. Это, в определенном смысле, архетипично в том, что эта эмоция может вызывать (даже в связи с многочисленными репрезентациями), сознательно и прежде всего бессознательно.

Кроме того, необходимо отметить, что Лоуэн не преминул указать на связь между экспозицией, особенно лица (имеется в виду лицо в общепринятом смысле), и выражением этой эмоции, хотя он и не проводил более глубокого исследования множества связанных с ней тем. «Слово лицо, – пишет он, – используется для обозначения образа человека, связывая понятие лица с эго... Потерять лицо означает, что эго подверглось унижению... Скрыть лицо подразумевает чувство стыда, унижение эго» (Lowen, 1983, с. 76; ср. также Anolfi, 2000).

Более того, вообще верно, что, какой бы вид психотерапии ни выбрал пациент, это предполагает видимость интимных и хрупких частей «я». Другими словами, пациент «ставит себя под удар», поскольку именно его тело становится видимым и обнаженным, особенно в этом классическом переживании, а также во всех других телесных переживаниях, предлагаемых пациенту, который находится перед нами.

В этом смысле мы должны помнить, что этот путь, ведущий пациента к тому, чтобы стать активным субъектом, способным все лучше себя защищать, неизбежно предвосхищает территориальный переход, в котором доминирует стыд, и в то же время является некомфортным и деликатным для терапевта и отношений в целом.

Следовательно, есть множество причин для выдвижения этой эмоции на передний план: скорее всего, «...она определяет путь, по которому идет наша психическая жизнь... больше, чем секс и агрессия...» (Lewis, op.cit. с. 6).

Среди причин эволюционного понимания модели и техники биоэнергетического анализа, безусловно, есть одна, которая заставляет более открыто противиться реляционному измерению анализа: наблюдение за тем, что происходит на идеальном мосту, соединяющем терапевта с пациентом, даже если это только воображаемый зрительный контакт.

В связи с этим можно подтвердить, как мы уже указывали выше, что обновление психологической теории осознания в совокупности с принятием такой теоретическо-практической модели, очень значимо: в центре наблюдения уже не пациент-объект, а скорее сами отношения. Пациенту возвращается его личное достоинство, и в то же время терапевт становится «больше человеком».

В такой двуперсональной логике то, что происходит в терапии, не только «в нем», но и «во мне, между нами»; это, прежде всего, бессознательно разделяемое и интерактивное в глубинах наших отношений и нашего сознательного состояния разум-тело.

Вернемся к случаю М. и, в частности, к сеансу, когда он прервал опыт заземления, почувствовав себя неловко и нелепо. Это представление о себе также возникло из-за реляционного внутреннего опыта в анализе, особенно в тот момент, когда он увидел себя со стороны, как я вижу его в игре зеркал и отражений, где мой образ стал глазом его оценивающего сознания. На следующих сеансах было нелегко исследовать эту область вместе с М. Когда, например, после нескольких встреч я предложил повторить тот же опыт заземления, он почувствовал ко мне глубокую враждебность и сказал, что я хочу «заставить его пройти через это невыносимое ощущение». Когда он сказал это, я глубоко почувствовал его разочарование и гнев и неизбежно должен был встретиться с ощущениями, которые активизировались во мне, – чувствуя себя объектом этих сильных эмоций и хорошо помня, как много лет назад во время обучения, а также в ходе индивидуального анализа иногда испытывал аналогичные столь же болезненные ощущения.

Осознав это, я решил продолжать осторожно, не форсируя, давая себе время принять ощущения, которые вызвали во мне его интенсивные внутренние переживания, и интегрировать их более полно.

Вместе мы приняли во внимание, что то, что переживал М., не так уж далеко и оторвано от того, что он пережил на конференции. Думаю, этот выбор дал нам силы на дальнейших сеансах найти причину и достаточно мужества, чтобы попробовать еще один опыт подобного воздействия.

Более того, я думаю, что именно поэтому он смог последовательно запустить процесс, в ходе которого начал постепенно осознавать, что судья, которого он увидел во мне, на самом деле был его собственным внутренним судьей, и это позволило ему постепенно отвлечься от меня и сосредоточиться на внутреннем объекте внутри.

Именно во время этого процесса в определенный момент он смог назвать стыд, вспомнив, что «всегда чувствовал себя недостойным и непрезентабельным».

Постепенно открылись двери для других воспоминаний, в частности, касающихся отца. На нескольких сеансах спустя два года после начала терапии он рассказал о следующих воспоминаниях:

«Уверен, что отец всегда очень меня любил, и я тоже его любил... У меня в памяти осталось несколько образов... Я был совсем маленьким, я бы сказал, года три-четыре... Особенно хорошо я помню его яркие глаза полные любви, которые смотрели на меня, когда он приходил с работы... Его глаза всегда были очень важны для меня... Я всегда смотрел в них, когда мог, потому что они говорили мне, что я все делаю правильно...».

В контексте этих сеансов, где тема взглядов (даже в целом), повторялась, он привел такой эпизод:

«В прошлое воскресенье я был у двоюродного брата. После ужина мы посмотрели несколько домашних фильмов, которые снимала моя тетя. Один... это был рождественский ужин... Мне было лет пять. В нашей семье в таких случаях после еды и перед тем, как открыть подарки, мы с тремя младшими двоюродными братьями читали обычные рождественские стихи. В фильме, когда доходит очередь до меня, видно, как отец поднимает меня и ставит на сундук, откуда мы обычно декламировали. Я начал свое стихотворение уверенно, но в какой-то момент сбился и засмутился... Попробовал продолжать, но снова сбился. Несколько секунд можно видеть, как меняется выражение моего лица, а затем я начал отчаянно плакать, сцена меняется, но перед этим видны руки моего отца, подхватывающие меня с сундука».

По поводу этого конкретного эпизода М. сказал, что он вообще ничего не помнит из того случая, даже после просмотра фильма.

Видя себя в этих старых фильмах, он постепенно возвращал другие воспоминания, связанные с жизнью с родителями. В частности, отца и последовательность, в которой его покидала уверенность, превратившись в отчаянные слезы после совершенной ошибки, что заставило его предположить, что произошедшее в то Рождество могло произойти и в других случаях.

Он начал вспоминать, как отец заметно гордился им каждый раз, когда он добивался успеха, например, в школе, получая оценки; как он мог прочесть это чувство в глазах отца, которые иногда так блестели, что его переполняли эмоции. Но иногда дела шли не очень хорошо, «и это легко случалось...», признался М. Отец внезапно становился жестким, а глаза превращались «в какие-то острые лезвия», гораздо более эффективные, чем любая словесная критика. М. был вынужден опускать глаза и испытывать состояние подавленности, когда в определенный момент смог осознать, что чувствует сильный стыд.

В этой фазе анализа его интерес и растущее любопытство к этой эмоции, похороненной в течение стольких лет вдали от сознания, а теперь ставшей его осознаваемой частью, побудили его заполнить пробелы в памяти, посетив родителей, чтобы просмотреть старые фотоальбомы, которые они хранили.

Однажды утром М. пришел на сеанс и сказал, что, просмотрев эти альбомы, он обнаружил нечто важное. В одном была серия снимков, сделанных отцом по случаю

школьного концерта, который устраивался каждый год в конце семестра перед летними каникулами.

Последовательность фотографий резко обрывалась на спектакле, в котором М. участвовал, когда учился в третьем классе. На вопрос, почему последовательность фотографий прервалась, родители ответили, что «концерт в третьем классе прошел не очень хорошо». Видимо, в какой-то момент М. так разнервничался, что не смог прочесть свою роль, и с тех пор категорически отказывался участвовать в подобных мероприятиях, несмотря на настояния родителей и учителей. Даже после этого ясного и недвусмысленного рассказа М. смог найти лишь смутное воспоминание об этом конкретном опыте, и он сам объяснил пустоту тем, что это было «слишком ужасно...», и добавил: «могу себе представить, как отец должен был это воспринять... Я мог только избавиться от воспоминаний об этом».

Но постоянные пробелы в памяти не помешали процессу общего осознания себя. Разные переживания, которые оставались на периферии или даже полностью исключались из сознания, постепенно объединялись в осмысленную эмоциональную целостность.

В отношениях с отцом, в основном через зрительный контакт, выражающий привязанность или, напротив, неожиданное неприятие, он пришел к осознанию, что пережил состояние, «...когда часто чувствовал себя на небесах или полностью уничтоженным». При наличии принимающих взглядов вроде тех тем, которыми он обменивался во время анализа, или тех, на которые возлагал большие надежды, как в случае с его коммерческим директором, он осознавал, что неожиданно может возникнуть чувство глубокого дистресса. Бессознательно активировалась ассоциация с первоначальным опытом, когда его открытость, вызванная человеком, могла стать прелюдией к чувству большого унижения и глубокого стыда. Но это и другие знания, интегрированные на сознательном уровне, были бесполезны, пока мы не провели сеанс, направленный на превращение М. в блестящего оратора – личностная характеристика, которой, как он считал, он обладает в идеале. Эти новые знания помогли ему, например, осознать свои границы и быть более осторожным при публичных выступлениях. Он научился читать по записям, а не доверять своей памяти и способности к импровизации. Он начал принимать свой публичный образ, не чувствуя себя побежденным и униженным.

Но прежде всего это осознание позволило ему лучше управлять своими состояниями стыда в процессе, который он сам однажды с большим удовлетворением определил как «способность разоблачать собственный стыд» и регулировать их.

Заключение

Когда о стыде говорят обобщенно, на самом деле речь идет о целой группе эмоций (Nathanson, 1987). Они могут принимать самые разные формы, как и многочисленные чувства, возникающие на пороге сознания, например, ощущение нелепости. Последнее – это измерение, с которым нелегко работать в анализе, и, возможно, именно по этой причине обычно предпочитают другие интерпретационные регистры.

Помимо уже сказанного важно вернуть ему его центральную роль конструируемой функции (в этом мы полностью согласны), на основании которой «именно стыд приводит нас к депрессии и антисоциальному поведению. Наша внутренняя борьба – это не конфликты между нашими инстинктами и реальностью, а скорее конфликты, в которых мы, как правило, боремся с элементами, которые высвобождает стыд, причем с разрушительной частотой» (Lewis, op.cit., с. 6).

Следствия этого тезиса многочисленны для модели с психокорпоральной матрицей, такой как биоэнергетический анализ, особенно потому, что тесная

взаимосвязь связывает тему стыда с телом. Учитывая привилегированную позицию наблюдателя, которую всегда предлагал нам этот метод, уместно спросить, почему эмоция стыда до сих пор получала так мало внимания как в теоретическом осмыслении, так и в клинической практике. На самом деле, кажется, что, придерживаясь своих характеристик, она спряталась, оставаясь в этих обстоятельствах далекой от сознания. Однако очевидно, что при этом она, несомненно, продолжает действовать еще более злостным образом после частичного или полного подавления.

Это наблюдение, очевидно, ставит много важных вопросов, которые, прежде всего, могут послужить стимулом для плодотворной дискуссии на тему, причем не только общего характера, но и конкретно в рамках модели и метода биоэнергетического анализа.

В данном контексте необходимо подчеркнуть, что в случае с М. удалось добиться нужного результата – пациент почувствовал себя активным субъектом, способным разоблачить собственный стыд, потому что ощущение нелепости оставалось на первом плане в отношениях аналитика и пациента – сложном пути, порой сопряженном с трудностями.

Литература

- Anolli L. (2000), *La vergogna*, Il Mulino, Bologna.
- Battacchi M.W.(2002), *Vergogna e senso di colpa. In psicologia e nella letteratura*, Raffaello Cortina, Milano.
- Castelfranchi C.(1998), *Che figura. Emozioni e immagine sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Damasio, A. (1994), *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello*, Trad. it. Adelphi, Milano, 1995. Damasio, A. (1999), *Emozioni e coscienza*, Trad. it. Adelphi, Milano, 2000.
- Damasio, A. (2003), *Alla ricerca di Spinoza*, Trad. it. Adelphi, Milano, 2003.
- Darwin, C. (1872), *L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali*, Trad. it. Boringhieri, Torino 1962.
- James W. (1890), *Principi di psicologia*, Trad. it. Principato, Milano, 1978.
- Kaiser R.G.K. (1999), *Il crollo del sé e la sua ricostruzione in terapia*, Trad. it. Astrolabio, Roma, 2000. Kohut H. (1971), *Narcisismo e analisi del sé*, Trad. it. Boringhieri, Torino, 1976.
- Kohut H. (1985), *Potere, coraggio e narcisismo*, a cura di Strozzer C.B., Trad. it. Astrolabio, Roma, 1986. Lavelli M. (2007), *Intersoggettività: origini e primi sviluppi*, Raffaello Cortina, Milano.
- Lewis M. (1992), *Il sé a nudo*, Trad. it. Giunti, Firenze, 1995.
- Lowen, A. (1956), *Il linguaggio del corpo*, Trad. it. Feltrinelli, Milano, 1978. Lowen, A. (1975), *Bioenergetica*, Trad. it. Feltrinelli, Milano, 1983.
- Lowen, A. (1970), *Il piacere*, Trad. it. Astrolabio, Roma, 1984.
- Lowen, A. (1982), *Il narcisismo*, Trad. it. Feltrinelli, Milano, 1985.
- Matarazzo O. (1999), *Antecedenti situazionali di Vergogna, Imbarazzo e Senso di colpa*, in M. Sbandi (a cura di), *Memoria e narrazione*, Idelson Gnocchi, Napoli.
- Merleau-Ponty M. (1964), *Il visibile e l'invisibile*, Trad. it. Bompiani, Milano, 1993.
- Orange D.M., Atwood G.E., Stolorow R.D. (1997), *Intersoggettività e lavoro clinico*, Trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 1999.
- Reich, W. (1933), *Analisi del carattere*, Trad. it. Ed. Sugarco Milano, 1973.
- Ruggieri, V. (2001) *L'identità in psicologia e teatro. Analisi psicofisiologica della struttura dell'io*, Ed. Ma.Gi.
- Sartre J.P. (1943), *L'essere e il nulla*, Trad. it. Il Saggiatore, Milano, 1984.
- Schore A.N. (2003), *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*, Trad. it. Astrolabio, Milano, 2008. Siegel D. J. (1999), *La mente relazionale*, Trad. it. Raffaello Cortina,

Milano, 2001.

Siegel D.J. (2007), *Mindfulness e cervello*, Trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 2009.

Trevarthen, C. (1998), *The concept and foundations of infant intersubjectivity*. In Braten, S. (a cura di), *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny*. Cambridge University Press, Cambridge, UK, pp. 15–46.

Об авторе

Джузеппе Карзедда, выпускник факультета психологии и частный психотерапевт в Риме. Директор четырехлетней школы психотерапии, базирующейся на методе биоэнергетического анализа, признанной итальянским правительством (University Ministry) в 1998 году. Президент Итальянского учебного института биоэнергетического анализа (IIFAB, Istituto Italiano di Formazione in Analisi Bioenergetica) в Риме и Итальянской ассоциации телесной терапии (AIPC, Associazione Italiana per la Psicoterapia Corporea), итальянской секции EABP (European Association for Body Psychotherapy). CBT с 1986 года и местный инструктор с 1998 года.

Giuseppe Carzedda
Viale delle Cave Ardeatine 37
00154 Roma (Italy)
Email: carzedda@iifab.org
Tel./fax: +39 065740177

«Биоэнергетический анализ», клинический журнал ПВА, выходит ежегодно и распространяется среди всех членов международной организации. Его цель – дальнейшее развитие теоретических и научных концепций и установление связей для улучшения коммуникации и расширения связей с другими школами терапии, а также академической психологией, медициной и другими психосоматическими школами. Журнал выходит на английском языке с 1985 года, что делает его старейшим журналом ПВА.



Ма Насименто – лицензированный психолог, ведет частную практику в Сан-Паулу, Бразилия. Преподавала на тренингах по биоэнергетике и в независимых группах. В настоящее время член (по должности) ВОТ ПВА, член редакционного совета ПВА и приглашенный член LESSEX, группы исследователей в университете Сан-Паулу.

Маргит Коемеда-Лутц, доктор, дипломированный психотерапевт, ведет частную практику, тренер Швейцарского общества биоэнергетического анализа и психотерапии и международный преподаватель ПВА. Участвовала в двух крупных исследованиях эффективности в немецкоязычных странах и проводила исследования в области телесной психотерапии.

Винсентия Шретер, доктор философии, лицензированный психотерапевт, ведет частную практику в Эскон-Дидо, Калифорния. Член факультета ПВА, главный редактор журнала ПВА, в соавторстве с Барбарой Томсон написала руководство по техникам биоэнергетики «Bend Into Shape». В 2014 году помогала распространить биоэнергетику в Китае.

www.psychosozial-verlag.de