

Международный Институт
биоэнергетического анализа (ред.)

«Биоэнергетический анализ» 2017 (27)



Psychosozial-Verlag

Психосоциальное издание

Винсентия Шретер, Маргит Комеда-Луц,
Ма Насименто (ред.)

Биоэнергетический анализ

Клинический журнал

Международного Института

биоэнергетического анализа¹

(2017) Выпуск 27

Original edition

©2017 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.

Обложка: Василий Кандинский (Wassily Kandinsky), «Конец года», 1922

Дизайн обложки и верстка по эскизам Ханспетера Людвига, Вецлар

Верстка: metiTec-Software, me-ti GmbH, Берлин,

www.me-ti.de

напечатано в Германии

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

Содержание

Письмо редактора

Интерсубъектность в построении границ

Между «да» и «нет»

Патриция Мозелли

Контейнирование, сдерживание и восприимчивость

Соматопсихические проблемы

Скотт Баум

Травмирующие воспоминания

С точки зрения нейробиологии

Хомаюн Шахри

От структуры тела к телам в резонансе

Эволюция терапевтических отношений в биоэнергетическом анализе

Фина Пла

Пограничный клиент, стыд и соматический контрперенос

Ингрид Крайнс

Рецензенты этого выпуска:

Тарра Стариэлл,

Лаура Партридж,

Йорг Клауэр,

Ма Насименто,

Маргит Коемеда.

Материалы для рассмотрения в следующем выпуске журнала «Биоэнергетический анализ» должны быть отправлены редактору (vincentiaschroeter@gmail.com) в период с 1 июня по 1 сентября 2017 года.

Письмо редактора

Добро пожаловать в 27-й выпуск журнала «Биоэнергетический анализ». В нем пять статей, которые, надеюсь, вас вдохновят, дадут новые знания и привлекут к диалогу, способствующему развитию психотерапии вообще и телесной психотерапии в частности.

Общая черта всех статей – рассмотрение терапевтических отношений в самых современных аспектах. Статья Патриции Мозелли посвящена интерсубъектности, она затрагивает новые концепции, подтверждающие ранние идеи Лоуэна о клиническом фокусе. Скотт Баум рассматривает сдерживание и глубоко погружается в динамику терапевтических отношений как с личной, так и с профессиональной точки зрения. Хомаюн Шахри рассуждает о травмирующих воспоминаниях, включая аспекты нейробиологии, и приводит клинические примеры, касающиеся терапевтических отношений. На семинаре по профессиональному развитию (PDW) для биоэнергетических терапевтов, стремящихся к продвижению в этой области, в 2016 году мне выпала честь выступить в качестве преподавателя вместе с Хелен Реснек-Саннез и Йоргом Клауэром. Мне очень понравилось с ними работать и поддерживать наших увлеченных участников в их развитии. Две презентации были настолько интересны, что я попросила авторов сделать из них статьи, которые можно было бы опубликовать в журнале. Обе работы посвящены контрпереносу (КП), важному аспекту терапевтических отношений. Фина Пла рассматривает эволюцию КП в рамках биоэнергетики, а Ингрид Крайнс рассматривает КП, подробно рассказывая о ПРЛ (пограничном расстройстве личности).

Я хочу поблагодарить авторов, которые много работали, подчас пересматривая бесчисленные черновики, чтобы донести свои лучшие работы до читателей. Среди тех, кто поддерживал авторов и/или рецензентов, – Лора Партридж, Тарра Стариэлл, Вирджиния Хилтон, Йорг Клауэр, Боб Льюис, а также моя динамичная и неутомимая команда редакторов: Ма Насименто и Маргит Коемеда. Ма и Маргит выполняют двойную работу и переводят аннотации. Среди других переводчиков аннотаций – Сильвия Нуньес и Мария Розарио Филони. Благодарим вас за ваш вклад. Этот номер будет переведен на французский язык рядом франкоязычных коллег из Франции, Бельгии и Канады под руководством Клаудии Укрос. Перевод на французский планируется к следующей конференции по биоэнергетике. Конференция ПВА в мае 2017 года будет посвящена 60-летию со дня основания (1957 год) института доктором Александром Лоуэном. Она пройдет в Торонто, Канада, и будет посвящена теме «Отражение прошлого и взгляд вперед». Основные доклады и семинары будут сочетаться с общением с коллегами со всего мира.

Надеюсь, вам понравится эта подборка статей, и вы найдете их полезным вкладом в ваши размышления как терапевта, интересующегося терапевтическими отношениями, так и биоэнергетического аналитика, ищущего вдохновения в своей клинической работе.

Винсентия Шретер, доктор наук
Сан-Маркос, Калифорния. США.
20 ноября 2016 г.

Интерсубъектность в построении границ

Между «да» и «нет»

Патриция Мозелли

«Терапевт интуитивно эмпатически резонирует с изменяющимися эмоциональными состояниями пациента, создавая контекст, в котором терапевт может действовать как регулятор физиологии пациента».

(Schore, 2003, с. 93-94)

В данной статье рассматривается интерсубъектность и вопросы привязанности младенца к матери в свете психотерапии. С этой точки зрения утверждается, что динамика терапевт-клиент составляет основу терапевтической работы. Границы рассматриваются под углом биоэнергетических концепций. В заключении приводятся методы терапии, способствующие укреплению здоровых границ.

Ключевые слова: интерсубъектность, границы, привязанность, терапевтическая диада

Введение

Исследования в области теории привязанности и интерсубъектности дали нам полезные элементы, чтобы обеспечить более богатый и выразительный контакт с пациентом. Сегодня эти исследования позволили построить теорию, которая, начиная с «здесь и сейчас», позволяет нам взглянуть друг на друга и на самих себя, улавливая больше информации и получая больше элементов для поиска соответствия с человеком, с которым мы сталкиваемся. Это еще больше развивает эмпатию и профессиональные способности.

В психотерапии мы сталкиваемся с двумя личностными мирами, которые оказывают друг на друга взаимное и обоюдное влияние. Наблюдатель также является наблюдаемым. Каждый из этих двоих постоянно организует и организуется другим, и эмпатическая связь (или ее отсутствие) работает в обоих направлениях (Finlay, 1999). Такая взаимодополняемость означает не то, что терапевт и пациент-клиент равны, а что они имеют равное влияние в формировании общего поля, где возможно открытие и создание терапевтического процесса, который человек разделяет с другим.

Динамика родитель-ребенок

На переломном этапе, который мы переживаем сейчас, «быть с ...» представляет собой одну из главных тем, наполненных большим смыслом. На психологическом уровне, по сути, «быть с ...» стало ключом к пониманию человеческого состояния, как матрица нашей идентичности. Интерсубъектность развивалась, отчасти, благодаря вспышке наблюдений и экспериментальных исследований первых взаимодействий между ребенком и родителем. Результаты исследований привели к некоторым важным теоретическим выводам, которые не могли не повлиять на метод и технику психотерапии. Происхождение психики реляционно и обусловлено диадой мать-ребенок. Поэтому у ребенка, который активен с рождения, интрапсихическое развивается одновременно с интерсубъектным полем.

Опыт диады мать-ребенок творческий и конструктивный, и базируется на эмоциональном обмене. Именно через процессуальную память интерактивные паттерны представляются и сохраняются, становясь константой во всех реляционных

переживаниях субъекта. Жизнь означает отношения и не может существовать без биологического и эмоционального аспектов с момента зачатия. Внутритробный опыт ребенка представляется химико-висцеральной сенсорной основой всех тех эмоциональных паттернов, соединительных и моторных, которые сформируются позже, поскольку он с самого начала находится в связи с матерью, впитывая родительское наследие, как с позитивной функциональной стороны, так и с негативной и дисфункциональной. С этой точки зрения процесс обучения начинается еще до рождения через постоянное общение с матерью. Мотивация ребенка быть в отношениях с другими гарантируется тем, что Шаффер называет «структурной и функциональной предрасположенностью» (1977), гарантируется наличием сенсорного аппарата, который показывает уже настроенного ребенка, способного реализовать модели перцептивно-аффективных врожденных действий. Ребенок может регулировать количество и уровень стимуляции, которой он подвергается через взаимный контакт с матерью или через поведение, с помощью которого он начинает дифференцировать себя (отведенный взгляд, закрытие глаз, взгляд без выражения) (Tronick, 2007).

Отношения матери и ребенка предстают как высокоорганизованное целое, где важную роль играет способность к саморегуляции относительно общих целей. Эти навыки являются характеристикой «я», которое возникает на основе проприоцептивных способностей и опыта быть действующим субъектом. Ребенок обладает врожденной мотивацией перерабатывать и сортировать информацию, поступающую из окружающей среды и создаваемую обоими партнерами в отношениях. Последние исследования показали, что эти характерные паттерны взаимовлияния между матерью и ребенком – основа для возникновения репрезентации «я», а в дальнейшем они образуют структуры бессознательного или памяти. Дети с самого рождения обладают сложными навыками, которые позволяют им действовать компетентно, то есть понимать социальную стимуляцию и избирательно реагировать на нее. Это указывает на то, что наряду с активным поиском связи с другими существует также врожденная дифференциация себя и окружающей среды.

Таким образом, с самых первых фаз у нас больше нет представления о пассивном, аутичном, недифференцированном ребенке, а есть организм, который начинает ранний танец «да и нет» в движении жизни, а следовательно, это тоже меняет точку отсчета клинического вмешательства. Цель терапии не может быть только репаративной, то есть вмешательством, направленным на исправление недостатков пациента-клиента, или конфронтационной (чрезмерное внимание к защитах пациента), но должна учитывать структурные возможности субъекта, который взаимодействует с реальностью через карты и личные категоризации.

Интерсубъектность и терапевтическая диада

Процесс изменения в рамках терапевтической работы происходит внутри реляционной системы, состоящей из диады пациент-терапевт, организованной на основе сложных измерений, которые в некоторых подходах определяются как перенос или другие совместные конструкции между терапевтом и пациентом. В таком случае можно рассматривать терапию как особое интерсубъектное поле, где история пациента и история терапевта сливаются воедино. Суть терапии находится и концентрируется в центре притяжения между ними, а не только в так называемой «патологии пациента». Клиент и терапевт образуют неразрывное целое, в котором перенос и контрперенос никогда не бывают абсолютно объективными и незамутненными, а оказываются совместными специфическими процессами.

В «здесь и сейчас» терапевтической встречи, когда отношения постепенно устанавливаются, все эти элементы более очевидны и позволяют терапевту еще лучше

осознать интерсубъектную историю пациента и обратить внимание на те части имплицитной процессуальной памяти, которые особенно важны и не очень доступны его осознанию.

Интерсубъектность также базируется на идее, что психотерапия – это диалог, в котором каждый участник формирует опыт другого. В этом случае психотерапия становится чем-то большим, чем нейтральная интерпретация терапевтом рассказа пациента, и чем-то большим, чем действия терапевта, который берет на себя обязательство руководить терапевтическим изменением. Пациент и терапевт вместе образуют неразрывную психологическую систему, и эта система составляет эмпирическое поле психоаналитического запроса (Atwood, Stolorow, 1984). Если в системе взаимоотношений между ребенком и взрослым привязанность – основное побуждение, то она становится основной мотивационной силой в формировании «я». Это открывает новую перспективу в объяснении патологии, возникающей и формирующейся в интерактивной обстановке, где аффективные состояния ребенка воспринимаются как угроза/неудача для регуляции отношений, а значит, и для организации «я». По сути, защиты – это механизмы, выстроенные в конкретном межличностном контексте, которые защищают ребенка от уязвимости и дезорганизации.

«Фундаментальные процессы, регулирующие невербальное взаимодействие, остаются неизменными на протяжении всей жизни» (Beebe, Lachmann, 2002, с. 20).

Что происходит, например, если у ребенка возникает в отношениях определенное чувство или душевное состояние?

- Мать реагирует на ребенка.
- Ребенок наблюдает за реакцией матери и реагирует на нее.
- Это активирует автоматическую имитацию реакции матери в сознании ребенка.
- Реакция матери конгруэнтна = улучшается связь, и у ребенка развивается чувство собственного «я».
- Реакция матери не согласована = симуляция материнской реакции, активируемой ребенком, отделена от «я», что угрожает его целостности. Развивается ложное «я».
- Ребенок внедряет в свое ложное «я» реакции, которые не согласуются с его биологически обусловленным подлинным «я» (Ballardini, Siab, материалы курса).

«Совпадение опыта привязанности и межличностного времени кодируется в имплицитной и процессуальной форме и может способствовать формированию у ребенка и взрослого ожиданий быть понятым, получить взаимность или быть на одной волне с другим человеком» (Beebe, Lachmann, 1988). В этой перспективе терапевтическое вмешательство строится как техника, направленная на то, чтобы помочь пациенту-клиенту осознать паттерны взаимодействия, на основе которых он строит свою идентичность, достичь когнитивно-аффективного понимания происхождения этих паттернов, их функциональности и проработки лежащих в их основе страхов, которые их поддерживают.

Отношения терапевт-пациент из нейтральных и асептических все больше становились интерсубъектными, человека с человеком (Rogers, 1961). Интерсубъектность, которая помогает росту в психотерапии, связана со способностью терапевта быть одновременно «контейнером», который принимает и приветствует пациента-клиента таким, какой он есть, зеркально отражая его (способность к эмпатии), и человеком, способным устанавливать пределы и границы, которые не воспринимаются пациентом как осуждающие или дезорганизующие, но как успокаивающие и гибкие, где может проявиться подлинное «я». Только в безопасных отношениях и теплой атмосфере

человек может позволить другому иметь систему ментальной обработки информации, чтобы более функционально рассматривать существование и построение гибких границ, что трансформируется в способность адекватно реагировать на движения жизни. Теряя границы, мы воспринимаем других как навязчивых. Отсутствие границ может сделать нас более открытыми, но то же время уязвимыми и беспомощными, подвергающимися нас осуждению другими. Четкие границы и подлинный выбор позволяют быть активными в процессе самоопределения личности. По словам Кеса, «нет одного без другого и без целого, которое их образует и содержит, которое их объединяет» (с. 6).

Тело как контейнер

Биоэнергетический анализ предполагает, чтоместилище интерсубъектности – это тело: поле, где два субъекта вибрируют через свои телесные/эмоциональные переживания. Отношения ощущаются через тело, воспринимаются телом. Именно через контакт, тело к телу, кожа к коже, ребенок начинает осваивать первые коммуникативные паттерны и навыки, которые позволяют ему взаимодействовать с окружающей средой и будут сопровождать его всю жизнь.

Способность терапевта «пребывать» в собственном теле – фундаментальное условие, чтобы оставаться с другим, поскольку пациент-клиент реагирует не только на то, что «говорит» терапевт, но и на его тон голоса, взгляд, движения. Это те элементы, которые необходимы в обстановке, позволяющей пациенту чувствовать себя в безопасных отношениях. Уделять основное внимание интерсубъектности – значит, с точки зрения биоэнергетического анализа, делать акцент на аспектах процедурной памяти, записанной в теле пациента, чтобы вновь открыть потенциал для новых контактов и новых отношений.

«Когда достигается такая взаимная любовь с клиентами, у них начинается спонтанное движение тела. Это движение – выражение реального телесного "я", которое вновь возникает из окружающей среды в результате контакта. Их "нет" начинает меняться на "да" по отношению к себе и жизни. В начале это "да" может быть не более чем пальцем ребенка, который исследует прикосновение вашей руки; вдохом, который внезапно возникает благодаря расслаблению диафрагмы; дрожанием губ, как будто возникшим отражением ранее подавленного сосания» (Hilton, 2007).

Интерсубъектность и биоэнергетика

Интерсубъектные аспекты всегда неявно присутствовали в биоэнергетическом анализе, который, наследуя работе Райха, с самого начала рассматривал обучение человека, начиная с отношений с воспитателем. Несомненно, биоэнергетика извлекла большую пользу из способности размышлять об этих взаимодействиях более широким и четким образом. В основном, то, что мы смогли развить как биоэнергетические аналитики, – это как эмоциональные аспекты анатомии отражаются в отношениях и оказывают на них влияние. Использование техник невозможно отделять от значимой и трансформирующей работы внутри отношений, потому что оно проливает свет на эмоции, которые подтверждаются в самих отношениях и позволяют человеку вернуть их через процесс взаимной корректировки. Оба процесса, интрапсихический и телесный, существуют одновременно и могут обогащать и восполнять недостатки друг друга с теоретической и практической точки зрения. Это процессы, которые включают, а не исключают себя (Finlay, 1999). Внимание к интерсубъектности, таким образом, это

аспект, с годами трансформировавший практику «классического» биоэнергетического анализа, который был более жестким в том смысле, что работа практически полностью концентрировалась на энергетическом аспекте.

Сегодня мы работаем с телом с новым пониманием того, «что подходит», учитывая разные стадии развития и тип травмы, твердо веря, что только через контакт и полное осознание своего тела можно встретить другого. Чтобы встретить другого, не сливаясь и смешивая себя с ним, нужно иметь четкое представление о своих границах: наше «да или нет жизни», таким образом, возникает из представления о том, что наши границы четко определены, но открыты и гибки.

Границы и биоэнергетика

В процессе диагностики и в терапевтической работе становится все более важным не только уметь ставить диагноз на основе наблюдения за пациентом (нам, биоэнергетическим аналитикам, еще и на основе наблюдения за телом), что позволяет нам находиться рядом с ним и вне диады, но и уделять внимание тому, как мы вибрируем в его присутствии, чтобы распознать, какой из его интернализованных объектов живет через нас. Также важно понять модели привязанности, присутствующие с первой сессии. Мы смотрим, смог ли пациент в своей истории выстроить границы, которые определяют его личность, не лишая ее свободы, или в границах есть прорехи, и эти границы абсолютно недостаточны для здоровой жизни. Очевидно, что паттерны привязанности и границы – не одно и то же, но они тесно связаны, как и индивидуальная история. Понятие границы с точки зрения биоэнергетики – это взаимодействие энергетического заряда, который возникает между движением ребенка и соответствующей реакцией родителя. Если реакция родителя была «достаточно хорошей», граница будет более прочной, но в то же время чувствительной. Формирование основных границ происходит в течение первых шести лет жизни. После формирования здоровая граница обеспечивает устойчивый поток импульсов от центра к периферии и обратно.

Границы тонкокожих и толстокожих

Границы могут быть жесткими и слабыми. В живом теле энергетический поток проявляется внешне – в цвете кожи, яркости глаз, спонтанности жестов, тоне и расслабленности мускулатуры. Слабые, рыхлые границы, слишком гибкие можно определить как «тонкокожесть», то есть их легко подавить своими или чужими чувствами.

В связи с границами Лоуэн выделяет два защитных механизма шизоидного типа: «отступать-распадаться», что создает так называемого вялого шизоида, и «держаться», что создает ригидного шизоида. Тело «вялого» шизоида напоминает тело «слабого ребенка». У него часто избыточный вес (возможно, как способ обозначить для себя границы), а страх быть уничтоженным толкает его к коллапсу и делает дезорганизованным. Чтобы не ощущать себя жертвой, многие развивают нарциссическую компенсацию. Противодействие, «НЕТ», которое формируется в результате коллапса, и мышечное, и психологическое. Это способ избежать энергетического заряда и удержать его. Люди, лишённые энергетического заряда, обязательно встречаются со своим отчуждением. Слабые границы могут быть и от излишней ригидности, негибкости, они непроницаемы для чувств – и чужих, и собственных. Такие границы можно назвать «толстокожестью», что типично для нарциссов.

Терапия для здоровых границ

Чтобы установить здоровые границы, необходимо одновременно усилить ассертивные и агрессивные импульсы и отказаться от некоторых защит характера. В условиях биоэнергетического анализа мы работаем над пятью фундаментальными компонентами для построения границ:

- заземление;
- контакт;
- заряд/контроль;
- отказ от телесной реальности и противостояние страхам;
- физический/эмоциональный рост и увеличение удовольствия (учебные материалы Ballardini, Siab)

Тогда основной работой в биоэнергетическом анализе будет построение значимых отношений, способных восстанавливать, питать и исцелять, но прежде всего позволить другому – через движение – научиться новому способу зарядки и хранения энергии, чтобы терпимо относиться к своему существованию и контакту с другими.

Метафора «пережить» в биоэнергетической терапии означает способность как кричать свое «нет», так и ощущать отказ от контакта. Благодаря типам характера Лоуэна мы можем наблюдать, что каждый характер выстраивает свои границы, и понимать, какие телесные техники могут помочь человеку разрушить характер и мышечную ригидность и действительно встретиться с другим лицом к лицу. Хороший биоэнергетический терапевт четко осознает, что техника и движение не могут заменить способность сдерживать и принимать психическое страдание, не отдаляясь от него (режим избегания) и не поглощаясь им (режим амбивалентности). Эффективный терапевт гармонично использует свои «да» и «нет» в терапевтическом танце.

«Кульминация процесса наступает [...] когда на терапевтическом сеансе пациент и терапевт приходят к тому, что могут воспринимать себя как "личности", которые встречаются (и) обнаруживают, что их сердца бьются в одном ритме, а их тела вибрируют на одном уровне, и это [...] может произойти через зрительный контакт или какую-то другую форму контакта» (Lowen, 1994, с. 117).

Резюме

На самом раннем этапе жизни младенца взгляд матери играет решающую роль. Этот взгляд может заставить его почувствовать себя желанным и принятым в этом мире или напугать, угрожая его «мотивации» к выживанию. Этот взгляд, а также другие способы контакта с новорожденным (прикосновения, объятия, утешение) – важные невербальные сообщения, с помощью которых младенец учится регулировать свои эмоциональные состояния, это фундаментальная часть имплицитной памяти. В статье, начинающейся с обзора последних исследований интерсубъективности, автор показывает, что исследования в области изучения младенцев и нейробиологии подтверждают выводы Райха и Лоуэна, исследуя вопрос о границах, которые можно считать «энергетическим взаимодействием» характеров.

Литература

ATWOOD, G., STOLOROW, R. (1984), Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology, Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

- BEEBE, B., & LACHMANN, F. (1988), The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self and object representations. *Psychoanalytic Psychology* vol.5.
- BEEBE, B., LACHMANN, F. (2002), *Infant Research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- BOWLBY, J. (1978), *Attachment and Loss*, Vol. 1, New York: Basic Books.
- FINLAY, D.J. (1999), *A Relational Approach To Bioenergetics*. *Bioenergetic Analysis* 10, 2.
- HILTON, R. (2007), *Relational Somatic Psychotherapy: Collected Essays of Robert Hilton*, Bioenergetics Press.
- KAES, R. (2009), *Les alliances inconscientes*. Malakoff: Dunod.
- LOWEN, A. (1970), *Pleasure: a creative approach to life*. London: Penguin Books.
- LOWEN, A. (1971), *The Language of the Body*. New York: MacMillan.
- LOWEN, A. (1975), *Bioenergetics*. New York: Coward, McCann & Georgehegan.
- LOWEN, A. (1977), *The way to vibrant health*. New York: Harper Colophon Books, Harper Row.
- LOWEN, A. (1980), *Fear of life*. New York: MacMillan.
- LOWEN, A. (1994), *Joy: Surrender to the body and to life*. New York: MacMillan.
- LOWEN, A. (2004), *Honouring the Body*, Bioenergetic Press, Alachua, Florida.
- REICH, W. (1934), *Charakteranalyse*, New York: Orgone Institute Press.
- REICH, W. (1942), *The Function of the Orgasm*. New York: Orgone Institute Press.
- REICH, W. (1942), *Children of future*, New York: Orgone Institute Press.
- ROGERS, C.R. (1961), *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin.
- SCHORE A.N. (1994), *Affect regulation and the Origin of the Self*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- SCHORE, A. N. (2003 a), *Affect Dysregulation and the Disorders of the Self*. New York: W. W. Norton & Company
- SCHORE, A.N. (2003 b), *Affect Regulation and Repair of the Self*. New York: W. W. Norton & Company
- SHAFFER, H.R., (1977), *Studies in Mother-Infant Interaction*. London: Academic Press
- STERN D.N. (1971), *A microanalysis of mother-infant interaction*. *J. Amer. Acad. Of Child Psychiatry*
- STERN D.N., HOFER, L., HAFTW, DORE, J. (1985), *Affect attunement: the sharing of feeling states between mother and infant by means of intermodal fluency*. *Social Perception in Infants*, ed. T. Field, N. Fox. Norwood, NJ: Able.
- STERN D.N. (1985), *The interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- STERN D.N. (2000), Putting time back into our considerations of infant experience: a microdiachronic view. *Infant Mental Health Journal*, vol.21.
- STERN, D.N. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: Norton & Company.
- TRONICK, E. (2007), *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*. New York: Norton & Company.
- TRONICK, E., ALS, H., ADAMSON, L.B., WISE, S., BRAZELTON, T.B. (1978), *The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction*. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17.
- TRONICK, E., GIANINO, A. (1986), *Interactive mismatch and repair: Challenges to the copy infant*. *Zero to Three: Bulletin of the National Center for Clinical Infant Programs*, 5.
- TRONICK, E. (2002), *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*. New York: Norton & Company.
- WEINBERG, M.K., & TRONICK, E. (1996), *Infant affective reactions to the resumption of maternal interaction after the still-face*. *Child Development*, 65.

WEINBERG, M.K., TRONICK, E., COHN, J. F., OLSON, K.L. (1999), *Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy*. Developmental Psychology, 35.

Об авторе

Патриция Мозелли, психотерапевт, директор S.I.A.B. (Итальянского общества биоэнергетического анализа), в прошлом президент F.I.A.P. (Итальянская федерация ассоциаций психотерапии), член совета директоров SIPSIC (Итальянское общество психотерапии), международный тренер ПВА, преподаватель и член совета директоров (ПВА). Старший инструктор по личностно-центрированному подходу, работала с Карлом Роджерсом, проводя группы межкультурных встреч в Италии, Ирландии и Венгрии.

Автор книги «Раненый целитель. Уязвимость психотерапевта» (последнее переиздание 2015 г.) о контрпереносе. Соредактор книги «Клинические аспекты и теоретические модели терапевтических отношений» (2009). Редактор книги «Наше аффективное море. Психотерапия как путешествие» (2010). Выступала в качестве автора в «Национальном и международном словаре по психотерапии» под редакцией Сальвини и Нардоне (2013). Автором многих научных статей, опубликованных в итальянских и международных журналах.

КОНТЕЙНИРОВАНИЕ, ПОДДЕРЖИВАНИЕ И ВОСПРИИМЧИВОСТЬ

Соматопсихические задачи

Скотт Баум

Эта статья посвящена принципам организации психотерапевтического пространства. Эти основные, базовые принципы необходимы, чтобы пространство работало, как положено. Сюда входит: приоритет благополучия пациента; способность терапевта определять приоритеты в опыте пациента; необходимость, чтобы терапевт был разносторонним в динамике удерживания и вовлечения; понимание терапевтом динамики собственной личности и того, как она может вторгаться в терапевтическое пространство, когда это вредно и что делать, если вторжение разрушительно. Показано, что понимание, вытекающее из принципов биоэнергетического анализа, может быть полезно для проработки динамики пространства. Эта статья также посвящена проблемам, возникающим в связи с требованием создать среду, построенную по этим принципам. Создание такой среды требует от терапевтов очень многого. В конце статьи я высказываю мысль, что эти задачи и работа по их решению предлагают модель для психотерапии, а также для отношений в более широком смысле.

Ключевые слова: терапевтическое пространство; соматопсихический анализ; контейнирование; поддерживающая среда; восприимчивость терапевта; терапевтическое пространство

Введение

Пример из практики: супервизор китайской программы обучения биоэнергетическому анализу рассказывает мне о своем пациенте. Причины, почему он пришел к этому терапевту, несколько туманны. Он хочет почувствовать свое тело, свои внутренности немедленно и комплексно. Терапевт говорит, что тот сразу же напомнил ему друга, которого мы оба знаем, очень зажатого человека, очень замкнутого в себе, даже когда он общается с другим человеком. Его мать, как и мать этого пациента, покончила с собой, когда он был еще юным. Пациент пришел к этому терапевту, потому что его подход к психотерапии использует активные техники, обусловленные пониманием тонкой взаимосвязи между соматической структурой и процессом и психической структурой и процессом. Терапевт осматривает его и видит человека лет тридцати, высокого и худого. Плечи ссутулены, живот выпирает, ноги ригидные, колени заблокированы. Левое плечо заметно выше правого. Голова и шея вытянуты вперед так, что терапевт находит определение «гусиная шея». В целом он производит впечатление человека, который борется с неминуемым крахом. Терапевт предлагает движения и позы, которые должны усилить его контакт с собой и окружающей средой, движения, знакомые биоэнергетическим терапевтам как часть усиления заземления. Это делается, чтобы удовлетворить его просьбу лучше чувствовать себя и окружающую действительность. Его реакция на ощущение, что он стоит в более стройной позе, активизируя хронически вялые мышечные системы – прилив энергии, переполнение даже небольшим эффектом от этих спокойных движений.

Он отстраняется и становится молчаливым. Терапевт спрашивает, что он чувствует или думает. Он говорит, что подумывает прекратить терапию, потому что у него нет прогресса. Ничего не меняется. И говорит, что, когда он стоит и чувствует пол под собой, он хочет почувствовать себя «петухом» с агрессией и дерзостью петуха. А он чувствует лишь огромное напряжение в плечах и шее.

Терапевт рассказывает, как ему трудно понять, что делать в этот момент как с пациентом, так и с собственными чувствами, которые включают гнев на пациента. По мнению терапевта, гнев – результат нежелания пациента принять заботу и предлагаемую помощь терапевта. Мы некоторое время говорим о том, входит ли в задачу терапевта «заставлять» пациента принять то, что ему предлагают. О том, как трудно заботиться о ком-то и хотеть, чтобы он чувствовал себя лучше, стал сильнее, и столкнуться с тем, что невозможно сделать так, чтобы это произошло. Я предлагаю терапевту допустить, что гнев, который он испытывает, состоит из двух элементов. Первый – проективная идентификация, пациент вызвал у терапевта собственный гнев из-за того, что он недостаточно хорош для своих родителей (это согласуется с данными о нем, которые у нас уже есть) и то, что он предлагал им в детстве, ничего не улучшило. Второй – гнев терапевта на то, что его не принимают и не ценят. Мы говорим о том, что первый вектор гнева можно использовать как способ разделить с пациентом процесс установления отношений. Второй вектор относится к терапии терапевта – он испытывает похожие чувства обиды и гнева из-за того, что о нем недостаточно заботились и опекали те, кто должен был это делать в его раннем окружении.

В ходе сеанса терапевт реагирует на потребности пациента очень эффективным способом. В ответ на его жалобы на дискомфорт после активных вмешательств терапевт объяснил, что он очень долго удерживал себя в этих жестких соматических паттернах и что нарушение этих паттернов и вызов им приводит к дискомфорту. Ему трудно воспринимать изменения как естественные. В ответ на это пациент сказал, что не готов встретиться с чувствами, возникающими при движениях и изменениях осанки. И сообщил о сильной тошноте, с которой не может справиться.

Он связывал тошноту с чувствами к матери. И рассказал о женщине, с которой дружит уже десять лет и которая «тоже страдала в своей семье». У нее есть ребенок, и из разговора с ней он понял, что «...те первые два года, когда вы слушаете язык своей матери, связаны с физической близостью к матери, и это называется материнским языком. Если у вас нет этой привязанности, у вас нет чувства идентичности». Он сказал, что это помогло ему осознать, чего ему не хватает.

Мы с его терапевтом долго говорили о том, в чем состоит работа терапевта. На данный момент мы остановились на том, что она заключается в создании пространства, где пациент может чувствовать себя настолько глубоко и полно, насколько может и хочет. В этом пространстве пациент может сформировать отношения с собой и терапевтом, которые включают максимальную свободу самовыражения, возможность увидеть себя таким, какой он есть в данный момент, и тянуться, чтобы по-новому себя осуществить, развить новые формы. Терапевт сопровождает его в этом и организует пространство в соответствии с очень конкретными принципами.

В этой статье рассмотрены некоторые из принципов, представленных на примере выше. Эти главные, базовые принципы необходимы для организации психотерапевтического пространства. Статья посвящена также проблемам, возникающим в связи с потребностью создать среду, построенную на этих принципах. Создание такой среды требует от терапевтов очень многого. В конце статьи я выдвигаю мысль, что эти проблемы и их решение предлагают модель для психотерапии, а также для отношений в более широком смысле.

Поддерживающая среда

Контейнирование, поддержание и восприимчивость в современной психотерапевтической практике – понятия, описывающие основные функции терапевтического процесса. Эти термины часто используют импрессионистически, широко, что позволяет включать различные значимые элементы. Но иногда не хватает

ясности и конкретности, чтобы убедиться, что при использовании этих терминов имеется в виду одно и то же. Это особенно важно, поскольку, как будет показано в данной работе, эти термины играют существенную роль в создании психотерапевтической среды. Сюда входят характеристики пространства, как материальные, так и концептуальные, а также характеристики терапевтических отношений, включая характеристики терапевта. Поскольку понимание процесса психотерапии в биоэнергетическом анализе предполагает изучение энергетических сил, действующих внутри человека и между людьми, а также рассматривает психические и межличностные явления как события, наблюдаемые в соматических процессах и структурах, это очень полезная линза для фокусировки на конкретных значениях этих понятий и на том, как они функционируют в психотерапевтическом пространстве.

Один из способов организации группы понятий и функций, представленных терминами «контейнирование», «поддерживание» и «восприимчивость», поместить их в раздел «поддерживающая среда». Концепция поддерживающей среды была разработана Винникоттом (1958) для описания отношений матери и младенца, которые воспроизводятся в дальнейших жизненных отношениях. Если первоначальная поддерживающая среда в эмоциональном и психическом плане была неполноценна, это будет повторяться в психотерапевтических отношениях. Если терапевт способствует развитию более здоровой и конструктивной среды, чем в первоначальных отношениях родителей и ребенка, появляется возможность для исцеления.

Концептуальная основа, представленная идеей поддерживающей среды, принята психотерапевтами многих направлений (см. Mitchell and Black (1995) для разъяснения этой идеи и ее распространенности в данной области). В какой-то степени она нашла отклик у широкой публики наряду с общим представлением о значимости и важности процессов привязанности в формировании личности человека, начиная с работ Бенджамина Спока, доктора медицины (1946), чья книга о развитии ребенка и ранних взаимоотношениях – одна из самых читаемых в мире.

Привязанность формирует матрицу, в которую встроен человек и которая способствует или препятствует развитию и становлению его личности. Этот взгляд на формирующие процессы, соматопсихический аспект которых глубоко раскрыл Стэнли Келеман (1985), и особую роль ранних отношений, – продукт многих влияний и теоретиков. В настоящее время среди психодинамически ориентированных психотерапевтов считается общепринятым, что именно терапевтические отношения между терапевтом и пациентом – основной исцеляющий агент психотерапевтического процесса. Что именно это означает, до конца не ясно. Есть общий консенсус относительно определенных элементов, идущих из терапевтических отношений, которые должны присутствовать в терапевтической среде, но не все еще ясно с тем, что это такое и почему они работают. Это статья – попытка систематизировать некоторые характеристики психотерапевтических отношений, которые действуют в поддерживающей среде и позволяют ей функционировать как пространству для исцеления и роста. Я также расскажу о некоторых проблемах, которые могут возникнуть, если идеи о природе и функциях отношений, которые в настоящее время высказываются, верны.

Базовая матрица

Одна из студенток из группы арт-терапевтов, где я преподавал, сделала замечание, которое открыло путь к более глубокому пониманию психотерапевтических отношений, чем было у меня раньше, чем то, что я наблюдал или слышал. Она сказала, что, по ее мнению, психотерапия – это эволюционное развитие в ответ на особый вид исцеления, возможный в среде, создаваемой этой практикой. Ее комментарий побудил

меня начать думать о том, что именно придает уникальность психотерапевтической среде. И почему эта уникальность – часть ее функции и, как я теперь понимаю, неотъемлемая часть ее успеха.

Психотерапевтические отношения – не просто улучшенная версия других, в частности, родительских отношений. **В отношениях между пациентом и психотерапевтом пациент всегда и навсегда в центре процесса. Ни в каких других отношениях фокус на одном партнере не бывает таким абсолютным. Это было бы нездорово, если бы это было так.** Во всех других человеческих отношениях необходимо, чтобы они были явно взаимны. Давать и брать – взаимные функции. Взаимозависимость требует, чтобы потребности обеих (или более) сторон в отношениях соответствующим образом учитывались и удовлетворялись.

Психотерапевтические отношения – это изобретение человека вроде барокамеры. Это устройство, куда помещают человека, создавая условия насыщения кислородом и давления воздуха, которых не существует в естественных условиях на Земле. Эти условия способствуют исцелению от некоторых заболеваний – переломов, сильных ожогов, – которые нелегко излечить иначе. Точно так же и психотерапия – не лучшая версия отношений, которые были раньше. И даже не идеальная версия отношений, своего рода образец. Это уникальный вид отношений, который мы создали, чтобы исцелить ущерб, нанесенный другими отношениями. **Главный принцип этой уникальности в том, что благополучие, автономия, самоопределение и центральное место пациента в отношениях всегда являются приоритетными.**

Это не естественная составляющая отношений – находиться в центре так долго (как это происходит в психотерапии) без какого бы то ни было запроса, чтобы потребности и чувства реляционного партнера (терапевта) учитывались в решениях пациента, что делать в матрице привязанности. Из исследований ранних этапов младенчества мы знаем об исключительной важности взаимности, которая лежит в основе здоровых ранних отношений, даже в самом раннем младенчестве (Bowlby, 1969). Нет периода, когда младенец и родитель не составляют пару. Нет времени, когда в танце не участвуют оба партнера. Чтобы танцевать эффективно, творчески, страстно, счастливо и конструктивно, партнеры должны знать друг о друге, о потребностях, ограничениях друг друга, о том, что нужно удовлетворить и что удовлетворяется. Эта часть танца в психотерапии явно не требуется.

Отношения, которые совместно создаются пациентом и терапевтом, позволяют пациенту занимать центр отношений в той мере и так долго, как это необходимо для исцеления. И терапевту запрещено посягать на эту центральную позицию любым способом, не являющимся абсолютно необходимым для поддержания отношений (оплата, составление расписания и тому подобное), и уж точно эти отношения не предназначены для удовлетворения потребностей терапевта в том, чтобы его любили, обожали, восхищались, следовали за ним, служили ему, отступали перед ним или иным образом уступали ему центральное место.

Это то воздержание, на которое соглашается терапевт, чтобы создать уникальную среду, которую мы называем для краткости «поддерживающей средой». Как только эта специфическая среда создана, могут начаться психотерапевтические действия. Многие из этих действий подпадают под общий термин «поддерживающая среда». Но это специфические динамические действия, и каждое имеет собственную структуру и энергетическое воздействие. Как любовь и уважение, скажем, не являются одинаковыми эмоционально-энергетическими силами, так и каждый из элементов терапевтической среды не похож на другой. Биоэнергетический анализ с его фокусом на энергетических процессах и утонченным подходом к пониманию соматопсихических процессов дает инструменты для более детального изучения природы и функционирования этих терапевтических элементов и их действий.

Воплощение

Здесь, видимо, пора задать вопрос, для чего нужна психотерапия. Ранее акцент в современных формах психотерапии делался на освобождении от репрессий и обретении личной автономии, что является частью политических изменений в западной цивилизации, начавшихся в эпоху Просвещения. В последнее время гораздо больше внимания уделяется тревоге и уменьшению страданий, а также возможностям позитивных чувств.

Один из способов синтеза двух этих позиций – концепция воплощения.

Воплощение – это еще одно из тех концептуальных и эмпирических понятий, которые трудно определить конкретно, хотя мы вроде бы имплицитно знаем, что имеется в виду. В современной биоэнергетике под воплощением понимается способность к глубокому переживанию и сильному выражению эмоций. В этом контексте воплощение относится к соматопсихической структуре и потенциалу человека, который удерживает это глубокое переживание и сильное выражение, и такое удерживание позволяет непрерывно интегрировать и оттачивать переживание. Благодаря психотерапевтическому пространству становится возможной соматически ориентированная свободная ассоциация, следование за своим процессом в глубоком внимании, без суждений, с принятием всего, что в этом процессе проявляется.

С момента воплощения возможно самообладание, возможен выбор, возможны варианты облегчения страдания, если таковые есть. В этой перспективе психотерапия делает одно – облегчает способность человека быть в реальности. Пребывание в реальности означает способность чувствовать вещи и переживать их как можно глубже, расширять осознание и понимание себя и окружающей среды, а также использовать столько информации, сколько можно вынести, зная ее и погружаясь в нее.

Имея общее представление, для чего нужна психотерапия, можно изучить, каким образом поддерживающая среда создает и поддерживает пространство, в котором может быть реализован этот проект. Следующая часть статьи содержит анализ элементов, составляющих поддерживающую среду. Не думаю, что анализ этим исчерпывается. Скорее, это начало исследования с использованием инструментов биоэнергетического анализа и призвано осветить как структурные, так и процедурные элементы, которые создают терапевтическую оболочку поддерживающей среды, и почему она работает так, как работает. Надеюсь, другие дополнят наше понимание этого.

Пока что мой анализ привел меня к разделению функциональных элементов поддерживающей среды на **три общие категории, которые я обозначил как контейнирование, поддержание и восприимчивость**. У каждой из этих функций есть как структурные, так и процедурные аспекты. То есть каждой из них есть аспекты, которые встроены в успешную поддерживающую среду, а есть динамические части, которые являются поведенческими, и их исполняет терапевт.

I. Контейнирование

Контейнирование касается всех элементов терапевтического пространства, которые способствуют его терапевтическому эффекту. Такое использование термина не имеет ничего общего с модуляцией, подавлением, ограничением или регуляцией аффекта. Он относится к составляющим элементам в конкретных материальных терминах в этических и профессиональных условиях, а также к характеристикам терапевта, терапевтической среды. С точки зрения биоэнергетики пространство терапевта – продолжение его тела. **Оно предназначено для содержания, то есть для возвращения и для того, чтобы поддерживать сильные и глубокие эмоциональные**

переживания себя. Некоторые элементы успешного психотерапевтического контейнирования – общие для всех психотерапевтических методик.

Ia. Общие элементы

Общие элементы включают структурные элементы личного и безопасного физического пространства. Сюда входят также такие этические и профессиональные элементы как конфиденциальность и доверительные отношения, связь, основанная на вере и доверии, подразумевающая, что терапевт будет поддерживать центральную роль пациента, при которой интересы пациента имеют приоритет. И есть определенные характеристики терапевта – неосуждающее отношение, способность уважать и ценить пациента как самостоятельную личность, необходимые, чтобы поддерживающая функция работала должным образом. В биоэнергетическом анализе эти характеристики распространяются на физическое пространство, которое допускает выражения, которые могут быть громкими и нетрадиционными по стандартам психодинамической психотерапии, и включают эмоционально вызывающие физические вмешательства, требующие от терапевта освоения дисциплины прямого физического контакта и терпимости к последующему эмоциональному выражению.

Клинический пример того, что я имею в виду под поддерживанием, взят из практики моей собственной психотерапии. Это момент из моей многолетней психотерапии с Майклом Эйгеном. Однажды, много лет назад, я лежал на кровати, которую он в то время использовал как аналитическую кушетку, и меня мучило какое-то невыносимое напряжение в шее. Это безумная, демоническая сила в моем теле. Она одолевала меня и одолевает до сих пор. Я сказал Майку: «Мне бы хотелось, чтобы ты поддержал мою голову, чтобы я мог кричать». Он сказал: «Если б я мог!» Это был очень важный для меня момент. Он не отрицал правильность такого способа работы. Он, во всяком случае, для моего уха, честно сказал о своих ограничениях. Это я мог принять. Эти ограничения означали, что мне приходилось выполнять эту спасительную для меня работу сильного, громкого, эмоционально интенсивного выражения самостоятельно, а иногда с другими людьми, работающими в этом направлении. Обучение этому укрепило мое убеждение в важности характеристик поддерживающей среды, способствующей мощной выразительной работе, и в том, как эта среда может быть усвоена пациентами.

У Майка есть личный опыт биоэнергетической работы, и сильное эмоциональное выражение, похоже, его не смущает. Но однажды, когда я начал сам по себе издавать слишком громкий или интенсивный агрессивный звук – не уверен в точной природе стимула, – он попросил снизить громкость, потому что слышал жалобы. От других жильцов, полагаю. Поэтому мне пришлось контролировать и модулировать свое выражение. Я четко осознаю, что он может принять силу моего эмоционального выражения, но я не могу выразить себя так полно, как мог бы. К счастью для меня, к тому времени, как я пришел к нему, у меня уже был опыт работы с явными сильно выраженными эмоциями. Моя первая длительная терапия была с Вивиан Гуз, биоэнергетическим терапевтом, которая спасла мне жизнь, и работа с ней научила меня, как сохранять присутствие в муках интенсивного переживания, несмотря на возможность декомпенсации. И, что еще более важно, у меня был партнер по жизни, чья способность к сильным чувствам и выражению эмоций превосходила мою и который, таким образом, мог обеспечить поддерживающую среду, большую, чем любой другой в моей жизни.

На самом деле, когда я уходил с сеансов терапии с Майком – который, несмотря на свое знакомство с биоэнергетической работой и комфорт в ней, не работал в этом направлении, – мне всегда нужно было найти время для выражения ярости, которая была сконцентрирована во мне. Я занимался такой работой над собой многие годы. Крики,

удары, пинки – это был способ выйти, хотя бы временно, из мертвенности, заложенной в ядре моего существа жестоким обращением в раннем детстве. Без этого я не мог завершить ни одного эпизода работы. Я должен был научиться бороться с теми, кто причинил мне столько вреда, и должен был выразить собственные чувства ненависти и садизма. Это был единственный способ вернуться к каким-то отношениям с реальностью и пребывать в настоящем даже в том ограниченном виде, который для меня возможен.

IV. Контейнирование и близость

Среда контейнирования, первая составляющая поддерживающей среды, создается, когда терапевт формирует физическое, этически управляемое пространство и входит в него готовым воплотить качества, необходимые для терапевтического воздействия. Терапевт использует инструмент эмпатии для регистрации того, что переживает внутри пациент, включая то, что остается вне его сознания. Начиная с этой позиции, терапевт пытается добиться момента встречи с пациентом. Это означает принять пациента таким, какой он есть в действительности, как личность. Это задача гораздо труднее, чем кажется. Это не терпимость или сострадание. Это близость, признание другого таким, какой он есть на самом деле. Это первая составляющая поддерживающей среды, и уже эта задача очень сложна для многих из нас. С этой точки зрения невозможно воспринимать другого человека (пациента) тем, кто нуждается в исправлении, фиксации или корректировке. Знать другого человека таким образом – значит знать, как он стал тем, кто он есть, и насколько его история отражает его сущность.

Оказывается, развивать и постоянно применять этот навык довольно сложно. Рискну сказать, что большая часть критики психотерапии относительно ее медлительности, бесцельности и т.п. происходит от того, что терапевты не вовлечены в процесс воплощенного контейнирования с пациентами. Некоторые из нас слишком боятся чувств в себе и/или в другом; некоторые слишком нарциссически нацелены оказывать влияние; некоторые позволяют стремлению к удовлетворению собственных потребностей сдвинуть себя с позиции, необходимой для контейнирования. Какова бы ни была причина, ощущение бесцельного и бессмысленного блуждания возникает из-за отсутствия присутствия, а не из-за фундаментального недостатка в работе. В этом случае стремление создать метод, позволяющий сделать больше и быстрее, – ответ на ограничение в поведении и чувствах терапевта, а не проблема одного только используемого метода.

Контейнирование – это тот набор функций, который структурирует терапевтическую среду, чтобы сделать возможным для пациента раскрытие и переживание того, что должно быть раскрыто и пережито, тем самым делая близость возможной. Раскрытие принимает разные формы. Вот убедительное описание такого раскрытия из книги Майкла Эйгена «Уничтоженное "я"», опубликованной в 2006 году:

«Воодушевленная контактом и движимая потребностью, эта личность однажды приходит без макияжа и показывает себя такой, какая она есть. Холодная, леденящая кровь, необходимая. Она показывает свою опустошенную сущность единственному человеку, который может это принять. Нет, неправильно. Марлин [терапевт] может не выдержать. Она показывает себя независимо от того, сможет Марлин это вынести или нет. Это более близко к истине. Рисковать в терапии тем, что никто не может принять» (с. 25).

Далее Эйген говорит то, что, как мне кажется, относится к специфической и уникальной функции, которую психотерапия выполняет для людей и которая присуща именно ей, а не только лучшим версиям того, какими должны быть отношения. Он пишет:

«Человечество не развило в себе способность принимать то, что оно делает с собой, боль, которую люди причиняют друг другу. В терапии человек рискует тем, что слишком много для другого, слишком много для него самого. Человек рискует тем, что никто не может принять или, возможно, никогда не сможет принять. Это входит в пространство и сообщается независимо от того, может ли кто-то это принять» (с. 25-26).

Контейнирование обеспечивает среду, где происходит то, что должно быть прочувствовано и открыто. Терапевт готовит пространство и, самое главное, готовит себя к встрече с тем, что наиболее реально, наиболее болезненно, наиболее тревожно и наиболее пугающе для пациента. В биоэнергетическом анализе создание среды контейнирования включает в себя создание физического пространства, где выражение эмоций может происходить на самом интенсивном, более явном и самом выразительном уровне, возможном для данного человека. В контексте статьи Майка Эйгена аффект возникает в ответ на ущерб, вред и деструктивность. Но та же подготовка применима к любви, удовольствию, даже экстазу.

Терапевтическая среда уникальна в своей концентрации на пациенте и его процессе. Именно переживание пациента имеет приоритет. Это не исключает терапевта и его переживания. Это вопрос расстановки приоритетов и характера пространства. Терапевт не выносит никаких суждений, стараясь принять и пережить то, что пациент может и не может вынести. Это и есть контейнирование, которое мы имеем в виду как биоэнергетические терапевты. В нем нет подавляющего элемента. Напротив, пространство становится безопасным для настолько большого или настолько малого выражения, насколько пациент и терапевт могут вынести. Это часть мастерства терапевта – открыть пространство и пригласить к выражению, которое находится в пределах допустимого для пациента диапазона, чтобы опыт мог быть интегрирован и переработан. Поскольку то, с чем приходится иметь дело, очень часто является хронической реляционной травмой с долговременными последствиями, которые она оставляет после себя, движение раскрытия и выражения, за которым следует интеграция, постепенно и медленно. Такова истинная природа катарсиса – мощного эмоционального переживания, которое приводит к новой интеграции осознания и опыта, и потому требует пространства для контейнирования глубоко прочувствованных и глубоко выраженных эмоций.

II. Поддерживание

В книге «Поддерживание и психоанализ – реляционное измерение»² (2014) Джойс Слохауэр описывает функцию холдинга в аналитической психотерапии. Она очень подробно описывает поддерживание как один из аспектов процесса психотерапии, общий для многих школ. Она использует понятие поддерживания для обозначения состояния, в котором терапевт минимизирует навязывание своей субъектности, своей «инаковости» пациенту. Это создает возможность для установления временной *«иллюзии аналитической сонастройки»* [курсив в оригинале]» (с. 21). Такое состояние

² Holding and Psychoanalysis: A Relational Perspective (2014) Joyce Slochower

позволяет пациенту чувствовать себя спокойно и безопасно в терапевтических отношениях, не сталкиваясь с отдельным и уникальным «я» терапевта и взглядами на реальность, которые оно («я» терапевта) привносит в терапевтическое пространство.

Слохауэр противопоставляет это состояние успокаивающей сонастройки, которое предлагает возможности репарации травматических переживаний уничтожения, заброшенности, пренебрежения и очернения, интерпретационным функциям. Интерпретации – одна из форм встречи пациента и терапевта, которая требует от пациента встретиться лицом к лицу с субъектностью терапевта, его отличием и обособленностью как уникальной личности. По мнению Слохауэр, поддерживание представляет собой те функции, которые выполняет терапевт, когда пациент не может отреагировать на реальность инаковости терапевта без слишком сильного нарушения поддерживающей среды, что грозит срывом терапии. В зависимости от базовой организации личности пациента поддерживающая фаза терапии может быть краткой в ответ на временный регресс пациента, нуждающегося в более успокаивающей адаптации терапевта. А может длиться годами, пока пациент стремится построить достаточное эго и структуры личности, чтобы терпимо относиться к реальности личности терапевта, тем самым создавая возможность привнести другие измерения реальности в терапевтический контакт.

IIa. Биоэнергетический взгляд на поддерживание

Моя точка зрения отличается от точки зрения Джойс Слохауэр. Я использую понятие поддерживания³ для обозначения всех операций, которые обеспечивают терапевтический контакт между терапевтом и пациентом. Это функции, которые терапевт предлагает пациенту.

Начиная с ранних психоаналитических концепций терапевтического пространства, поддерживание – в этом значении термина – критический элемент того, что делает это пространство терапевтическим. Некоторые характеристики поддерживания приняты сегодня как фундаментальные для этой терапевтической возможности и почти аксиоматические в ожидании создания такого пространства. К наиболее значимым из них относятся: поддерживание пациента в неосуждающей позитивной установке; приостановку и отстраненность от обычных ожиданий социального взаимодействия; принятие «я» пациента как соответствующего и ценного; признание опыта человека как внутренне соответствующего – являются одними из наиболее значимых. Все это представляет собой поддерживающие энергии, это продолжение энергетического существа и присутствия терапевта. Терапевт удерживает пациента (другого) в своем сознании, как предлагает Бийон (1959), без ожиданий и желаний его постичь. Когда между терапевтом и пациентом возникают такие специфические отношения, могут возникнуть и другие элементы поддерживания. В биоэнергетической психотерапии эти элементы тоже могут быть непосредственно воплощены, что добавляет в психотерапевтический процесс еще одно измерение.

В биоэнергетической психотерапии поддерживание может относиться к прямому физическому контакту. Контакт тела с телом представляет собой поддерживание с целью контейнирования, с целью успокоить пациента, заверить, что он не одинок, или с целью поддержать его самовыражение. Поддерживание почти во всех случаях означает, что происходит физический акт, по крайней мере, в его энергетической форме. Когда терапевт удерживает пациента в своем сознании, вспоминает его, его личность и страдания, у этого события есть физический и энергетический аспект, который можно определить и изучить. Поддерживание, с этой точки зрения, включает изменения как в

³ Holding (англ.)

пациенте, так и в терапевте во всех аспектах психического и соматического процесса.

Конкретный пример этого – то, что происходит в телах людей, организованных как пограничные или шизофренические структуры личности. У многих из них есть место на спине, за сердцем, вдоль грудных позвонков, которое ощущается как черная дыра. Я знаю этот феномен как лично, так и на примере своих пациентов. Ощущение такое, что энергия уходит из тела через это отверстие, которое невозможно заткнуть. Когда я кладу руку на это отверстие, некоторые пациенты говорят то же, что и я: как будто отверстие функционирует в царстве абсолютного нуля, тепла нет вообще, а рука дает тепло впервые в жизни, даже если раньше к нему прикасались. Джеймс Гротштейн (1990) очень трогательно написал о таких феноменах с интрапсихической точки зрения.

Для иллюстрации подхода с использованием биоэнергетической концептуальной схемы предлагаю три клинические зарисовки – первая связана с примером черной дыры как эффекта ранней хронической реляционной травмы (Tuccillo, 2012).

Зарисовка 1: Поддерживание в условиях ужаса в холодном, темном месте

Элеанор была моей пациенткой в течение многих лет. За эти годы она рассказала мне о том, как ее терроризировали в детстве. Ее терроризировали в семье, которая внешне выглядела как счастливая и благополучная и, что удивительно, такой она казалась изнутри даже самой Элеанор. Но жестокое использование детей для удовлетворения глубоких деформаций нарциссических функций родителей было очевидно, как и игнорируемая, но регулярно выражаемая ненависть и злобное соперничество с детьми. Элеанор, очень успешная в своей реальной жизни, все чаще позволяет мне свидетельствовать об обиженном ребенке и держать ее страдания на переднем плане, даже когда сама она корчится в муках, обвиняя себя в злобной клевете на своих родителей.

Опытная пациентка, Элеанор сама направляет себя во внутреннюю реальность детства. Мне сразу же приходится удерживать ее противоречивые и двойственные чувства. Сейчас она может подтвердить реальность своего опыта, но в то же время хочет отречься от него. Она хочет, чтобы я пришел и сел рядом с ней, но впервые выражает свое двойственное отношение к этому. Подобное выражение было в ее родной семье невыносимо. Она должна была всегда и во всем быть доступна для своих родителей, в первую очередь удовлетворить их психические и эмоциональные потребности. Чувствовать амбивалентность – значит быть слишком автономной. Вырази она амбивалентность или любую другую автономную саморепрезентацию, они бы карательно отказались от нее.

Она решает пойти дальше и просит меня сесть рядом с ней, когда она лежит на кровати лицом вниз, и положить руку ей на спину чуть ниже шеи. После этого между нами начинается долгая беседа, в ходе которой она задает мне вопросы, которые, как я знаю из прошлой работы, обусловлены ее опытом ненависти к ней матери (в значительной степени бессознательной). Мне противно прикасаться к ней? Болезненно ли мне это? Вызывают ли звуки, которые она издает, презрение к ней? Отталкивает ли меня ее неадекватность и невежество? Нет, отвечаю я на каждый из вопросов. Я создал такую поддерживающую среду, в которой мои собственные попытки справиться с чувствами и состояниями, в которых живет Элеанора, не влияют на наши отношения.

Она говорит: «Я нахожусь в холодном темном месте. Я могу быть здесь и там одновременно». На самом деле она впервые признает этот факт. Да, говорю я, я знаю, то, что она говорит, правда. Когда она кричит от боли и ужаса, я держу ее в этом холодном месте, хотя там никого нет, чтобы держать ее, когда она была брошена в это место. Я поддерживаю ее своим присутствием и прикосновением, поддерживаю ее двойственные чувства и ее ужас от того, что ее там оставили. Мое прикосновение –

важнейшая часть поддерживания. Когда приходит время остановиться, мы выходим из этого состояния медленно, чтобы она сама могла заменить поддерживание, прежде чем вернуться в повседневный мир.

Зарисовка 2: Неожиданная сила в конце жизни

Джек – пожилой мужчина около шестидесяти, который прошел глубокую и меняющую жизнь психотерапию за те пять лет, что он посещает меня. Два постоянных симптома, которые не дают ему покоя, – глубокая тревога и страх критики, когда он преподает или представляет материал (он очень успешный ученый и исследователь), и постоянное раздражение на его вторую жену, которая – как по его словам, так и по моим непосредственным впечатлениям, поскольку я провел с ними несколько сеансов для пар, прежде чем начал работать с ним одним, – зрелый, заботливый человек и относится к нему хорошо и с уважением. На сеансе эти две темы объединились, и возникшие ассоциации высветили аспект их происхождения из его отношений с матерью. То, как проходила работа, иллюстрирует еще один аспект поддерживания в поддерживающей среде.

Джек пришел в тот день и заговорил, что одержим идеей довести написанное им стихотворение до совершенства. Это на него не похоже, обычно в творчестве он не такой перфекционист, как в том, что касается профессиональных презентаций, когда потребность в одобрении и страх перед критикой становятся главным переживанием. Мне кажется, элементы его отношений с матерью активизируются его стремлением к самовыражению, и я говорю об этом. Он должен делать все идеально, чтобы она (мать) чувствовала себя хорошо. Он надеется, что тогда она похвалит и оценит его, и он сможет преобразовать это в позитивную самооценку. То есть я говорю, что он очень зависим от нее в отношении любой позитивной самооценки, которую может создать.

Это напомнило ему недавний визит к матери в дом престарелых. Она вспыльчива, часто критикует его, но он тем не менее предано заботится о ней, и она очень зависима от него. Она ела в столовой, когда он пришел. Жена, которая случайно оказалась с ним во время этого визита, посоветовала ему подождать, пока мать закончит есть, прежде чем подойти к ней, зная, подозреваю, что может произойти, если он поступит иначе. Джек говорит, что он «по глупости» проигнорировал совет жены и подошел к ней. При этом мать «запаниковала так», как он еще никогда не видел. Перестала есть, и потребовалось немало времени, чтобы ее успокоить.

Наше обсуждение этого события приводит его к мысли, что он подошел к ней с бессознательным намерением помешать. Он считает это вероятным, но не чувствует этого. Не чувствует ярости, которая, по его мнению, скрывается под слоем печали, которую вызвала реакция матери. Джек имеет опыт активной, эмоционально выразительной работы, и когда он входит в выражение мощного негатива, становится ясно, насколько он силен. Несмотря на возраст и внешний вид (на первый взгляд он кажется несколько поникшим, грудь впалая, плечи опущены), когда он становится заряженным, появляется и становится видимой другая скрытая соматопсихическая реальность.

Я спрашиваю, хочет ли он попытаться найти чувства, которые, по его мнению, есть, но которые он не может ощутить через движение, и он отвечает «да». Часто, когда Джек впервые начинал глубоко дышать, он испытывал сильные спазматические движения, похожие на рвотные позывы, которые сопровождались громкими, резкими звуками, несущими в себе ярость и боль. Именно это происходит вначале, когда он стоит, сгибает колени и усиливает дыхание. Зная, какое воздействие на него оказывают удары кулаками, я предлагаю этот вариант. Сначала удары кулаками по подушке на кровати, когда он замахивается обеими руками, сильные, но еще не наполненные

эмоциями.

Это нехарактерно для Джека. Обычно он довольно быстро находит путь к тому, что ему нужно и хочется выразить в своем негативе, и нуждается только в моей поддержке – и моем присутствии, чтобы облегчить это выражение. Но в этот раз я вижу, что ему нужно больше. Поэтому голосом побуждаю его оставаться с чувством и усиливать его, использовать свой собственный голос. Когда ему становится трудно это делать – усилить голос и усилить в нем ярость и в конечном счете ненависть, – я повышаю голос и тоже издаю звук. Я вижу, как мои гневные гортанные вокализации помогают ему усиливать выражение. Я поддерживаю его своим присутствием, голосом и намерением в активном выражении его возмущения, негодования, ярости и ненависти к тому, как мать использовала его. Ее использование без последующей благодарности – это эксплуатация.

Это стимулирует осознание, что это эксплуатация. Сюда входит понимание Джеком, что это было хроническим состоянием между ним и матерью. Выражение его гнева – не просто опустошение резервуара чувств, не только разрядка накопившихся эмоций, но и момент в их отношениях, когда его обида, неверие, гнев на нее за ее обращение с ним как с ребенком могут быть организованы в выражение настолько полно и глубоко, насколько он и я можем вынести. К счастью для меня, он еще не подошел к моему пределу терпимости переживания и выражения этих чувств. Поэтому я могу продолжать поддерживать его, пока мы проходим через все слои и формации его отношений с матерью, начавшиеся тогда и сохраняющиеся в его жизни сегодня.

Зарисовка 3: Неудача в поддержании ответственности

Я недолго работал с Полом много лет назад. Это был человек на грани манипулятивного, самовозвышающего поведения, добиться успеха в жизни он не смог, по крайней мере, в то время, когда встречался со мной. Он был почти совсем невосприимчив к любым моим вмешательствам, многие из которых были вызовом паттернам характера. Его защитные механизмы включали рационализации, которые он использовал, чтобы объяснить или оправдать неспособность поступать правильно, совершая или не совершая какие-то поступки.

Он рассказал мне об одном важном событии, которое произошло в его раннем детстве. Он жил в большом городе, в районе скромных семейных домов, многие из которых имели небольшие дворiki, часто огороженные забором. Однажды он остался без присмотра, вышел в открытые ворота за забор своего дома, и его сбила проезжавшая по улице машина. Его отвезли в больницу, хотя серьезных травм он не получил. Он рассказал об этой истории с гневом на то, что это произошло, но не как о доказательстве, что семья пренебрегала им или не заботилась о нем. Я подумал, что это может быть именно так, но мои попытки обратить его внимание на такую возможность не вызвали у него никакого интереса.

Однажды он сказал мне, что планирует посетить проститутку. В соответствии с тем, что я описал выше как неосуждающее качество, присущее контейнированию, обеспечиваемому психотерапевтической средой, я не занял позиции ни «за», ни «против» по поводу этого намерения. Но, встав на такую позицию без дальнейших размышлений и нюансов, я совершил серьезную ошибку. Пол запланировал это в тот момент, когда на первый план в глазах общественности вышло понимание, что СПИД передается половым путем, и стало известно о значительном риске секса с партнерами, которые сами имеют несколько партнеров.

Через несколько недель после заявления о своем намерении Пол пришел ко мне, сказал, что действительно был с проституткой, а затем сообщил, что прекращает психотерапию со мной. Я должен был предупредить его, сказал он, что надо

использовать презерватив, учитывая нынешние знания о рисках, связанных с таким поступком. Ошеломленный и, конечно, не уверенный в том, что он не прав, я попытался выяснить, что, по его мнению, может означать мой провал. Но, как и прежде, он был недоступен для дальнейших расспросов. Не было никакой связи с темами или моделями его жизни. Я поступил с ним неправильно, и он намерен уйти.

После этого я начал углубляться в свою неудачу, в его переживания, в свои переживания и в то, что это может представлять собой в более широком смысле, чем то, как он к этому отнесся. Я понял, что поступил как члены его семьи, не сумев удержать от опасного поступка. Как его мать, которая оставила ворота на улицу открытыми, я не смог удержать его в своем сознании, сделать его благополучие приоритетным и создать сдерживающий фактор, который бы предотвратил причинение ему вреда. Это тоже элементы поддерживания, которое происходит в поддерживающей среде, когда действуют сдерживающие функции среды. Это событие с Полом создало для него возможность пережить опыт пренебрежения, когда я удерживал его таким образом, и использовать этот опыт, чтобы открыть путь к своим чувствам ко мне, своей семье и самому себе. Но он закончил это действие так, как события разворачивались в его семье, и моя неудача и его гнев не привели к новому разрешению.

Пол считал меня виноватым в том, что я не проявил бдительности в отношении опасности для него. Но он не взял ответственность на себя. Привлечение к ответственности – себя или другого – это состояние тела. Это поза осанки, которая сопровождает решимость, необходимую, чтобы держать себя в руках и противостоять себе или другому с последствиями поступка. Это станет важным элементом поддерживающей среды в понимании важности восприимчивости в терапевтических отношениях.

Пб. Напряжение поддерживания

Джойс Слохауэр трогательно пишет о напряжении поддерживания в психотерапевтических отношениях. В узком ли смысле она имеет это в виду или в более широком, как я это описываю, напряжение неоспоримо. Оно верно даже тогда, когда терапевт свободен быть более самим собой, потому что пациент способен реагировать здоровым и конструктивным образом на уникальную индивидуальность терапевта. Напряжение, связанное с поддерживанием центрального положения пациента, с постоянным осознанием, даже бдительностью терапевта в отношении намерений и чувств, требует огромных усилий. Это действительно так, потому что многое зависит от способности и готовности терапевта это делать. Пациент отдает в наши руки свою психическую, эмоциональную, а иногда и физическую жизнь. В других отношениях между партнерами развивается взаимность и зрелость, и нагрузка по заботе, вниманию, принятию решений становится общей. В терапевтических отношениях этого не требуется. Психотерапевтические отношения и созданы для того, чтобы исправить нарушение способности к созреванию в пациенте, и возможности исцеления неизвестны, дотех пор пока не начнется работа по исцелению.

Напряжение неизбежно приводит к неудачам. Эти неудачи включают в себя сбой в сонастройке, недостаток понимания или опыта и даже проявление чувств и установок контрпереноса, которые травмируют пациента или даже ему вредят. Именно к этому аспекту того, что делает психотерапевтические отношения процессом исцеления, мы сейчас и перейдем.

III. Восприимчивость

Введение

В продолжающихся клинических исследованиях, направленных на понимание целительной силы психотерапевтических отношений, зарождающаяся перспектива реляционного психоанализа сделала впечатляющее утверждение. Опираясь на фундамент, который обусловлен феминистскими идеями об отношениях и психотерапии, теоретики реляционного анализа считают все отношения интерсубъектными. Это означает, что партнеры конструируют каждые отношения уникальным образом. Все участники отношений имеют равную ценность и значимость, зависимость – это свойство отношений, идущее от каждого участника и направленное на каждого участника. В этой матрице отношений люди узнают друг друга через прямое сознательное общение. И познают друг друга через взаимопроникновение бессознательных «я», делясь друг с другом и принимая друг друга через различные психические и эмоциональные инструменты: эмпатию, проекцию, идентификацию, симпатию. К этому биоэнергетические терапевты добавляют передачу энергетических состояний бытия и чувств, которые принимаются по разным соматопсихическим каналам – состояниям тела, совокупностям ощущений и эмоций, которые изучаются с учетом их сложности.

Восприимчивость к другому на этом уровне открытости и уязвимости позволяет получить знание о человеке, которое может быть открыто. Знание на таком базовом уровне удовлетворяет потребность развития, что само по себе целительно. Это также позволяет психотерапевту продолжать создавать поддерживающие моменты, которые отвечают на репаративные, реститутивные, создающие границы потребности пациента.

IIIa. Соматопсихические проблемы восприимчивости

Такой подход к пониманию процесса психотерапии вызывает значительные вопросы. Джойс Слохауэр указала на эти проблемы в интервью в недавнем номере журнала «Новый терапевт» (май/июнь 2016 года). Она говорит о восприимчивости некоторых пациентов и о том, что они могут улавливать аспекты ее реакций, несмотря на ее попытки удержать их вне межличностного поля (этот процесс она называет брекетингом). Далее она говорит, что, чтобы процесс брекетинга был успешен, в нем должны участвовать и терапевт, и пациент. Терапевт пытается оградить пациента от тех аспектов, которые могут нарушить чувство резонанса, на которое он полагается. А пациент сотрудничает с ним, устраняя осознание тех качеств, которые проявляет терапевт.

Это напоминает ранее понятые методы защиты примата благополучия пациента в терапевтическом пространстве через ограничение влияния потребностей, установок и деструктивных импульсов психотерапевта. Принципы нейтральности, неосуждающего отношения, воздержания от удовлетворения потребностей терапевта – все это элементы создания и сохранения доброкачественного пространства и доброкачественного терапевтического присутствия. Но с биоэнергетической точки зрения, когда мы вводим идею взаимопроникновения бессознательных энергетических процессов, и без того очень сложная задача сохранения доброкачественности пространства становится намного сложнее. Если в основе личности терапевта лежит доброжелательность, если не доброжелательность, возможно, все становится проще. Но что, если это не так?

IIIb. Психопатия и функция восприимчивости

Это резкий термин, и некоторым читателям он может показаться противоположным установке восприимчивости. Он не является антитезой к функции, называемой восприимчивостью, которая заключается в способности видеть и чувствовать другого. Психопатия – нарциссическая деформация. Это компенсация серьезного ущерба, нанесенного системе самооценки человека. В зависимости от уровня и степени повреждения этой системы травмированный человек не может поддерживать позитивную самооценку, а в худшем случае не может развить даже предпосылки уважения к себе и другому: восхищение, признательность, идеализацию. Если у терапевта нет прочной и гибкой системы позитивной самооценки, которая может отслеживать свое негативное отражение, стремление восстановить одобрение может деформировать способность терапевта поддерживать среду, которую я описал выше. Это может деформировать, если не витализировать, поддерживающую среду, в которой операции по поддержанию могут проводиться наилучшим образом в интересах пациента. В современном понимании отношений применительно к процессу психотерапии неудачи терапевта неизбежны и необходимы. Эти неудачи в сонастройке и резонансе или даже утрата пациентом своего центрального положения в диаде рассматриваются как возможность для него найти давно похороненную историю подобных разрушительных неудач в прошлом и прочувствовать их. Неудачи дают возможность иного разрешения межличностной проблемы с партнером по отношениям (психотерапевтом), который ставит во главу угла благополучие пациента и сохранение и поддержку позитивного отношения ко всем сторонам в равной степени даже с риском столкнуться с непривлекательными и неблагоприятными аспектами пациента или себя самого.

Но эти условия трудно поддерживать. Майкл Эйген в онлайн-книге о психопатии (2006) описывает распространенность психопатических компенсаций в поведении. А в статье «Аморальная совесть» (1991) рассказывает, как всезнание, стремление представить себя знающим все и всегда, становится бичом здоровых отношений. Бернхард Брандшафт (2010) обращает внимание на эту проблему именно для терапевтов. Он предупреждает терапевтов, что они могут настолько увлечься избранными теориями и идеологиями, что способность воспринимать пациента как уникальную личность окажется под угрозой.

IIIc. Нарушенная восприимчивость: трансгрессии

Насколько серьезен вопрос о неспособности терапевтов поддерживать самый главный элемент поддерживающей среды: удержание центральной позиции благополучия пациентов и сохранение, признание и восприятие уникальной субъектности, воплощенной в каждом пациенте? Статьи Мюриэль Димен (2014) и Чарльза Левина (2014) указывают на ответы. В своей статье Димен говорит о *lapsus linguae* – промахе с языком. Димен рассказывает об эпизоде, когда ее любимый терапевт, которому она очень благодарна, засунул язык ей в рот в единственный момент, когда физически обнял ее во время долгой и очень полезной для нее психотерапии. Терапевт никогда не вспоминал об этом «промахе», и она тоже. Даже написав об этом после его смерти, она предпочла не называть его имени. Каким-то образом она обошла этот проступок стороной, хотя и пишет, что его провал значительно усугубило то, что он не вспомнил о соблюдении границ, что было включением потребности терапевта, а затем и удовлетворением этой потребности за ее счет. В своей презентации, основанной на этой работе, она призвала терапевтов найти площадку для обсуждения друг с другом подобных промахов в сохранении поддерживающей среды (как я называю ее в этой

работе). Размышляя над ее призывом, я понял, как сложно это сделать.

Левин расширяет обсуждение нарушений границ, необходимых для сохранения надлежащей поддерживающей среды, до институционального обучения в психотерапии. Его статья опубликована в номере, посвященном темам брошенности и предательства в аналитических отношениях. На мой взгляд, это самая наглядная и неапологетичная из статей, где подробно описываются нарушения отношений зависимости. Многие статьи посвящены другим темам, например, безвременной смерти аналитика. Но даже среди тех, которые касаются неподобающего поведения терапевта, ведущего к нарушению терапевтического договора и разрыву отношений, его голос отличается особой ясностью в определении как индивидуальной рационализации терапевта и ухода от вины, так и институционального сговора в сокрытии проступков и их значения. Вспоминается случай, который произошел со мной как с терапевтом, когда я встретил одного человека, тоже терапевта, сына очень известного психотерапевта, который изобразил родителя в ужасающих тонах как жестокого, эгоцентричного человека. Мне это показалось правдоподобным. Когда я обсудил это со своим терапевтом, его реакция была настолько вялой, что это было похоже на апологию родителя-терапевта, этого хватило, чтобы меня разочаровать. Мне нужно было осуждение родителя во весь голос. Почему мне это было нужно, может служить личным примером вопроса, который дьявольски меня мучает (и это не каламбур, поскольку дьявол – уместный элемент этой дискуссии), о влиянии терапевта в энергетической, межличностной, психической и эмоциональной смеси, составляющей терапевтические отношения.

Где мы, куда мы идем: проблема сохранения поддерживающей среды.

Передача жестокого обращения из поколения в поколение

Моя действительность экстремальна. На протяжении всей истории человечества экстремальные условия использовались для углубления понимания более нормальных явлений. Ужасные травмы мозга, полученные в войнах прошлого и настоящего, привели к более глубокому пониманию функционирования центральной нервной системы. Ужасные ожоги и травмы, вызванные глубоководными погружениями, привели к разработке технологий и методов обращения с такими травмами и их лечения. Аналогичным образом знакомство клиницистов с длительным вредом для души, психики и эмоциональной жизни, вызванным хронической реляционной травмой, дает информацию обо всем, что мы делаем с пациентами, включая тех, чьи страдания не столь всеобъемлющи, чей ущерб менее серьезен и чья способность к восстановлению выше, чем та, о которой я знаю по себе.

Большую часть жизненного опыта и его последствий, на которые я собираюсь здесь сослаться, я более подробно описал в других работах (Baum, 1997, 2007, 2014). Здесь же я скажу, что был разрушен психически и эмоционально моей матерью и ее окружением – людьми, которые были злобными безумцами, покушавшимися на мое тело и разум. Этими людьми двигали импульсы, влечения и чувства, которые не были нейтрализованы и перенесены во взрослые тела. Отец, который в конечном счете спас меня от всего этого (спустя долгое время после того, как ущерб был нанесен), бессознательно требовал, чтобы я соответствовал его эгоистичному описанию произошедшего, веря, что он спас меня, что я выздоровел и что он сделал из меня эмоционально здорового ребенка.

Столкнуться с тем, с чем нужно столкнуться

Исказить истину собственного опыта под угрозой утраты его одобрения и того, что в противном случае он забудет, кто я такой, и бросит меня или вернет к матери, означало оставить всякую связь с внутренней истиной и реальностью. Это требование, плюс разрушения, уже нанесенные моему внутреннему существу, плюс слияние с отцом, включавшее его тяжелые нарциссические деформации, плюс нападки на меня обоих родителей, искавших выход своей злобной ненависти к лицемерам и самодовольным ханжам, которые причиняли им вред, уничтожили во мне всякую способность развивать нарциссические функции и структуры, необходимые для самооценки. Как показал Отто Кернберг (1975) в фундаментальных исследованиях пограничных и шизофренических структур личности, проблема для тех из нас, кто живет в этой вселенной, не в низкой самооценке, а в отсутствии самооценки.

Самооценка – это буквально восхищение собой и хорошее отношение к себе. Здоровая самооценка строится на способности встречать, интегрировать и перерабатывать свои негативные аспекты, действовать ответственно и адекватно в ответ на эти открытия и возвращаться к позитивным отношениям с самим собой. Если базовые структуры, лежащие в основе такого функционирования, разрушены, жажда позитивного отношения доминирует во внутренней жизни, а отчаянный поиск всего, что может утолить эту жажду, становится путеводной звездой поведения. Не может быть морального центра без самокорректирующегося механизма здоровой самооценки. Кроме того, тяга избавиться от ненависти к себе, которая сопровождает разрушение системы самооценки, искажает все другие соображения при принятии решений о поведении и отношениях. В истории человечества, в литературе и драматургии есть множество описаний людей, устроенных таким образом. По случайному совпадению одно очень острое описание попало мне на глаза в статье Джейн Майер в журнале «Нью-Йоркер» (май 2016 года), посвященной Тони Шварцу – человеку, выступавшему в качестве литературного негра для Дональда Трампа при создании книги «Искусство сделки». Шварц вел подробные записи своих контактов с заказчиком. Отвечая на вопрос о своем понимании этого человека, он сообщает ряд важных вещей, которые имеют отношение к нашему пониманию функционирования человека, для которого стремление к позитивному отношению – главный организующий принцип личности.

Шварц говорит о Трампе следующее: «Ложь – его вторая натура. Как никто другой из всех, кого я встречал, Трамп обладает способностью убеждать себя в том, что все, что он говорит в данный момент, это правда, или вроде как правда, или, по крайней мере, *должно* [курсив в оригинале] быть правдой» (с. 23). Этот механизм – часть искажающего эффекта всезнания. Шварц также говорит, что Трампом движет исключительно потребность в общественном внимании вплоть до того, что он стремится к «...признанию со стороны, большему, еще большему, целому ряду вещей, которые ни к чему конкретному не приводят» (с. 23). В конечном счете Шварц считает, что Трампом движет «...ненасытная жажда "денег, похвалы и известности"» (с. 24). Тони Шварц заключает о Дональде Трампе следующее: «Он – живая черная дыра» (с. 24). Ущерб, который приносит этот соматопсихический эффект, включает в себя аннигиляцию самости и идентичности, и, как я теперь отчетливо вижу, еще нарциссических функций.

Я прекрасно узнаю себя в Дональде Трампе, изображенном Тони Шварцем. Семья, друзья и знакомые сочли бы невероятным, если бы я не поделился с ними знанием о своей внутренней сущности. Я знаю, что это правда. Конкретным примером может служить замечание, сделанное много лет назад моей покойной женой, которая любила меня, восхищалась мной и никогда не желала мне зла. Она сказала, что я могу начать предложение в одном направлении, а закончить его в совершенно противоположном. Она указывала мне на то, что реальность, факты, мнения, взгляды,

отношение, все это — неподъемно для защиты центра и возможности получить нарциссические запасы — восхищение, уважение, обожание, идеализацию, идолизацию.

Задача для терапевтов

Мы говорим, что власть развращает. Отчасти это объясняется тем, что власть связана с чувством собственного достоинства. Власть — это сила, энергия, способность что-то делать или чего-то добиваться. Она связана с инструментальностью (как это очень хорошо описал Рон Роббинс (1978) в работе о характере конечности). Это связано с ответственностью за себя. Дэвид Шапиро (1965) описывает связь отказа от ответственности с формированием психопатических защит характера. Очень трудно взять на себя ответственность за свои действия, если это приведет к разрушению оболочки эго, построенной на извлеченных нарциссических запасах, которые не могут быть переработаны в соматопсихические структуры, позволяющие тканям раздуваться от гордости и светиться от вдохновения. В книге «Нарциссизм и власть» Ханс-Юрген Вирт (2009) показывает, как деформация нарциссического функционирования проявляется в общественной жизни.

Развращающий эффект возникает в результате использования власти для удовлетворения собственных интересов за счет других. Жадность, конечно, важный элемент в этом, как и зависть. Как и отчаянное стремление добиться позитивного отношения. Этот тип позитивного отношения доходит до потребности в главенстве ветхозаветного Бога, который находится в центре каждого момента и является основным референтом жизни человека.

Конечно, большинство психотерапевтов не страдают от этого так, как я. Многие из них, скорее всего, более благополучны. У них, скорее всего, есть переработанные и структурированные представления о себе и других, включающие неизбежную ошибочность и моральную путаницу, присущую всем людям. Они вполне могут, как клиницисты, научиться получать, принимать и работать с критическими реакциями пациентов, включая тех, кто правильно воспринимает нарциссические искажения, ограничения и промахи терапевта. Мне пришлось создать «я», которое могло бы функционировать так, как если бы я жил во вселенной, населенной этими людьми. Но, как указывают Димен и Левин, проблема нарушения терапевтом границ в угоду собственным интересам встречается довольно часто. Некоторые теоретики, в частности Гарольд Сирлз (Searles, 1965), сделали главным принципом работы осознание деструктивных импульсов, установок и чувств, которые терапевт испытывает к пациенту.

Как я писал в статье об амбивалентной идентичности (2014), я собрал воедино все осколки своей души, уцелевшие после атак на меня, проецируемого идеализма моих родителей и их эго-идеальных «я», и души, одолженные мне другими людьми — больше всего моей покойной женой, моими детьми, терапевтами, друзьями, пациентами, и сформировал сознательно предназначенное, целенаправленное «я». В той мере, в какой я на это способен, это «я» воплощает принципы и ценности добра. Связь удовольствия и добра сформулирована сейчас в теории биоэнергетического анализа (Baum, et al., 2010). Но основное «я», каким я себя знаю, построенное вокруг ядра злобы, мести и безумия, не может участвовать в удовольствии от добра. Презрение и пренебрежение и их разъедающее воздействие лежат в основе моего тела и идентичности и угрожают всем привязанностям.

Я остро осознаю, как корысть просачивается в отношения. Я остро осознаю это благодаря своему знанию себя и благодаря тому, что и мой отец, и моя мать выполняли свою жизненную миссию — искоренять это в каждом, разоблачая лицемерие и самообман. Мой отец делал это, когда спал со своими пациентками, придерживаясь

теории, предложенной Мартином Шепардом в книге «Лечение любовью» (1971), а затем ощущал свою щепетильность, потому что «не спал с толстыми». Он сказал мне это после того, как я уже стал квалифицированным клиническим психологом! В этом случае моя потребность быть заключенным в его существо, единственное безопасное место, какое я когда бы то ни был знал (предельно опасное для моей души, каким оно оказалось на самом деле), сочеталась с его потребностью в полном слиянии и идентификации с ним. Результат для меня лучше всего описать в энергетических терминах как обморок, потерю самообладания и капитуляцию перед властью и влиянием другого. Результатом было вынужденное одобрение его бессовестного поведения, и это еще больше усилило мою неспособность воспринимать реальность.

Восприятие реальности в ее самых сложных, нюансированных и тонких проявлениях – то, что требуется от терапевта, чтобы добросовестно исследовать трансгрессивное поведение, собственное или других людей. И здесь биоэнергетическая перспектива помогает понять динамику процесса исследования и стоящие перед ним задачи. Снова использую себя как пример. Я знаю, что многие пациенты отца получили пользу от его услуг, но не те, над кем он совершал сексуальное насилие. Когда я думаю о его сексуальном насилии над пациентами, мое сознание раздваивается. Я могу категорично утверждать, что знаю: то, что он сделал, неправильно. Но это знание неоднозначно. В одном из осколков моего существа, моего тела и моей психики, с которыми я хорошо знаком, я знаю когнитивно и этически: то, что он сделал, не подлежит рационализации. Но мой желудок и мои внутренности не следуют этому убеждению. Я чувствую, как убежденность вымывается из моих внутренностей, хотя на других уровнях я знаю, что я прав, а он нет. Я очень долго работал над этим в себе. Я понимаю энергетический процесс, лежащий в основе этого явления, как часть необходимой трансформации, которая требовалась от меня, чтобы обеспечить мою полную обожания привязанность к отцу. Я также знаю, что это проявление того, что со мной сделали, что было четко сформулировано, когда Майк Эйген сказал: «Твое психическое сердце и внутренности вырвали».

С точки зрения биоэнергетики что-то произошло с моими внутренностями. У нас нет средств для изучения клеточных процессов на том уровне, который необходим, чтобы это понять. Но этическая и моральная функция реакций кишечника была упразднена. Это особая мука – знать так определенно: то, что делал мой отец, неправильно – по отношению к пациентам и ко мне, – и быть лишенным интуиции и внутренней стойкости, чтобы встать и осудить его и его поведение, не сотрясаясь от растворяющихся внутренностей.

Этот опыт дает мне представление о трудностях, с которыми мы сталкиваемся, стремясь выявить трансгрессивное поведение, когда это угрожает нашим отношениям с собой и нашей позитивной установке. Или когда это угрожает нашим отношениям с важными для нас людьми, которыми мы хотим и должны восхищаться, идентифицировать себя с ними, и с которыми нам нужны положительные отношения.

Некоторые терапевты, которым я рассказывал о поступках отца, во всяком случае, поначалу, не могли продемонстрировать достаточно возмущенной реакции, чтобы помочь мне сохранить себя перед лицом всего исторического давления, требующего отказаться от него. Это не может быть только реакция, обусловленная правилами. Мы, терапевты, должны открыться влиянию проступков и нарушений на наших пациентов. Это деликатная материя. Ежедневные газеты рассказывают, насколько распространена рационализация хищничества и эксплуатации в мире, где мы живем. На микросоциальном уровне такое поведение начинается в семьях и окружающих их сообществах.

Что делать

Если восприимчивость означает готовность принять токсичные деструктивные элементы пациентов, концепция кажется достаточно простой. Если предположить, что существует исцеление, которое происходит в интерсубъектной реляционной среде, и эта среда включает в себя смешение бессознательного материала и эмоциональных энергий и терапевта, и пациента, мой собственный опыт подсказывает, что мы ступаем на зыбкую и, возможно, опасную почву. Нам, терапевтам, следует разработать методы исследования собственной психопатии. Даже если мы наделены фундаментально доброкачественной сущностью, наша неотъемлемая человечность гарантирует вторжение деструктивных, эгоистичных чувств, а иногда и действий, в окружающую среду.

Решение не в невротической и в конечном счете самоуверенной скрупулезности, а в саморефлексии. Разработав этот принцип и методы его применения, мы сможем стать лидерами не только в своей области, но и в окружающем нас мире. Заострение, уточнение, углубление в то, как негативность, жадность, зависть и нарциссическая компенсация создают способы, которыми терапевты деформируют окружающую среду, становится методом ее сохранения. Разговор об этом, между нами и в мире – это миссия по передаче знаний, полученных в результате трудной работы психотерапии, для использования в любых зависимых отношениях.

Резюме

Технические знания в области биоэнергетического анализа – это развитие комплекса навыков, необходимых, чтобы знать, как инициировать, корректировать и сохранять поддерживающую среду. Способность добавить измерение телесного контакта между пациентом и терапевтом создает новые измерения поддерживающей среды. Цель этой среды, как в современном биоэнергетическом анализе, так и в других экспрессивных терапиях, в том, чтобы позволить как можно более близкую к абсолютной свободу выражения без риска вреда. Цель современного биоэнергетического анализа – создание поддерживающей среды, которая имеет самое широкое измерение прочности, которое терапевт может контролировать. Это включает в себя задачу терапевта осуществить самую прямую, самую глубокую встречу с собой, которую терапевт способен выдержать.

Литература

- Baum, S. (1997). Living on shifting sands: grounding and borderline organization. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 27(1), 61-86.
- Baum, S. (2007). Living on purpose, reality, unreality and the life of the body. *Bioenergetic Analysis*, (17), 165–188.
- Baum, S. et. al. (2011). Modern bioenergetics: an integrative approach to psychotherapy. New York Society for Bioenergetic Analysis.
- Baum, S. (2014). Living the two-person identity. *Voices*, 50(2), 35-41. Bion, W. (1959). *Experiences in groups*. London: Tavistock Books.
- Brandchaft, B. (2010). *Toward an emancipatory psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Eigen, M. (1991). The immoral conscience. In: *The Psychotherapy Patient*. New York: Haworth Press.
- Eigen, M. (2006). The annihilated self. *Psychoanalytic Review*. 93(1). 25-38.
- Eigen, M. (2006). Age of psychopathy. www.psychoanalysis-and-

therapy.com/human_nature/eigen/pref.html

- Grotstein, J. (1990). Nothingness, meaninglessness, chaos & “the black hole” part II. *Contemporary Psychoanalysis*. 26(3).
- Keleman, S. (1985). *Emotional anatomy*. Berkley, CA: Center Press.
- Levin, C. (2014). Trauma as a way of life in a psychoanalytic institute. In: *Traumatic ruptures*. New York: Routledge.
- Mayer, J. (2016). Trump’s boswell speaks. *The New Yorker*. (July 25). New York: Condé Nast.
- 20-27 Mitchell, S. and Black, M. (1995). *Freud and beyond*. New York: Basic Books.
- Searles, H. (1965). *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. New York: International Universities Press.
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. New York: Basic Books.
- Shepard, M. (1971). *The love treatment: sexual intimacy between patients and psychotherapists*. New York: Wyden.
- Slochower, J. (2014). *Holding and psychoanalysis*. Hove: Routledge.
- Slochower, J. (2016). An interview with Joyce Slochower. *New Therapist*. May/June. Spock, B. (2012). *Baby and child care*. New York: Simon & Schuster.
- Tuccillo, E. (2012). Somatopsychic unconscious processes and their involvement in chronic relational trauma. *Bioenergetic Analysis*. 23. 17-62.
- Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena; a study in the not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis*. 34(2). 89-97.
- Winnicott, D. (1958). The holding environment. In: *The maturational processes and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.
- Wirth, H.-J. (2009). *Narcissism and power*. Giessen, Germany: Psychosozial-Verlag.

Об авторе

Скотт Баум, Ph.D, ABPP – клинический психолог и сертифицированный биоэнергетический аналитик, живет и работает в Нью-Йорке. Член Международного факультета и бывший президентом ИВА.

Благодарности: автор благодарен за время, энергию и усилия многим людям, которые читали и комментировали эту статью, в частности, Гарри Кокберну, Винсентии Шретер, Даните Холл, Рону Панвини и Паскалю Баесу. Была очень полезна не только их редакторская помощь, но и очень важна их поддержка в работе над статьей. Я также благодарю Израильское общество биоэнергетического анализа за спонсорскую поддержку публичной презентации, с которой начался процесс развития этих идей.

ТРАВМИРУЮЩИЕ ВОСПОМИНАНИЯ

Перспектива нейробиологии

Хомаюн Шахри

В этой статье дается подробное описание формирования памяти на основе данных нейробиологии. Рассматриваются различные типы воспоминаний, вводятся определения подавленных и диссоциированных воспоминаний. Рассматривается формирование диссоциированных воспоминаний, а также механизмы подавления памяти, основанные на последних данных фМРТ-исследований и исследований в области нейробиологии. Показано, что травмирующие воспоминания часто имеют диссоциированные и подавленные аспекты. На основе последних исследований в области нейробиологии делается вывод, что, независимо от природы травмирующих воспоминаний, очень важный фактор в терапии травмы – сонастроенный терапевт и терапевтические отношения. В заключение приведены два конкретных случая, чтобы усилить аргументы, изложенные в этой статье.

Ключевые слова: миндалины, гиппокамп, префронтальная кора, травматические воспоминания, нейробиология, терапевтические отношения, сонастройка

Введение

Травма оказывает огромное влияние на все аспекты нашего общества и цивилизации. Однако существование и реальность травмы рассматриваются недостаточно. Последствия травмы редко признаются и часто игнорируются. Травма может изменить саму суть человека и повлиять на все аспекты его жизни. Травма меняет способ взаимодействия человека с окружающими, его коммуникацию и гибкость реакции на внешнюю обстановку. Травма может изменить тело, делая его то жестким, то вялым (коллапсирующим), что приводит к утрате подвижности и ограничению жизнедеятельности. Она может изменить и функционирование внутренних органов. Травма может изменить метаболизм энергии и энергетический обмен с окружающей средой. Травмированные люди склонны к примитивным реакциям самозащиты, когда воспринимают определенные стимулы как угрозу. Когда сенсорные стимулы напоминают о прошлых травмирующих событиях, эмоциональный мозг активирует старые привычные защитные реакции, что приводит к утрате способности к саморегуляции. В основе понимания травмы и ее исцеления лежит природа травмирующих воспоминаний и их активация. В этой статье я подробно рассмотрю травмирующие воспоминания и сведу воедино результаты исследований в области нейробиологии и психологии.

Шоковая травма внезапна, масштабна и может быть хронической. Она затрагивает сущность человека и может изменить функционирование мозга, включая лобную кору, лимбическую систему, теменную долю, островковую долю, зрительную кору и т.д. (van der Kolk, 2014; LeDoux, 2002). Это отличается от травмы развития, которая обычно носит хронический характер, происходит на этапах развития и в основном обусловлена неоптимальной реакцией воспитателей на развивающегося ребенка. Травма развития может влиять на функционирование мозга, но, как правило, не так, как шоковая. Травму развития также называют комплексной травмой (van der Kolk, n.d.).

В последнее время терапия травмы, включая ПТСР, вызывает довольно большой интерес в исследовательском сообществе. Интерес к изучению травмы, ее причин и терапии отчасти подогревается признанием, что она существует, а также недавними технико-логическими достижениями в области нейробиологии и визуализации мозга (в

частности, МРТ), а также меняющимся политическим климатом. В следующем разделе я рассмотрю природу травмирующих воспоминаний с точки зрения классической психологии, а также последних достижений нейробиологии.

Нейробиология памяти – взгляд в микроскоп

В основе мозга лежат нейроны. В нашем мозге около 100 миллиардов нейронов, и каждый может иметь тысячи связей с другими нейронами. Нейроны общаются через аксоны (передатчики) и дендриты (приемники). Нейрон может иметь тысячи дендритов, таким образом, получая входные данные от тысяч других нейронов. Нейроны обычно имеют один аксон, но аксоны могут иметь множество ответвлений, как показано на рисунке 1.

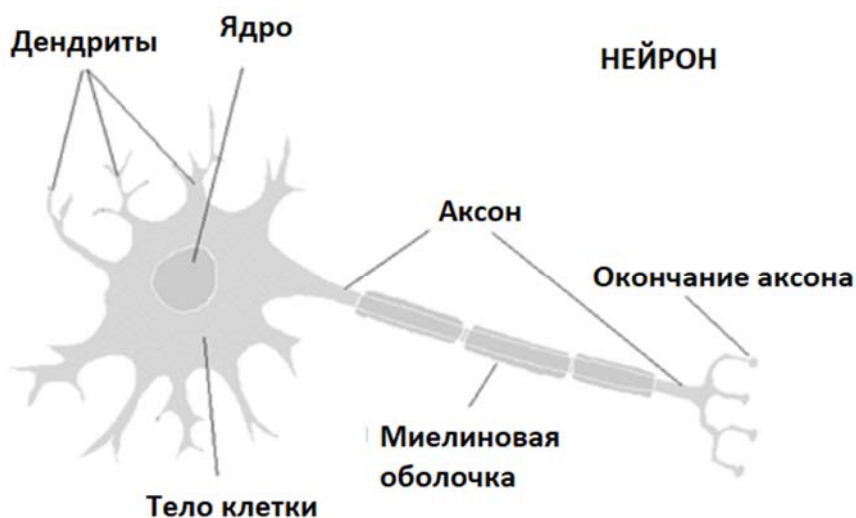


Рисунок 1. Структура нейрона

Соединение аксона с дендритом называется синапс. Нейроны передают информацию по аксону другим нейронам через синаптическое пространство. Когда электрический сигнал достигает конца аксона, он высвобождает нейротрансмиттеры, содержащиеся в везикулах (рис. 2). Нейротрансмиттеры проходят через синаптическое пространство и связываются с дендритами других нейронов, что приводит к электрохимическим изменениям в теле принимающих нейронов. Существует два общих типа нейротрансмиттеров – ингибирующие и возбуждающие. Возбуждающие нейротрансмиттеры стимулируют мозг (увеличивают накопление потенциала в принимающем нейроне), а ингибирующие его успокаивают (уменьшают вероятность накопления потенциала в принимающем нейроне).

Основные ингибирующие и возбуждающие нейротрансмиттеры в мозге – ГАМК (гамма-аминомасляная кислота) и глутамат, соответственно. Существуют и другие нейротрансмиттеры, играющие важную роль в обработке информации и памяти, о которых я расскажу ниже. Когда рецепторы на принимающих дендритах соединяются с нейромедиаторами, в клетке нейрона происходит электрохимическое изменение, что приводит к повышению внутреннего потенциала нейрона от напряжения покоя -70 мВ до, возможно, $+40$ мВ. В этот момент заряд быстро уменьшается до -90 мВ, что приводит к высвобождению нейротрансмиттеров в синаптическое пространство принимающего нейрона через его аксон. Это событие называется потенциалом действия, а нарастание и спад потенциала – пиком, как показано на рисунке 3.

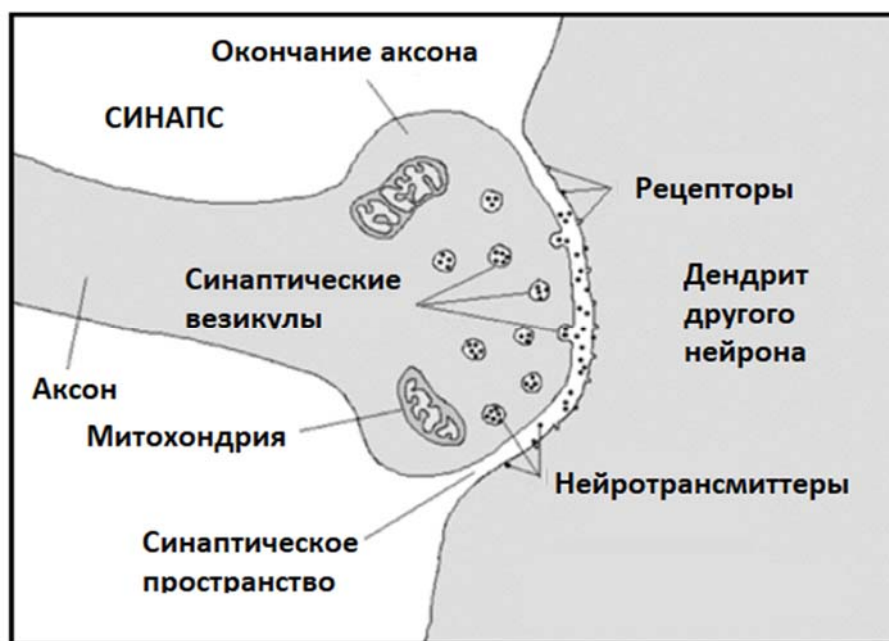
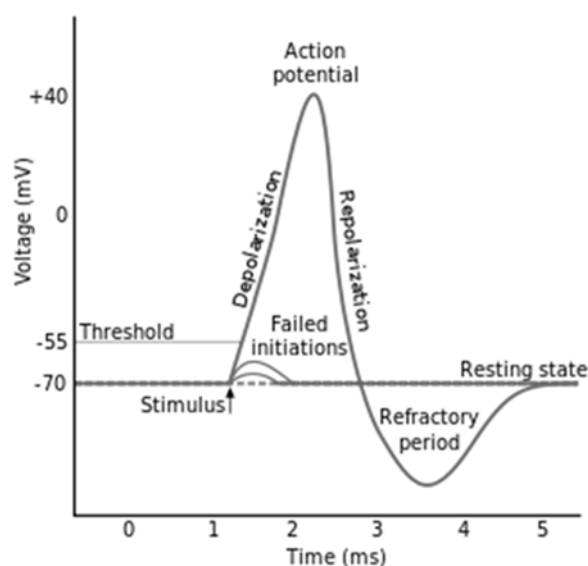


Рисунок 2. Структура синапса



(мембранный потенциал, время, порог, стимул, фаза нарастания (деполяризации), пороговые смещения потенциала, потенциал действия (пик), фаза реполяризации, следовые потенциалы, фаза покоя)

Рисунок 3. Формирование потенциала действия (пика)

У нейрона обычно есть последовательность пиков, называемая также последовательностью потенциалов. Информация переносится на пиках. Чтобы глубже понять этот процесс, обратимся к рисунку 4.

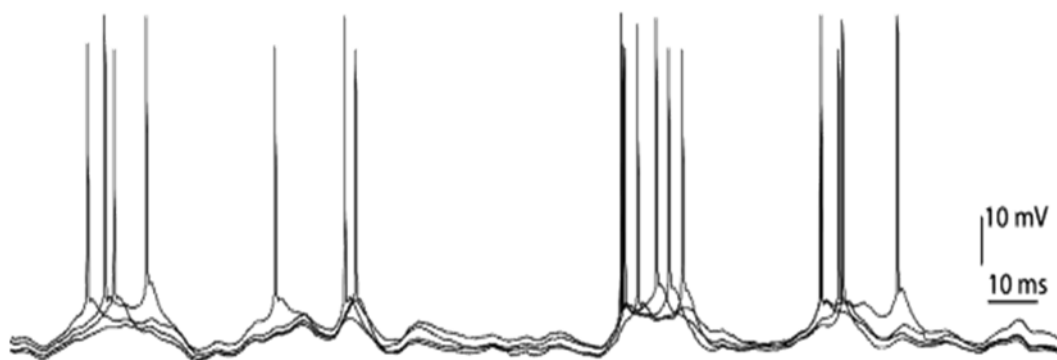


Рисунок 4. Последовательность пиков (потенциалов)

Однако нейроны функционируют не изолированно. Аксон одного нейрона образует синапсы с дендритами многих других нейронов. Конечно, многие нейроны могут генерировать потенциалы действия одновременно, поэтому возникает вопрос, что происходит, если в генерации потенциалов участвует много нейронов. Другими словами, какова математика синапсов? Леду (LeDoux, 2002) указывает, что принципы синаптической математики таковы: **изобилие** – синапсов создается больше, чем сохраняется; **использование** – синапсы, которые сохраняются, остаются активными; и **уменьшение** – неиспользуемые синаптические связи разрушаются. Это явно указывает на синаптическую пластичность. И означает, что мозг постоянно находится в процессе перепрограммирования, образуя какие-то новые синапсы, а какие-то разрушая.

Нейронные сети и память ассоциативны. Ассоциативная память – это способность узнавать и запоминать связи между несвязанными предметами. Рассмотрим ассоциативность в формировании памяти в нейронных сетях. В 1949 году Дональд Хебб предположил, что, если аксон нейрона А находится достаточно близко к дендриту нейрона В, чтобы возбудить его и привести к потенциалу действия, и если этот процесс происходит многократно и последовательно, связь между нейронами А и В будет укрепляться, что приведет к повышению вероятности, что нейрон В запустит потенциал действия в ответ на нейрон А. Другими словами, нейроны, которые активируются вместе, соединяются друг с другом, и это известно как принцип Хебба, описывающий суть обучения и памяти (LeDoux, 2002). О механизме, на котором построена теория Хебба, выяснено следующее: он включает натриевые, калиевые и кальциевые каналы и NMDA-рецепторы (специальные глутаматные рецепторы, пропускающие кальций), что приводит к долговременному потенцированию (LTP – длительное увеличение передачи, ведущее к более долгой последовательности пиков), когда пресинаптический нейрон (через свой аксон) и постсинаптический нейрон (через свои дендриты) активны одновременно. Леду (2002) пишет:

«Пресинаптически высвобожденный глутамат находит путь к AMPA (глутаматный рецептор, участвующий в обычной синаптической передаче) и NMDA рецепторам. Связывание глутамата с AMPA-рецепторами – один из главных способов возбудить потенциал действия в постсинаптических клетках, и именно этим способом клетки обычно возбуждаются. Когда же пресинаптически высвобожденный глутамат достигает NMDA-рецептора на постсинаптической клетке, он не оказывает никакого воздействия, поскольку часть рецептора заблокирована (магнием – Mg). Но как только глутамат активирует постсинаптическую клетку (вызывает в ней потенциал действия), связываясь с AMPA-рецепторами, блок NMDA-рецепторов снимается, и глутамат может открыть канал рецептора и дать кальцию войти в

клетку. В результате возникает LTP» (с. 144).

Это основной постулат нейронной пластичности Хебба. Леду (2002) описывает NMDA-рецепторы как «детекторы совпадений», которые определяют совместную активность пресинаптических и постсинаптических нейронов, и, что более важно, согласно Леду (2002), определяют, какие пресинаптические нейроны были активны, когда постсинаптический нейрон запускал потенциал действия. В этом суть ассоциативности нейронных сетей.

Приложение теории Хебба к формированию памяти на основе ассоциативности

Леду (2002) пишет:

«Чтобы два стимула связались в сознании, стали ассоциированными, нейронные репрезентации двух событий должны встретиться в мозге. Это означает, что должен существовать какой-то нейрон (или набор нейронов), который получает информацию об обоих стимулах. Тогда и только тогда стимулы могут оказаться связаны, и между ними возникнет ассоциация» (с. 135).

Многие неврологи и психологи считают, что воспоминания представлены ассоциативными нейронными сетями – структурами, где разные аспекты памяти представлены отдельно, а также связаны вместе (LeDoux, 1996). Чтобы воспоминание сформировало ассоциативную сеть, оно должно достичь определенной степени активации, которая зависит от составляющих компонентов памяти, а также от веса каждого компонента. Вес компонентов зависит от сигналов, которые присутствовали во время процесса обучения и также во время воспоминания. Эти сигналы во многих случаях являются эмоциями, связанными с компонентами памяти. Таким образом, когда данный компонент памяти активируется благодаря присутствию подсказки, облегчается и активация всей ассоциативной сети. **Сигналом в данном случае могут быть сигналы от мозга и тела (эмоции), которые указывают на то, что мы можем находиться в том же эмоциональном состоянии, что и во время формирования воспоминания (LeDoux 1996).** Также очень важно подчеркнуть, что воспоминания – это реконструкция событий в момент воспоминания, и потому наше эмоциональное состояние может влиять на то, как воспоминание воспроизводится.

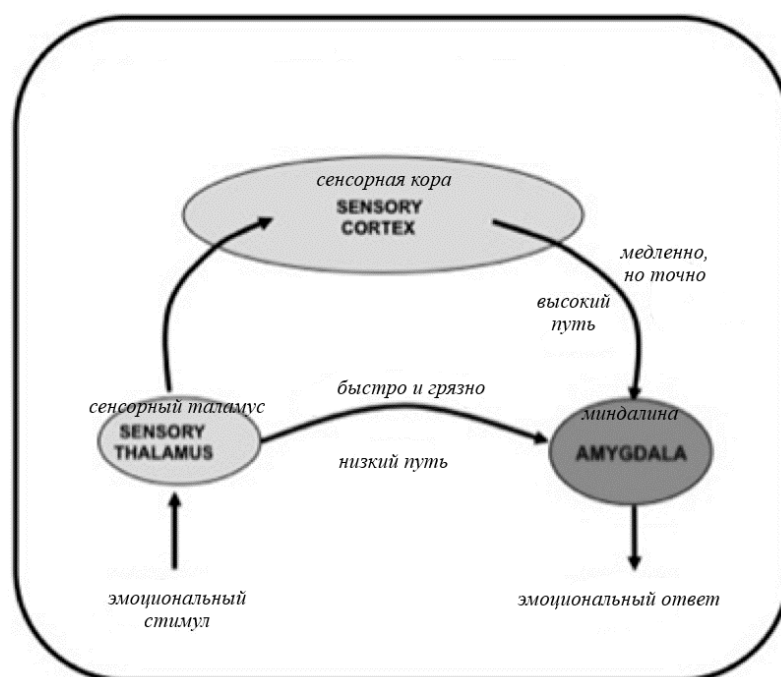


Рисунок 5. Низкие и высокие пути к миндалине

Верно и обратное: воспоминания всплывают и сохраняются лучше всего, когда человек находится в той же ситуации и эмоциональном состоянии (LeDoux, 1996). В частности, не все аспекты опыта запоминаются одинаково, и эмоции могут влиять на воспоминания об определенных аспектах больше, чем на другие. В целом, воспоминания о более эмоционально значимых аспектах переживания запоминаются лучше, чем более эмоционально доброкачественные аспекты памяти (LeDoux, 1996).

Ознакомившись с кодированием и запоминанием, рассмотрим, что происходит в мозге при воздействии на него стимула. Все сенсорные нервы (за исключением обонятельных) заканчиваются в таламусе и затем сигналы передаются в разные части мозга. Таламус (состоящий из двух половин) можно считать коммутатором или информационным центром мозга. После того, как сенсорный сигнал (от глаз, ушей, прикосновений и т.д.) получен и обработан таламусом, он направляется в разные части коры головного мозга и в структуру мозга, называемую миндалиной. Миндалина – это продолговатая структура (их две, по одной с каждой стороны мозга глубоко в лимбической системе), которая отвечает за оценку стимулов и эмоциональной значимости стимулов. Ван дер Колк (2014) называет миндалину «детектором дыма» мозга. Если миндалина оценивает стимул как наличие опасности, это вызывает выброс различных (стрессовых) гормонов, в том числе, адреналина и кортизола, что приводит к активации симпатической нервной системы, подготовке к бей/беги или в определенных ситуациях к реакции «замри».

Как только миндалина сочтет, что опасность миновала, организм должен вернуться в обычное состояние. Сенсорная информация поступает в миндалину двумя путями, которые Леду (2002) называет высоким и низким. Я уже говорил о низком пути, который образован прямой связью от таламуса к миндалине, а высокий путь проходит через гиппокамп и переднюю часть поясной извилины к префронтальной коре, где сенсорная информация обрабатывается и затем отправляется в миндалину (см. рисунок 5). Например, если мы увидим пластиковую змею, немедленной ответной реакцией будет страх, что приведет к оборонительным движениям, но затем в течение примерно 500 миллисекунд (мсек) мы можем понять, что змея пластиковая и безобидная. Этот пример демонстрирует низкий и высокий пути. Сигналы, идущие по низкому пути, достигают миндалины менее чем за 30~50 мсек, а те же сигналы, идущие через

префронтальную кору, достигают миндалины за 400~500 мсек (Siegel, 2015).

Нейробиология воспоминаний – взгляд с макроскопической точки зрения

В самом общем смысле память можно определить как то, что мы сознательно вспоминаем из прошлых событий. Но память – нечто большее, чем то, что мы сознательно вспоминаем из прошлого (Siegel, 1999). Сигел (1999) утверждает: «Память – это то, как прошлые события влияют на будущее функционирование» (с. 24). В частности, если определенный нейронный паттерн был активирован в прошлом (в ответ на внешние или внутренние стимулы), вероятность активации аналогичного паттерна в будущем повышается. Именно так мы запоминаем и извлекаем уроки из прошлого. «Повышение вероятности активации аналогичного паттерна – вот как запоминает [нейронная] сеть» (Siegel, 1999, с. 24). Далее он пишет: «Сохранение памяти – это изменение вероятности активации определенного паттерна нейронной сети в будущем» (Siegel, 1999, с. 25). Таким образом, воспоминания связаны с тем, как эти нейронные сети соединяются друг с другом, чтобы сформировать более широкий паттерн активации.

Воспоминания можно разделить на две большие категории: имплицитные и эксплицитные. Имплицитная (процедурная) память существует на ранних стадиях развития и уже при рождении. Имплицитная память не производит воспоминаний ни о себе, ни о времени. Эмоциональные, соматосенсорные и перцептивные воспоминания могут быть закодированы как имплицитные. Как правило, для кодирования имплицитных воспоминаний не требуется внимание. Восстановление имплицитных воспоминаний не зависит от гиппокампа и медиальных височных долей и, следовательно, не контролируется сознанием (Siegel, 1999). Кодирование эксплицитных воспоминаний начинается на втором году жизни и включает семантические (фактические) и эпизодические (автобиографические) воспоминания. Для кодирования эксплицитных воспоминаний требуется осознанность. Эксплицитные воспоминания связаны с субъективным чувством воспоминания и не являются вневременными, то есть при кодировании эксплицитных воспоминаний понятие времени существует. В обработке и кодировании эксплицитных воспоминаний участвуют гиппокамп, височные доли и кора головного мозга (Siegel, 1999).

Мозг, как правило, не кодирует и не сохраняет каждый опыт в виде явного воспоминания, иначе мы были бы перегружены таким количеством информации, что не смогли бы функционировать. Сигел (1999) утверждает: «Многие исследования эмоций и памяти указывают на перевернутую U-образную кривую» (с. 47). Похоже, чем более эмоционально насыщено переживание, тем выше вероятность его кодирования и воспоминания. Событие просто обозначается как важное (миндалины). Аналогичным образом менее эмоционально насыщенные события имеют меньшую вероятность быть закодированными и сохраненными (Siegel, 1999). Важно также отметить, что события, исполненные страха, ужаса и просто подавляющие, не могут быть закодированы гиппокампом. Некоторые факторы, такие как разрядка миндалины и различные нейроэндокринные вещества, в том числе норадреналин и кортикостероиды, могут подавлять работу гиппокампа, блокируя тем самым кодирование события и его последующее воспоминание. Однако эти события могут храниться в имплицитной памяти в виде фрагментов, тогда как эксплицитная память нарушена (Siegel, 1999). Интересно, что когда имплицитная память вновь активизируется, она не связана с ощущением времени, места и самоощущением во времени, а также с ощущением того, что что-то вспоминается. Имплицитная память хранит эмоциональную динамику событий, а не их содержание. Мозг может обладать имплицитной памятью (в основном

хранящейся в лимбической системе) с самого раннего периода жизни младенца (даже до рождения). Но только после второго года жизни гиппокамп становится достаточно развитым, чтобы кодировать эксплицитную память.

Оказалось, стресс тоже влияет на кодирование и хранение эксплицитной памяти. Небольшой стресс обычно не оказывает существенного влияния на кодирование событий в памяти. Умеренный стресс помогает кодировать события в памяти, чтобы потом их вспомнить. Но большой стресс ухудшает кодирование и запоминание (Siegel, 1999).

Исследования показали, что секреция различных нейроэндокринов участвует в опосредовании процесса кодирования и восстановления памяти в ответ на стресс. Этот процесс скоротечен и может длиться от нескольких секунд до нескольких минут. Последние исследования показывают, что ось НРА (гипоталамус – гипофиз – надпочечники) вовлечена в подавление функционирования гиппокампа. Но если стресс становится хроническим, он влияет на размер и функционирование гиппокампа, который опосредует кодирование эксплицитной памяти. Хронически повышенный уровень гормона стресса кортизола приводит к атрофии гиппокампа. Избыточный уровень эпинефрина и норэпинефрина (катехоламинов) в ответ на резкую активацию вегетативной нервной системы (ВНС) тоже влияет на кодирование памяти, приводя к ухудшению воспоминаний (Siegel, 1999). Джозеф Леду (2002) утверждает, что благодаря связи с гиппокампом и другими областями, связанными с системой эксплицитной памяти, миндалина укрепляет заученные воспоминания при наличии эмоционального возбуждения. Далее Леду (2002) утверждает, что, пока степень эмоционального возбуждения во время формирования памяти находится в пределах нормы, память улучшается. Но если эмоциональное возбуждение превышает предел, формирование памяти может стать некорректным, что приведет к ухудшению памяти. Во время стрессового события с высоким эмоциональным возбуждением повышается уровень гормона стресса кортизола, что приводит к нарушению работы гиппокампа и формирования памяти (LeDoux, 2002).

Травмирующие воспоминания: вытеснение и диссоциация

Рассмотрим травмирующие воспоминания подробнее, основываясь на представленном выше материале. Я уже говорил, что, если человек подвергается сильному стрессовому воздействию (травме), из-за активации миндалины и выделения стрессовых гормонов, в том числе кортизола, нормальное функционирование гиппокампа нарушается, что может привести к формированию неполноценной памяти о травме. Такие воспоминания могут храниться в виде изолированных и диссоциированных фрагментов, которые затем могут стать зависимыми от состояния и активироваться сенсорными стимулами и эмоциями, связанными с исходным стрессовым событием (травмой) (van der Kolk, 2015). Также возможно нарушение обработки информации в таламусе, из-за чего сенсорная информация не доходит до коры головного мозга для дальнейшей обработки и категоризации, в результате виды, звуки, запахи и прикосновения кодируются в виде изолированных фрагментов (van der Kolk, 2015). Таким образом, мы видим, что травмирующий опыт и воздействие (высокострессовые стимулы) могут привести к фрагментации и диссоциации воспоминаний.

Леду (1996) пишет: «То же количество стресса, которое может привести к амнезии в отношении травмы, может усилить имплицитные или бессознательные воспоминания, сформированные во время травмирующего события» (с. 246). Леду (1996) далее говорит о том, что неспособность вспомнить травмирующие события может быть вызвана отключением гиппокампа, опосредованным миндалиной. В такой

ситуации из-за отключения гиппокампа не может быть сформирована сознательная память и, следовательно, не может произойти воспоминание.

Травмирующие воспоминания могут быть и подавлены. На самом деле некоторые аспекты травмирующих воспоминаний могут быть подавлены, а другие – диссоциированы. Но в этой статье я называю подавленными воспоминаниями те, которые подавляются в сознании из-за их неприятного характера. Возможно, фрагментированные воспоминания тоже могут подвергаться вытеснению. Брюин и Эндрюс (1998) полагают, что 20%-60% пациентов в терапии, которые подвергались в детстве сексуальному насилию, некоторые периоды жизни прожили без воспоминаний о нем, и такая амнезия часто длилась несколько лет. Эрдерли (2006) пишет:

«Вытеснение, рассматриваемое как класс процессов, понижающих сознание, делится на два подкласса: ингибирующие и развивающие процессы. Ингибиторное вытеснение включает в себя когнитивное избегание некоторого целевого материала и приводит к утрате доступной памяти. Но часть утраченной памяти может выражаться в косвенной форме и частично восстанавливаться при последующих усилиях по извлечению. Тщательное вытеснение искажает исходную память различными трансформациями и ложными дополнениями [заполняет пробелы]» (с. 499).

Эрдерли (2006), перефразируя Фрейда, утверждает, что подавление происходит из высокоразвитого эго и, таким образом, включает в себя намерение. Эрдерли (2006) также ссылается на исследования, которые выявили нейронные цепи, вовлеченные в интенциональное восстановление – ингибирование и забывание. Эти схемы включают области в префронтальной коре. Также с помощью МРТ было показано, что префронтальные области играют важную роль в подавлении эмоциональных воспоминаний (Derue, Curran, & Banich, 2007). Депью, Баних и Курран (2006) показали, что репрезентации эмоциональных событий в памяти кодируются сильнее, чем не эмоциональных.

Андерсон и Грин (2001) разработали эксперимент под названием «Думай/Не думай», чтобы исследовать подавление нежелательных воспоминаний. Эксперимент разделен на три фазы. На первом этапе (тренировочном) участникам предъявляли пары слов «подсказка-цель» и просили запомнить эти пары, чтобы при предъявлении подсказки они могли вспомнить цель. На втором этапе (экспериментальном) участников просили при предъявлении определенных подсказок подавлять мысли о соответствующих целях (условие «не думать»), а при предъявлении других подсказок, наоборот, думать о соответствующих целях (условие «думать»). На заключительном этапе эксперимента оценивалось запоминание соответствующих целей по каждой подсказке. Используя эксперимент, разработанный Андерсоном и Грином (2001), Депью, Баних и Курран (2006) обнаружили, что в экспериментах «Думай/Не думай», направленных на достижение подавления, восстановление эмоциональной памяти было выше, чем неэмоциональной в эксперименте «Думай», а снижение восстановления эмоциональной памяти было меньше в эксперименте «Не думай».

Таким образом, эмоциональные воспоминания проходят через более сильное кодирование. Следовательно, труднее подавить навязчивые мысли, связанные с событиями, вызвавшими сильный стресс, как это происходит у людей, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством. Эрдерли (2006) задается вопросом, улучшает или ухудшает эмоциональность память, и ответ на него – да и да. Автор объясняет: «Есть широко распространенное мнение, что эмоциональность улучшает память на центральные элементы стимулов, и ухудшает на периферийные» (с. 503).

Важно отметить, что память в целом неоднородная конструкция, и то, что относится к одному аспекту памяти, может не относиться к другим аспектам (Erdelyi, 2006). Таким образом, возможно, что определенные аспекты памяти будут фрагментированы и диссоциированы из-за уровня стресса, связанного со стимулами, тогда как менее важные и периферийные аспекты могут быть подавлены сознательной памятью и забыты.

Хауэлл сравнивает подавление и диссоциацию

В связи с подавленными и диссоциированными воспоминаниями Хауэлл (Howell, 2005) сравнивает и противопоставляет подавление и диссоциацию:

1. Подавление бывает как мотивированным, так и защитным. В отличие от него, диссоциация не обязательно должна быть мотивированной или психологически защитной. Например, диссоциация может возникнуть автоматически в момент травмы или беззащитно в ответ на гипноз.

2. Подавление относится к сформулированному опыту, а диссоциация обычно относится к неоформленному.

3. Подавление обычно относится к части информации, которая была доступна в одно время, но недоступна в другое, тогда как диссоциация обычно относится к разделению опыта, в котором части находятся рядом, контрастируют и могут быть разнесены во времени. Диссоциация относится к состояниям и системам состояний, которые часто являются взаимоисключающими.

4. Диссоциированные воспоминания особенно зависят от ситуации (с. 198).

При подавлении неприемлемое психическое содержание вытесняется в бессознательное, тогда как при диссоциации отщепленное и диссоциированное содержание не исчезает из поля зрения постоянно или непрерывно, а может вновь появиться в любой момент под воздействием внешних или внутренних стимулов. Фрейд выдвигал гипотезу, что подавленный материал преобразуется в альтернативные формы, такие как сны, ускользающие воспоминания, симптомы и т.д., а Эрдели (2006) и ван дер Колк (1994) утверждают, что альтернативные формы воспоминаний – это не преобразования, а сохраненные воспоминания. Эрдели пишет: «Согласно этой точке зрения, подавление удаляет декларативные (сознательные) воспоминания, но другие системы памяти (например, процедурные, как в симптомах) не подвергаются такому воздействию и продолжают отражать воспоминания» (Erdelyi, 2006, с. 507).

Фрейд против Жана в вопросе о травмирующих воспоминаниях как вытесненных или диссоциированных

Между исследователями были разногласия по поводу того, являются ли травмирующие воспоминания вытесненными или диссоциированными по своей природе. Эти споры и дискуссии не новы и берут начало из исторических разногласий между Фрейдом и Жане. Фрейд считал, что воспоминания о травме, а он конкретно имел в виду истериков, вытеснены, тогда как Жане придерживался мнения, что травмирующие воспоминания диссоциированы. Разумеется, и Фрейд, и Жане писали об истерическом феномене, и именно истерический феномен может иметь общие аспекты и вытеснения, и диссоциации. Фрейд (1952с) считал, что основная мотивация для вытеснения – избежать боли. Он также указывал, что суть вытеснения в том, чтобы удержать нечто болезненное вне сознания. Тогда как Жане считал, что сильные эмоции могут вызвать диссоциацию воспоминаний от сознания. Такие диссоциированные воспоминания сохраняются затем в виде висцеральных ощущений или визуальных образов (флешбэки) (van der Kolk, 1994).

Афферентные нейроны, память и фМРТ

При шоковой травме сигналы от афферентных нейронов (сенсорных нейронов) не могут полностью достичь коры головного мозга для обработки, гиппокамп тоже не может классифицировать, организовать и закодировать воспоминания. Поэтому эти воспоминания могут вспоминаться не как единое целое, а только как фрагменты и, как правило, ассоциируются с сенсорными сигналами и определенными состояниями тела, которые могут включать звуки, образы, прикосновения, определенные позы тела и т.д. (Siegal, 1999). Как я уже писал выше, сигналы от афферентов (сенсорных нервов) доходят до лимбической системы (и миндалины) за 30-50 миллисекунд, но те же сигналы доходят до лобной коры и обрабатываются гораздо дольше, порядка 500 миллисекунд. Это эволюционно выгодный процесс, поскольку в случае нападения хищника нашим предкам нужно было действовать незамедлительно, иначе они бы погибли. При сильной травме нейронные пути от лимбической системы к коре головного мозга блокируются. Воспоминания, хранящиеся в лимбической системе, вневременные и могут быть активированы в любой момент под воздействием определенных стимулов, и пациенту кажется, что фрагменты памяти соответствуют «сейчас», что объясняется вневременностью таких воспоминаний. Кроме того, воспоминания хранятся в различных функциональных частях мозга, организуются гиппокампом и обрабатываются префронтальной корой (ПФК). Последние методы фМРТ показали, что существует обратная корреляция между активацией миндалины и правой половиной префронтальной коры.

Последние исследования в области нейровизуализации также показали, что дорсалатеральная и вентралатеральная префронтальные зоны коры (DLPFC и VLPFC), а также передняя поясная кора (которая связана с префронтальной корой – PFC) и премоторная кора участвуют в подавлении болезненных воспоминаний. Напротив, активность в гиппокампе, области мозга, имеющей решающее значение для кодирования эксплицитной памяти, снижена (Anderson, et al., 2004). Этот результат был также продемонстрирован в отдельном исследовании, проведенном Депью и Курраном в университете Колорадо (2007), в котором измерялась активность мозга испытуемых, обученных подавлять болезненные воспоминания и воспоминания о негативных образах. Депью, Баних и Курран (2006) обнаружили, что вытеснение нежелательных воспоминаний происходит двумя путями, они пишут:

«Первый путь включает когнитивный контроль правой нижней лобной извилины (rIFG – часть латеральной лобной доли) над сенсорными компонентами представления памяти... Этот вывод согласуется с вычислительными моделями, утверждающими, что активация и ингибирование таламуса – критическое средство гейтинга (блокирования) информации рабочей памяти. Второй путь включает когнитивный контроль правой средней лобной извилины (rFMG – часть латеральной лобной доли над rIFG) над процессами памяти и эмоциональными компонентами представления памяти через модуляцию гиппокампа и миндалины» (с. 218).

Лимбическая система, имплицитная память и избирательное вытеснение

Однако важно отметить, что эмоциональные аспекты травмирующих воспоминаний хранятся в лимбической системе как имплицитные воспоминания. Таким образом, происходит разделение или диссоциация содержания болезненных

переживаний от эмоциональных аспектов и динамики этих переживаний. Болезненное содержание вытесняется, а эмоциональная динамика сохраняется в виде имплицитных воспоминаний. Как указал Шор (1994), процесс расщепления тоже является межполушарным.

Важно также отметить, что при воспоминании (деградировавших) прошлых воспоминаний восстанавливаются их некоторые части, но может происходить дальнейшее усиление этих воспоминаний для придания им смысла (детальная репрессия) в попытке уменьшить неопределенность и увеличить предсказуемость, чтобы снизить возбуждение (Erdelyi, 2006). Однако при диссоциации этот процесс может не происходить, поскольку такие воспоминания сильно зависят от состояния и, как правило, не поддаются дополнению, как это может быть при повторной репрессии. Отчасти это объясняется природой диссоциированных воспоминаний, которые перегружают различные нейронные цепи и блокируют нормальное формирование этих воспоминаний. Леду (1996) пишет:

«... если гиппокамп был отключен стрессом до такой степени, что не имел возможности сформировать память во время события, никакими средствами невозможно будет восстановить сознательную память об этом событии. Если такая память не была сформирована, ее невозможно извлечь или восстановить. С другой стороны, если гиппокамп был затронут травмой лишь частично, он мог участвовать в формировании слабой и фрагментарной памяти. В этом случае, возможно, удастся мысленно восстановить некоторые аспекты пережитого. Такие воспоминания обязательно будут связаны с "заполнением пробелов", и их точность будет зависеть от того, насколько полно было сделано заполнение и насколько критичны заполненные части для сути воспоминания» (с. 244).

Склеивание диссоциированных воспоминаний

Но все же диссоциированные воспоминания возможно «склеить», чтобы придать им определенный смысл и снизить возбуждение. Но чтобы склеивание диссоциированных воспоминаний стало возможным, клиент должен быть в состоянии переносить сильное возбуждение и не быть подавленным, пока реконструируется нарратив. Мы, биоэнергетические терапевты, полностью осознаем, что присутствие эмпатического, поддерживающего и сонастроенного терапевта – решающий элемент в этом процессе. Такая форма связи между клиентом и терапевтом позволяет клиентам осмыслить репрезентации правого полушария, ориентированные на левое, что дает возможность регулировать сильные эмоциональные состояния (Siegel, 1999). Присутствие эмпатически настроенного терапевта может поддерживать возбуждение клиента на допустимом уровне, способствуя интеграции травмирующих воспоминаний.

Таким образом, становится ясно, что эмпатическая настройка и лимбический резонанс в терапевтических отношениях – необходимое условие для лечения травмы, независимо от того, подавлены травмирующие воспоминания или диссоциированы. Терапевт должен быть эмоционально настроен на пациентов и позволять им регулировать свои сильные аффекты в терапевтических отношениях. Это означает, что терапевт также должен уметь сдерживать эти аффекты (Hilton, 2007). Травмирующие переживания и воспоминания заставляют отделяться от нашего целостного и спонтанного «я». И именно присутствие эмпатически сонастроенного терапевта дает возможность восстановления и интеграции. Тогда мы сможем стать свободными, травмирующие воспоминания не будут преследовать нас и поработать (Hilton, 2007).

Случай Элизабет

Элизабет (имя изменено в интересах конфиденциальности) привлекательная женщина лет тридцати. Она пришла ко мне на прием из-за сильной тревоги. Она была хорошо образованной и училась в аспирантуре в области естественных наук. Тело ригидное с некоторыми оральными чертами. Элизабет не назвала себя тревожным человеком, но сказала, что в последние несколько недель перед тем, как прийти ко мне на прием, испытывала сильное беспокойство и тревогу за свое здоровье. В частности, она боялась, что у нее рак шейки матки. Она сходила к врачу, который заметил аномалию в ее анализе крови и попросил прийти на дополнительные анализы. Первой моей рекомендацией было обратиться к гинекологу, что она и сделала, и оказалось, что ее опасения беспочвенны. Но беспокойство продолжалось, поскольку результаты анализов ее не удовлетворили. Она продолжала думать, что у нее серьезное заболевание, связанное с половыми органами. После нескольких сеансов работы с ее тревогой и выяснения истории ее семьи я почувствовал, что между нами установилась терапевтическая связь и отношения. Я был почти одного возраста с отцом этой клиентки, поэтому установился сильный позитивный перенос по отцу. Первые несколько сеансов в основном сводились к сбору анамнеза, глубокому дыханию и заземлению. Я также спросил, чувствует ли она свой таз. Ответ был «нет». На самом деле она чувствовала, что эта часть ее тела каким-то образом не чиста, по сути, она диссоциировалась от своего влагалища и тазовой области.

С самого первого сеанса я заметил, что Элизабет, слушая меня, поворачивает голову немного вправо и смотрит на меня уголками глаз, как будто не доверяя мне. Ее правая рука была практически неподвижна, когда она сидела на кушетке, но левая была достаточно оживленной. Ступни стояли очень близко друг к другу, а неподвижная правая рука создавала впечатление, что она прикрывает влагалище. Почувствовав, что установились прочные терапевтические отношения, я решил пойти немного глубже и сообщил ей свои наблюдения. Я попросил ее посмотреть, что произойдет, если она изменит движения и положение своих конечностей, а также будет слушать, глядя прямо на меня. Она сразу же поняла, что еще не полностью доверяет мне, но не знала почему, поскольку в ее сознании не было причин не доверять мне. Но, когда она положила руки по бокам, сразу же почувствовала сильное беспокойство, особенно когда расслабила ноги.

Потом она поделилась со мной историей, которой не делилась ни с кем. Она упомянула, что вскоре после начала работы со мной ей стало известно о сексуальном насилии старшего кузена, которое произошло, когда ей было 5 или 6 лет. Ей казалось, что эти воспоминания были сном, и она не была уверена, что это действительно произошло. Этот двоюродный брат был ее любимцем, и она смотрела на него с уважением и восхищением.

Рассказывая эту историю, Элизабет начала волноваться. Я спросил, какие ощущения она испытывает в теле, и она ответила, что ноги очень холодные. Я спросил, что хочет сделать ее тело. Она ответила: хочет встать. Я попросил ее последовать инстинкту и сделать это, держа колени слегка согнутыми. Ее ноги начали вибрировать. Она начала плакать и сказала, что ей очень страшно. Она не хотела делиться воспоминаниями, которые только что всплыли в памяти. Я сказал Элизабет, что, разумеется, это нормально – не делиться воспоминаниями, но было бы здорово, если бы она чувствовала себя достаточно безопасно, чтобы не расставаться с ними. Элизабет ответила, что чувствует себя в безопасности и может оставаться с воспоминаниями, которые только что всплыли. Я спросил, оставалась ли она наедине с преступником. Она ответила «да», что они были вдвоем в доме ее двоюродного брата. Я спросил, осознает ли она себя в той комнате и где находилась дверь. Она ответила, что осознает, и я

спросил, может ли она побежать к двери, открыть ее и выбежать. В своем воображении она так и сделала и оказалась в переулке у дома, но одна, что ее испугало, так как преступник мог пойти за ней и поймать. Я спросил ее, есть ли поблизости магазин. Она ответила «да», там был небольшой продуктовый магазин, и я попросил ее бежать туда и оставаться там, так как там она в безопасности.

После этого ее страхи улеглись, но тело дрожало и разряжалось от травмы. В одной из статей Питера Левина (2003) я прочитал, что он подобным образом вмешался в ситуацию человека, на которого напали дикие собаки. На мое вмешательство повлияло то, что я прочитал в работе Левина. Сеанс подходил к концу, и мы перешли к следующему моменту. Поскольку в тот день она была моим последним клиентом, я оставался с ней, пока нервная система Элизабет не успокоилась.

Следующий сеанс был в основном посвящен проработке того, что произошло на предыдущем. Элизабет все еще не чувствовала, что может поделиться тем, что произошло, и я снова нормализовал ее чувство, сказав, что нет необходимости делиться, если она не хочет. На следующем сеансе я спросил Элизабет, хочет ли она еще поработать с травмой, и она ответила «да». Я снова попросил ее прочувствовать свое тело, в частности ноги и правую руку (которая была неподвижна), в то время как она осознает воспоминания. Ноги очень быстро начали вибрировать, она спонтанно встала, и вибрация усилилась. На этот раз правое, до этого неподвижное предплечье, начало закручиваться в локте. Вращение стало немного интенсивнее, и пока это происходило, я заметил, что она перенесла вес направо, а левая сторона правой ноги слегка приподнялась над землей.

Возникло впечатление, что кто-то выворачивает ей руку за спину. Я поделился с ней своим наблюдением. Затем она начала всхлипывать и была очень напугана. Она не поделилась воспоминанием, которое всплыло в памяти, но я спросил, была ли правая рука вывернута за спиной, когда происходило насилие. Она сказала, что так и было, но на этот раз она была гораздо более испуганной. Она дрожала и всхлипывала.

Элизабет становилась дисрегуляторной, и я не мог вмешаться так, как делал это на двух предыдущих сеансах. На этот раз я попросил ее держаться за мою руку (для большей поддержки), чтобы мы могли бежать вместе и чтобы я был с ней, пока она бежит в безопасное место подальше от дома и преступника. Мы «побежали» в тот продуктовый магазин, который она представляла себе раньше. На этот раз я сказал, что останусь с ней столько, сколько потребуется, пока не вернутся родители и пока она не почувствует себя в безопасности. Ее нервная система успокоилась через несколько минут, после чего она снова затряслась и зарыдала.

Работа с Элизабет продолжается, и она хорошо прогрессирует. Она работает со мной уже около 8 месяцев. На одном из сеансов два месяца назад она упомянула, что один из ее коллег вел себя с ней неподобающим образом, особенно когда она приходила к нему в кабинет, и что она застыла и не могла пошевелиться или сказать «НЕТ». Мы работали над тем, как установить границы и сказать «НЕТ». Я спросил Элизабет, что она может сделать, если коллега не слышит «НЕТ» и не уважает ее желания. Она очень быстро и спонтанно ответила: «Конечно, я могу убежать». После этого сеанса Элизабет обрела силу, теперь она с кем-то встречается, заново открывает себя и свою сексуальность, а воспоминания о травме потеряли над ней свою власть.

Этот случай продемонстрировал диссоциацию, а также подавление травмирующих воспоминаний. Элизабет не помнила насилия, воспоминания о нем проявлялись только в виде сновидений, в реальности которых она не была уверена. Мы начали с ее тела, ее ощущений и чувств, чтобы восстановить и интегрировать фрагменты. Но, как я уже говорил, воспоминания – это сильно переработанная версия изначально закодированной памяти, которая проходит через трансформацию. Следовательно, мы расширили ее воспоминания, дав ей возможность убежать, что

включало в себя выполнение действий, которые были заблокированы во время травмы. Вновь сформированные воспоминания, хотя и содержали первоначальные болезненные аспекты, были теперь дополнены воспоминаниями, дающими силы. Надеюсь, что со временем эти вновь сформированные воспоминания станут ее воспоминаниями по умолчанию. Другими словами, мы смогли склеить фрагментарные и диссоциированные воспоминания о насилии с новыми воспоминаниями, которые придали Элизабет сил, уменьшили ее возбуждение и снизили активацию миндалины. Этот подход получил дальнейшее подтверждение в недавнем исследовании Диас-Матекса, Руиса Мартинеса, Шафе, Ле Ду и Дойера (2013), которые показали, что можно вызвать синаптическую пластичность и реконсолидацию аверсивной памяти в латеральной миндалине (ЛА) введением новой информации в момент воспоминания и реактивации.

Случай Джона

Джон (имя изменено в интересах конфиденциальности) мужчина около сорока. Он пришел ко мне на прием, потому что только что сменил работу и оказался в очень тревожном состоянии. Его тревога была на грани того, чтобы превратиться в панические атаки. По его словам, он просыпался среди ночи весь в поту и утром, едва проснувшись, испытывал сильное беспокойство. У него наблюдались также признаки легкой депрессии. Это был не первый раз, когда Джон столкнулся с тревогой и депрессией. Казалось, что каждый раз, когда он оказывается в ситуации, где ставки высоки (например, он мог не справиться с работой и потерять ее), у него возникала тревога и в конечном итоге депрессия. Он рассказал, что испытывал те же симптомы (даже сильнее, чем сейчас) 10 лет назад, когда он был вынужден подать заявление о банкротстве своего бизнеса, и Джона госпитализировали на несколько дней. Джон был образованным человеком, очень ригидным и упрямым. Челюсть у него была так напряжена, так что он с трудом открывал рот. Поясница тоже была очень напряжена и зажата. Когда я указал ему на это, он согласился. Он упомянул, что из-за того, что челюсть зажата, у него разрушилось много зубов, а в пояснице часто случались мышечные спазмы. Я спросил Джона о его воспоминаниях о детстве и о том, что он помнит. Обычно я задаю этот вопрос сразу после того, как выслушаю суть проблемы.

Смысл этого вопроса в том, что из-за ассоциативной природы памяти есть большая вероятность, что детские воспоминания и переживания, ответственные за сегодняшнее поведение и конфликты, активизируются, и клиент сможет их описать, поскольку они ближе к сознательному воспоминанию. Джон упомянул, что был самым младшим из шести братьев и сестер. Он рассказал, что отец, насколько он помнит, находился в тяжелой депрессии, не работал, почти все время сидел дома и умер, когда Джону было 10 лет. Мать, напротив, трудилась на двух работах, чтобы свести концы с концами. По сути, она была матерью-одиночкой и единственным кормильцем, хотя, когда старшие братья и сестры Джона достаточно подросли, чтобы работать, они тоже помогали. Джон вспоминал, что им много раз приходилось переезжать, так как семья не могла позволить себе платить за квартиру, задерживала оплату, и их выселяли.

В детстве Джон никогда не чувствовал себя в безопасности и был тревожным. Он помнил обеспокоенное выражение лица матери, не знал, что ему делать, и становился все более тревожным и напуганным. Джон – самый образованный в семье, когда ему было 16, он ушел из дома и начал работать, посещать школу и в конце концов добился успеха. Он перевез мать к себе в семью, когда женился, и заботился о ней до самой ее смерти. Потребовалось много сеансов, чтобы Джон осознал связь между своим предыдущим жизненным опытом и нынешними симптомами. Мы продвигались очень медленно, и я сочетал анализ и интерпретацию с телесной работой (заземление и дыхание), пока мы строили прочные терапевтические отношения.

Однажды Джон позвонил мне за полчаса до начала сеанса, чтобы отменить встречу. Я был несколько огорчен и сказал, возможно, более резко, чем обычно, что он должен был сообщить мне об этом по крайней мере за день. Он пропустил и следующий сеанс. Когда он в конце концов вернулся, я почувствовал, что то, что произошло между нами, должно быть проработано. Джон упомянул, что ожидал, что я спрошу, почему он отменяет сеанс, и почувствовал, что я не забочусь о нем так сильно, как он думает, иначе я спросил бы его, почему он не смог прийти. Я сказал, что мне очень жаль, что я его подвел. Он ответил, что был очень подавлен, чувствовал себя очень плохо и поэтому не смог прийти на сеанс и вынужден был его отменить. Этот сеанс был потрачен в основном на проработку случившегося, что оказалось крайне важно, так как позитивный перенос превратился в сильный негативный. Я выразил сожаление, что в тот день, когда он отменил сеанс, его охватила сильная депрессия и тревога. Нам удалось преодолеть разрыв и восстановить очень крепкие терапевтические отношения.

Джон, хотя и медленными темпами, демонстрировал признаки улучшения и чувствовал себя менее тревожным. На одном из сеансов, несколько месяцев назад, Джон сказал, что возьмет пару недель отпуска, будет путешествовать, что хочет провести время с детьми и другими близкими родственниками. Я очень воодушевился этим планом, поскольку в целом у Джона не было крепких связей с семьей и друзьями. Когда он вернулся, многое из сделанной нами работы закрепилось, и он чувствовал и продолжал чувствовать себя намного лучше, а его тревожность в основном исчезла. Новые нейронные связи, которые были заложены в ходе нашей работы, наконец-то активировались и стали путями по умолчанию, в хеббиаанском смысле. Новые пути закрепились, и его новый опыт, когда его воспринимали таким, какой он есть, без осуждения, с сочувствием, пониманием и привязанностью, стал решающим катализатором изменений. Джон никогда не испытывал подобного, и именно такая связь создала благоприятные условия, чтобы он мог переносить аффекты, связанные с предыдущим опытом, и интегрировать их. Предстоит еще много работы, поскольку его тело все еще демонстрирует сильное сдерживание. На этом примере показана ситуация, где имела место диссоциация между нарративом (историей) и аффектами, связанными с ранней травмой развития. Аффекты были подавлены, но явные воспоминания о пережитом сохранились. Однако, несмотря на диссоциацию и вытеснение, Джон повторял и воспроизводил предыдущие травмы.

Заключение

В этой статье дано подробное описание формирования памяти на основе данных нейробиологии. Рассмотрены разные типы воспоминаний, а также даны определения подавленных и диссоциированных воспоминаний. Рассматривалось формирование диссоциированных воспоминаний, а также механизмы подавления памяти на основе последних исследований с фМРТ и нейробиологических исследований. Было показано, что травмирующие воспоминания часто имеют диссоциированные и подавленные аспекты. На основании последних исследований в области нейробиологии сделан вывод, что независимо от природы травмирующих воспоминаний, очень важный фактор в терапии травмы – присутствие в терапевтических отношениях сонастроенного терапевта. Наконец, представлены два конкретных случая, подтверждающие аргументы, изложенные в данной работе.

Литература

Anderson, M.C., & Green, C. (2001). Suppressing unwanted memories by executive control, *Nature*, 410, 366-369.

- Anderson, M.C., Ochsner, K. N., Kuhl, B., et al. (2004). Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. *Science*, 303, 232-235.
- Brewin, C.R., & Andrews, B. (1998). Recovered memories of trauma: Phenomenology and cognitive mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 18, 949-970
- Depue, B.E., Banich, M., & Curran, T. (2006). Suppression of emotional and nonemotional content in memory: Effects of repetition on cognitive control. *Psychological Science*, 17(5), 441-447.
- Depue, B.E., Curran, T., & Banich, M. (2007). Prefrontal regions orchestrate suppression of emotional memories via a two phase process, *Science*, 17, 215-219.
- Díaz-Mataix L, Ruiz Martinez R. C. et al. (2013). Detection of a temporal error triggers reconsolidation of amygdala-dependent memories. *Curr. Biol.* 23(6): 467-472.
- Erdelyi, M. H. (2006). The unified theory of repression. *Behavioral and Brain Sciences*, 29, 499-551. Freud, S. (1952a). Beyond the pleasure principle. Major works of Sigmund Freud. (pp. 639-663).
- London, England: Encyclopedia Britannica, Inc.
- Freud, S. (1952b). Selected papers on hysteria. Major works of Sigmund Freud. (pp. 25-115). London, England: Encyclopedia Britannica, Inc.
- Freud, S. (1952c). Repression. Major works of Sigmund Freud. (pp. 59-81). London, England: Encyclopedia Britannica, Inc.
- Hebb, D.O. (1949). *The Organization of Behavior: A Neuropsychological Theory*. New York: Wiley and Sons.
- Hilton, R. (2008). Relational somatic psychotherapy. M. Sieck (Ed.). Santa Barbara, CA: Santa Barbara Graduate Institute.
- Howell, E. F. (2005). *The dissociative mind*. New York, NY: Routledge. LeDoux, J. (1996). *The emotional brain*. New York, NY: Simon & Schuster. LeDoux, J. (2002). *Synaptic self*. New York, NY: Penguin Books.
- Levine, P. (2003). Panic, biology, and reason: giving the body its due. *The USA Body Psychotherapy Journal*, 2003, 2(2), 5-14.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind*. New York, NY: Guilford Press.
- University of Colorado at Boulder (2007, July 12). Emotional Memories Can Be Suppressed With Practice, Study Says – (Brendan Depue & Tim Curran). Science Daily. Retrieved 2011: <http://www.sciencedaily.com/releases/2007/07/070712143304.htm>
- Van Der Kolk, B. (n.d.). Developmental trauma disorder. Retrieved from: http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/preprint_dev_trauma_disorder.pdf.
- Van Der Kolk, B. (1994). The Body Keeps the Score: Memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1994, 1(5), 253-265. Retrieved 2011: <http://www.traumapages.com/a/vanderk4.php>
- Van Der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Memory, mind, and body in the healing of trauma*. New York, NY: Viking.

Об авторе

Хомаюн Шахри, Ph.D., M.A., LMFT, получил степень доктора наук в области электротехники в университете Лихай в 1990 году и степень магистра гуманитарных наук в области клинической и соматической психологии в институте Санта-Барбары (сейчас часть Чикагской школы профессиональной психологии) в 2012 году. Лицензированный семейный психотерапевт, ведет частную практику в Ирвине, штат Калифорния, США. В 2009 году завершил программу обучения биоэнергетике в Обществе биоэнергетического анализа Флориды. Членом Института

биоэнергетического анализа Южной Калифорнии (SCIBA), где работает над завершением сертификационных требований. Член Ассоциации телесной психотерапии США (USABP), Международного института биоэнергетического анализа (ИВА) и Калифорнийской ассоциации семейных терапевтов (CAMFT). Входит в экспертный совет Международного журнала телесной психотерапии (IBPJ).

Email: homayoun.shahri@ravonkavi.com

URL: <http://www.ravonkavi.com>

ОТ СТРУКТУРЫ ТЕЛА К ТЕЛАМ В РЕЗОНАНСЕ

Эволюция терапевтических отношений в биоэнергетическом анализе

Фина Пла

Эта статья отправляет читателя в путешествие из двух разных частей. В первой представлены материалы на тему переноса/контрпереноса, подготовленные авторами-биоэнергетиками, дающие представление о богатстве и творческом потенциале каждого автора. Во второй – размышления о влиянии теории привязанности, реляционного психоанализа и нейробиологии на терапевтические отношения в биоэнергетическом анализе. Раскрываются новые концепции и переосмысляются старые. В итоге появляется новое, обогащенное понимание терапевтических отношений и процессов переноса/контрпереноса, где терапевтический процесс превращается в межличностный соматосенсорный процесс в терапевтической диаде. Приводятся несколько кратких клинических примеров.

Ключевые слова: терапевтические отношения, процессы переноса/контрпереноса, соматическая сонастройка, эмпатия, интерсубъектность, матрица отношений, саморегуляция

1. Введение

«Мне нужен был тот, кто будет работать с телом и признавать его как энергетическое ядро самовыражения и источник подлинного "я", но еще больше мне нужен был человек, который захочет соединиться со мной, не просто с телом, не просто с проблемой, не просто с характером, не просто с энергетической системой, а именно со мной, со всеми моими слабостями и потребностями» (Hilton 36, 2000).

Цель

Цель этой статьи – представить обзор материалов тринадцати разных авторов-биоэнергетиков от первых опубликованных статей до самых новых по теме терапевтических отношений через одно из их наиболее важных проявлений – динамику переноса и контрпереноса. Я выбрала статьи, к которым имела доступ, и прошу прощения, если что-то пропустила. Я пыталась передать основные идеи каждого автора, учитывая ограничения по объему. Можно видеть все богатство статей – от более аналитических до более соматических и еще несколько более личных. Во второй части по-новому оценивается вклад авторов-биоэнергетиков в тему терапевтических отношений и процессов переноса, включая концепции новой парадигмы и пересмотр нашего понимания традиционных биоэнергетических концепций в этом свете. Я представляю концепции через призму биоэнергетических авторов, чтобы предоставить доказательства, как они повлияли на теорию и практику биоэнергетического анализа.

Эволюция

С самого начала и до настоящего времени биоэнергетический анализ развивался, не отказываясь от своих основ и ключевых убеждений. Многие годы концепции терапевтических отношений, переноса и контрпереноса эволюционировали от

классического фрейдистского аналитического понимания к райхианскому и лоуэновскому телесно-ориентированному, к обогащенному теорией привязанности, реляционного психоанализа и нейробиологии, где фокус смещен в сторону intersубъектности и взаимной соматической сонастройки. Некоторые смелые биоэнергетические аналитики открыли путь этим новым концепциям без отказа от наших корней. Я хочу рассказать об эволюции в биоэнергетическом анализе, о том, как наше представление о терапевтических отношениях и процессах переноса и контрпереноса эволюционировало от более ранней «структуры тела к телам в резонансе» – этот термин я позаимствовала из статьи Мишеля Бриана, в которой обобщается этот долгий и богатый эволюционный путь.

История до биоэнергетики

В классическом психоанализе отношения базируются на переносе пациента на терапевта. Через перенос пациент испытывает импульсы и чувства, переживает фантазии и защиты, связанные с его первичными воспитателями. Терапевт со своей анонимной нейтральной позиции стремится усилить реакции переноса, чтобы получить доступ к бессознательному. В теории объектных отношений (Kohut) отношения считаются фундаментальным аспектом в жизни. Отношения с основным воспитателем интернализируются и структурируют «я». Пациент интернализирует терапевта как хороший объект, и терапевт становится более здоровой моделью для внутреннего мира пациента.

Реляционная теория (Aron, Mitchell) пытается интегрировать предыдущие. По сравнению с классическим психоанализом, где пациент рассматривается как некий дисфункциональный объект, который переносится на терапевта, реляционная теория строится на системе диады, где два человека участвуют вместе, и изменения происходят, когда оба участника в терапевтических взаимоотношениях разрешают конфликты. Классическая аналитическая позиция нейтралитета и неучастия сменяется позицией взаимности, спонтанности и подлинности, где пациент учится строить более здоровые отношения через отношения с терапевтом.

Концепцию переноса предложил Фрейд, согласно ему, то, что переживается в переносе, – это отношения пациента с родителями. Теория Фрейда о влечениях и бессознательном доминировала в психоанализе и оказала влияние на другие терапевтические подходы. Райх развил идеи Фрейда и ввел анализ характера и работу с телом. Лоуэн следовал за Райхом и придерживался той же идеи, что невротическое поведение пациента проявляется через его телесный панцирь и в отношениях с терапевтом. Перенос долгое время рассматривали как родительские установки пациента, проецируемые на терапевта. Для Лоуэна работа с переносом означала в основном работу с подавленными эмоциями и их аналогом в телесных блоках, а перенос считался главным препятствием в терапевтическом процессе.

2. Материалы биоэнергетических аналитиков о переносе/контрпереносе в хронологическом порядке

С новыми исследованиями процессов травмы и ранних нарушений биоэнергетическому анализу пришлось развиваться в направлении более эффективных способов работы с ранними травмами, которые мы встречаем в терапевтическом кабинете. По мере перечисления разных авторов мы столкнемся с богатством и разнообразием их работ и увидим, как развивались процессы переноса в терапевтических отношениях с момента их зарождения, структуры тела, до настоящего времени, тел в резонансе. Я представлю эти материалы, в некоторых фокус смещен к

теоретическим аналитическим концепциям, в других – к соматопсихическим процессам, третьи же более эмпирические. Я придерживаюсь хронологической последовательности, чтобы показать, как разные авторы обращаются к этой теме.

Стенли Келеман. Связь (1986)

Стенли Келеман (член ИВА, был СБТ) написал книгу «Связь», где много говорит о переносе и контрпереносе как соматических явлениях и развивает концепции связи, соматического резонанса и пульсации. Перенос включает паттерны мышечных реакций, посредством которых клиент устанавливает связь с терапевтом, а контрперенос включает соматические реакции терапевта, то, как он принимает или отвергает эмоциональные и соматические состояния клиента. Перенос и контрперенос рассматриваются как полюса континуума отношений, для обозначения этого континуума используется термин «связывание»⁴. Он описывает разные уровни соматического переноса, следуя паттернам развития от жизни плода до взрослой жизни: пуповинный, оральный, грудной, генитальный и контакт тела с телом. То, на каком уровне развития функционирует клиент, определяет природу переноса.

Процессы переноса определяют отношения как попытку установить соматически-эмоциональную коммуникативную связь. В этих отношениях терапевту необходимо знать, как он соматически связывается с клиентом. Пульсация – основа связи и предполагает непрерывную циркуляцию, цель Келемана – восстановить пульсационный континуум:

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

Терапевтическая связь – постоянно меняющийся процесс со сложной организацией, он структурирует отношения на многих уровнях переживаний. В этом процессе перенос и контрперенос организуются соматическими эмоциональными установками клиента и реакциями терапевта. По мере того, как клиент проецирует на терапевта и вызывает ответные реакции, устанавливается процесс резонанса.

Терапевтическая задача – помочь клиенту создать контейнер, депрограммировать прошлые реакции и создать пульсирующее движение. Главное – эмоциональный отклик терапевта: если он не осознает свои нейронные, эмоциональные и мышечные реакции, он будет проецировать их на пациента. Перенос включает искажения пульсирующего континуума, и ключ к его решению – разрушение исходной структуры. Клиент структурировал прошлый опыт, и ему нужна помощь, чтобы деструктурировать его, сформировать новые мышечно-эмоциональные паттерны. Келеман пишет: «Реструктуризация устаревших связей – вот что такое соматическая терапия» (104).

Вирджиния Винк Хилтон: Работа с сексуальным переносом (1987)

Вирджиния Винк Хилтон отважилась обратиться к проблеме сексуального переноса, не самой легкой теме. На самом деле это одна из немногих биоэнергетических статей, которые я нашла, об этом специфическом типе переноса. Она подчеркивает важность осознания терапевтом собственных сексуальных проблем и их проработки в терапии и супервизии. Здесь мы можем увидеть, как понимались терапевтические

⁴ Bonding (анг)

отношения в 1980-х годах:

«Природа отношений между пациентом и терапевтом такова: это интенсивная интимная диада, в которой терапевт воспринимается как контролирующий и обладающий властью. Пациент находится в зависимом положении. Здесь нет взаимности, поскольку терапевт раскрывается сравнительно мало» (216).

То, что пациент проецирует на терапевта аспекты вожеленного объекта, Вирджиния считает «самым мощным инструментом для исцеления и исправления ошибок», в то же время «он может быть причиной величайшего разрушения», потому что, по ее словам, «трудно не злоупотребить такой силой, пытаясь исправить собственный эдипальный ущерб, поскольку терапевт может соблазнять или отвергать в соответствии с тем, что он сам пережил в детстве» (216).

Для терапевта существует опасность отыгрывания и обвинения пациента. Одно из важных утверждений: перенос заканчивается, только когда он проработан. Вирджиния определяет ответственность терапевтов: «Наша ответственность как терапевтов и тренеров прежде всего в том, чтобы понять наши собственные нерешенные проблемы и то, как они могут проявляться в контрпереносе» (219).

В работе с сексуальным переносом есть два основных момента: первый – установление четких границ, второй – признание и утверждение сексуальности пациента. Ребенку необходимо услышать от родителей: 1) ты сексуален, 2) ты привлекателен, 3) твои сексуальные чувства хороши. Ребенку необходимо, чтобы родители видели и признавали его сексуальность, не вовлекаясь в нее, и то же самое требуется от терапевта, который должен быть связан с собственной сексуальностью.

«Когда пациент в процессе терапии переживает свою сексуальную энергию с тем радостным, экспансивным чувством, которое ее сопровождает, нужно иметь мужество до конца соединиться с нашей собственной сексуальной энергией, оставаться полностью присутствующими и полностью отделенными, ничего не желая от пациента и ни в чем не нуждаясь» (223).

Лен Карлино. Использование «я» терапевтом (1993)

Лен Карлино предпочитает термин «использование терапевта "я"»⁵, а не контрперенос. Психоаналитическая мысль проводит различие между реальными отношениями (взаимодействиями между пациентом и терапевтом, которые лишены бессознательных проекций и основаны на точном восприятии) и отношениями переноса-контрпереноса, которые включают повторение прошлого, искажающее реальность. Поскольку трудно провести четкую границу между сознательным и бессознательным материалом терапевта, а разница между реальными отношениями и отношениями переноса относительна, лучший вариант для терапевта – активное использование контрпереноса: «Пациент стимулирует в нас свой отрицаемый аффект в надежде, что мы сможем вынести этот аффект и отреагировать на него» (89).

Пациент учится сдерживать и интегрировать свой аффект, пока терапевт передает его ему обратно. Такой опыт обучения через повтор должен включать эмоциональный ответ терапевта, «эмоциональная реальность» между пациентом и терапевтом «единственная реальность» (89).

⁵ the therapist's use of self (анг)

Преданность – наиболее важный атрибут терапевта, «непреклонная преданность, преданность истине для поддержания целостности отношений и процесса, а также понимание, как перенос формирует контрперенос и наоборот» (90).

Сильный контрперенос, который не может быть распознан и преодолен в процессе терапии, будет действовать вовне. Это может принимать разные формы: нетерапевтическая дистанция с клиентом, отказ от слияния с ним из страха выйти из-под контроля или получение от пациента непосредственного удовлетворения. Автор предлагает несколько рекомендаций по использованию терапевтом своего «я»:

1. Терапевт должен осознавать свои сильные и слабые стороны (структуру своего характера).
2. Любое вмешательство должно быть направлено на излечение пациента, а не на самоизлечение терапевта.
3. Использование себя в терапевтических отношениях следует рассматривать как непрерывный процесс.
4. Терапевт должен быть заземлен в своем теле, способен контейнировать сильный аффективный заряд и уметь его выражать.
5. Терапевт должен справляться со своими чувствами более конструктивно, чем родители пациентов.
6. Наиболее эффективный способ использования «я» зависит от того, насколько терапевт будет честным, прямым и неосуждающим.
7. Терапевту необходимо иметь прочные границы с пациентами, у которых их нет, и проницаемые границы, когда он допускает регрессивный опыт.
8. Терапевт должен уметь разделять ранние аффекты пациента, а не наблюдать их. Терапевт должен быть открыт для переживания некомфортных чувств – замешательства, тревоги, безумия, отчаяния, гнева и сексуального возбуждения.

Келеман приходит к выводу, что, чем больше у терапевта самосознания и самообладания, тем выше его способность к конструктивному использованию себя в терапевтических отношениях.

Жан Марк Гильерм. Телесный контрперенос у Фрейда, Райха... в наши дни (1994)

Что тело аналитика говорит самому аналитику? Жан Марк Гильерм описывает, как Серлзу пришлось придумать «детективную» задачу, чтобы разобраться в своих контрпереносных реакциях. Он вводит нас в свой собственный телесный контрперенос, раскрывая клинический случай и ссылаясь на контрпереносные телесные реакции у Фрейда и Райха:

Клиент, мужчина с постоянными жалобами, делает на семинаре пренебрежительное замечание о работе Гильерма как о поверхностной, Гильерм почему-то реагирует неадекватно, у него начинается диарея, он чувствует себя измотанным и впоследствии страдает. Пациент не приходит на следующий сеанс терапии, а терапевт испытывает ужасную боль в пояснице, и ему требуется несколько дней, чтобы восстановить пищеварение, снять напряжение в пояснице и осознать смысл происшедшего: он почувствовал себя публично униженным из-за замечания клиента о его терапевтических способностях как биоэнергетического аналитика и как человека.

По свидетельству Лоуэна, у Гильерма возник страх собственного насилия, когда он узнал, что его нарциссическая потребность быть супер-терапевтом для пациента (невозможный бессознательный запрос пациента) потерпела неудачу. Райх называет такой бессознательный запрос «пальцем Мидаса», как будто все, к чему прикасается аналитик, волшебным образом должно исцелиться. Тогда аналитик становится

волшебным целителем, а его интерпретации – волшебными подарками для пациентов, но это мутная история, поскольку приводит к ложной оценке пациентов и «к враждебности к пациенту, который не сумел дать своему аналитику нарциссическое удовлетворение от того, что тот его исцелил» (129).

Гильерм проходит через превратности контрпереноса, его телесные сигналы, желания терапевта, проецируемые на клиента, нарциссические амбиции и их провал, а также трудности разрыва отношений – существенные элементы для понимания того, что соматически разыгрывается в отношениях.

При этом он размышляет о физических симптомах, которые Фрейд и Райх испытывали из-за болезненных разрывов и разлук. Первый сердечный приступ у Фрейда случился после разрыва с Брейером, второй после смерти Абрахама, а обморок был связан с тем, что сказал Юнг. Райх заболел туберкулезом после того, как Фрейд холодно принял его теорию оргазма, а также после конфликтов с женой. Фрейд отверг его, не согласившись анализировать, он был очень травмирован конфликтом с Фрейдом, что, возможно, перекликается с его конфликтом с отцом.

Гильерм дает определение телесного контрпереноса, расходящееся с определением Фрейда, согласно которому контрперенос – аффект, возникающий у аналитика из-за воздействия пациента на бессознательные чувства аналитика. Эта точка зрения перекликается с утверждением Лоуэна, что аналитики недостаточно осознают собственную телесную структуру и недостаточно меняются на телесном уровне. Гильерм определяет контрперенос как «внезапное телесное возбуждение, непредсказуемое, непонятное на первый взгляд, до, во время или после сессии. Это возбуждение проявляется через телесный симптом, специфическое напряжение или материал сновидения. В любом случае оно связано с телом пациента или с его аффектом» (132).

Телесный контрперенос воспринимается терапевтом, по его словам, как своего рода травма, требующая длительной «детективной» работы по самоанализу и эмоциональной энергетической разрядки, а также терпимости и терпения, чтобы не вести себя неадекватно по отношению к пациенту, и заключает он так: «Возможно, наши контрпереносные телесные реакции что-то вроде иероглифов, которые мы не можем расшифровать в одиночку».

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

Говоря о двух видах контрпереноса, Боб Хилтон цитирует Алису Миллер:

1. Субъективный контрперенос, когда терапевт получает от пациента нарциссические ресурсы, в которых ему отказывали родители.
2. Объективный контрперенос, когда терапевт, проработав свои нарциссические потребности, чувствует в своем теле переживания пациента и с помощью этого соматического знания способен построить мост для эмпатического контакта и перейти к разрешению отношений переноса.

1. В субъективном контрпереносе он различает первичное «я», сжатое «я» и адаптивное «я». Первичное «я» – это базовое самовыражение психики/сомы в мире. Когда оно встречается с негативом, его энергия сжимается и формирует сжатое «я», которое подавляет жизненную силу первичного «я». Желание умереть вкладывается в сжатое «я», а потребности выживания развивают адаптивное «я».

Сжатое «я» и адаптивное «я» находят выражение в негативном «я», которое проявляется через негативность, а характерологическое «я» поддерживает равновесие между этими аспектами. Это форма, которую человек создал, чтобы выжить в тюрьме,

где он живет. Когда первичное «я» признано, реальное «я» может занять место характерологического «я». Хилтон рассматривает спектр возможностей, когда встречаются эти разные «я» пациента и терапевта. Он показывает, как пациент может чувствовать нарциссические травмы у терапевта и как они оба могут столкнуться, если пациент не удовлетворяет нарциссические потребности терапевта, как терапевт может отстраняться в соответствии со своей структурой характера и как он может манипулировать пациентом – как он должен был делать сам, чтобы выжить.

Терапевту важно разорвать этот цикл, пройти супервизию и личную терапию и построить фундамент настоящего «я». Он должен признать неудачи своего характерологического «я», оплакать первоначальную потерю и встретиться лицом к лицу с пациентом, которому нужно оплакать ту же потерю, и с этим новым осознанием пациент может быть услышан по-новому, он обретет реального человека, который поможет ему оплакать потерю.

2. Объективный контрперенос относится к способности терапевта стать открытым каналом связи с пациентом. Он способен испытывать чувства, которые вызывает в нем пациент, и позволять им присутствовать. Он должен оставаться заземленным в собственной реальности и может восприниматься как подлинная модель для пациента. В этом случае терапевт «способен использовать свое тело как резонирующий инструмент, на котором звучит "музыка" пациента. Такой резонанс – то, чего пациент не получал от собственной семьи, и теперь это станет основой для исцеления нарциссической травмы... Терапевт теперь может доверять своей интуитивной реакции и с меньшей вероятностью попадет в нарциссическую ловушку, куда попадал и он сам, и пациент» (262).

Через перенос и контрперенос терапевтические отношения способствуют взаимному процессу, в котором исцеляется и терапевт, и пациент:

«Процесс контрпереноса, через который терапевт должен пройти для собственного исцеления, – это такой же процесс переноса для пациента. Пациент-ребенок находится в постоянном процессе исцеления терапевта-родителя, так что он тоже должен исцелиться» (263).

Вита Хайнрих. Физические феномены контрпереноса. Терапевты как резонансное тело (1999)

Вита Хайнрих вводит понятие телесного резонанса и демонстрирует собственный творческий способ работы с интуицией как центральным телесным инструментом, используя ее, чтобы чувствовать свое тело и телесные резонансы пациента. Перенос и контрперенос проявляются как психосоматические феномены:

«Я должна включиться в свою интуицию, исследовать все, в отличие от аналитического расчленения, мои телесные ощущения и картины служат резонансом для физической реальности пациента» (20).

Во взаимодействии терапевта с пациентом бессознательные и подавленные качества и диссоциированные части пациента оказывают прямое воздействие на терапевта. Терапевт находится в энергетическом поле клиента (на расстоянии 20 см), «глаза закрыты, и вместо того, чтобы ощущать избирательные тактильные мышцы, я позволяю себе касаться, не прикасаясь». Занимая четыре позиции (по бокам, спереди и сзади), она объясняет:

«Я позволяю своему телу реагировать на физическую реальность пациента, возникают телесные ощущения: холод, расслабленность, голод, усталость, а со временем появляются более сложные чувства (стыд, страх, ярость, печаль) в сочетании с физическими признаками: ритмом дыхания и мышечной позой. Эти чувства показывают нечто от истинного "я" пациента, которое обменивается невербальными сообщениями от тела к телу» (21).

По мнению Хайнрих, резонанс может проявляться через метафоры, образы, телесные ощущения и чувства. Это телесные сообщения, которые посылает нам клиент. Существует энергетический обмен от тела к телу, который, по ее мнению, происходит быстрее, чем вербальный, это важный источник коммуникации. Осознание своих контрпереносных чувств помогает установить связь с чувствами пациента.

Бен Шапиро. Потопит ли айсберг «Титаник»? Избегание столкновений и сговоров, спровоцированных темной стороной клиента и терапевта: биоэнергетический подход (2000)

Бен Шапиро вводит в проблему переноса-контрпереноса с помощью метафорических образов. Айсберг и «Титаник» представляют клиента и терапевта, которые могут столкнуться и сговориться. Он вводит нас в то, что он называет «темной стороной» терапевта и клиента, то есть в негативные аспекты переноса и контрпереноса.

Клиент стоит на айсберге, вызывая к спасению из своего отчаянного положения, вершина айсберга – ложное «я» клиента, позади – структура его характера. Стоя на капитанском мостике, терапевт хочет помочь. Он различает светлую сторону – терапию – и темную сторону – защитные аспекты клиента: сопротивление, негативный перенос, отыгрывание, они представлены подтаявшим льдом, угрожающим потопить грандиозность терапевта. Есть также темная сторона самого терапевта – его подсознательные страхи и стремление их подавлять. И он показывает нам способ избежать столкновения с темной стороной:

Символически терапевт использует созвездия, чтобы подойти к айсбергу, увидеть, где лед опасен, и может использовать чувство юмора, что поможет клиенту увидеть своих дьяволов, чтобы они могли быть проработаны. Клиент может присоединиться к терапевту, и оба погружаются с аквалангом, чтобы рассмотреть самые сложные аспекты темной стороны. Темная сторона – это чувства и импульсы, заблокированные структурой характера. Шапиро использует образ дьявола как олицетворение темной стороны.

Лесли Кейс. Когда доверие превращается в недоверие и другие опасности контрпереноса (2000)

Лесли Кейс делится очень личными и интимными переживаниями и размышлениями о переносе и контрпереносе на своем долгом терапевтическом пути, включая опыт работы со многими терапевтами. Она пишет: «Чтобы оказаться в этом теле, потребовалось двадцать шесть лет терапии с шестью биоэнергетическими терапевтами» (67).

Во время своего путешествия она узнала довольно много о проблемах переноса и контрпереноса и о том, чего боятся терапевт и клиент:

«Взаимное сопротивление исследованию взаимодействий мешало мне встретиться со своими глубинными страданиями. Я боялась

слабости и неудачи, неадекватности и ничтожности. Они тоже боялись своих недостатков. Каждый защищался от прошлого, каждый делал свою жизнь более предсказуемой» (72).

На основе своего сложного и глубокого опыта она размышляет о возможных опасностях, которые могут вмешаться в терапевтические отношения, и если обобщить, таковы:

а) непонимание, б) отсутствие поддержки, в) обвинение, г) терапевт слишком старается, д) отказ, е) терапевт слишком близок или слишком далек, ж) получение двойных сообщений, з) подавление терапевтом.

Я считаю ее статью, где она описывает свое путешествие с помощью поэтических образов, делится внутренними переживаниями, тьмой и светом, связью и разрушенными мостами, радостью и бессилием, сонастройкой и предательством, очень смелым поступком. Кейс делится всеми тонкостями терапевтических отношений, погружаясь в глубины своей души и тела. Заканчивает она такими словами:

«Путешествие, которое я только что описала, вело меня очень неровной дорогой. Временами она была очень опасной. Там было полно тупиков и обходных путей, безвыходных ситуаций и зарослей клевера. Контрперенос с моими терапевтами создал множество препятствий, добавив их к тем, что были структурированы в моем теле. Но, к счастью, истина и красота биоэнергетического анализа оказалась сильнее наших характеров» (80).

Мишель Брайен. Тела в резонансе

Мишель Брайен развивает тему телесного резонанса между терапевтом и пациентом: как терапевт может чувствовать, что происходит в теле пациента. В терапевтическом процессе тело постоянно передает сообщения. И тело терапевта словно чувствует внутренние переживания пациента, которые тот пытается уловить, но они пока недоступны его сознанию. Тело терапевта становится важным терапевтическим инструментом, который нужно расшифровать, важной частью сообщения, которое нужно понять, терапевтическим инструментом раскрытия, он так же важен, как слова и слушание, он позволяет исследовать территории, где слова недоступны:

«Можно ли думать о симптоме в теле терапевта как о раскрытии динамики клиента? Если обращать на него внимание, тело говорит, непрерывно передает сообщения. Тело терапевта словно открывает внутренние переживания клиента, которые еще не доступны. Телесные проявления в терапевтическом контексте относятся к невербальному сообщению, которое должно быть понято. Тело – важная часть дискурса, который должен быть понят, оно становится терапевтическим инструментом, таким же, как слова и слушание» (2).

Он цитирует трех авторов, которые внесли вклад в проблему резонанса клиента в теле терапевта. Цитируя Райха, он говорит, что мы сохраняем принцип функциональной идентичности, от Лоуэна мы берем циркулирующую энергию, а от Келемана – связи между семейным окружением клиента и соматической структурой, которая им обусловлена. Именно этот путь он называет переходом от структуры тела к телу в резонансе. Он раскрывает интересную концепцию Келемана: тело клиента как

окружение терапевта. Окружение клиента дисрегуляционно и нуждается в помощи:

«В терапии среда, с которой сталкивается терапевт, – это тело клиента с его историей, выражением, способом контакта. Именно в резонансе с телом клиента тело терапевта вырабатывает ответ» (4). Он использует прекрасный музыкальный образ: «Мелодия, которая резонирует в теле терапевта, – это музыка, звучащая в теле клиента. Как и в музыке, клиент излучает волну, несущую эмоцию, которая воздействует на тело терапевта» (5).

Он цитирует Сандлера и его концепцию «плавающего резонанса»⁶, и видит сходство между слушанием тела и психоаналитическим плавающим вниманием при слушании слов. Валлин, теоретик привязанности, который утверждает, что «мы – инструменты нашего ремесла», считает терапевта основным инструментом для терапевтических изменений, а Брайен рассматривает тело терапевта как этот основной инструмент. Циркуляция энергии в теле терапевта показывает терапевтический процесс в действии в теле клиента. Напряжение в теле терапевта сигнализирует о защите в теле клиента. Таким образом, напряжение – это индикатор конфликта, и наоборот, циркуляция энергии показывает жизнь в движении.

Еще одна красивая метафора, которую он использует, – тело как земля, на которой заземляются слова. Он подчеркивает, что терапевту необходимо заботиться о себе, чтобы клиент мог резонировать со здоровым телом терапевта. Тогда, говорит он, мы сможем стать землей, на которой клиент сможет посеять свои семена и вспомнить их позже. И в завершение он приводит еще одну музыкальную метафору, чтобы объяснить происходящий взаимосвязанный процесс исцеления: «Тело терапевта предлагает множество резонансов, чтобы пациент мог сочинить свою пьесу и принять мелодию, которая создается в терапевтическом альянсе» (9).

Для него биоэнергетический анализ предлагает ключевой доступ к терапевтическому использованию резонирующего тела.

Луиз Фрешетт. Контрперенос, как использовать его энергетически? (2004)

Луиз Фрешетт цитирует Сирлза, который рассматривает перенос и контрперенос как «попытки вылечить, исправить и сделать других цельными», а контрперенос – как «место для взаимного роста» (1).

В терапевтическом лечении есть две функции, основная – обеспечить аналитическое урегулирование пациента через инсайт, и вторая – урегулирование психопатологии аналитика только в том случае, если это способствует основной функции. В своем учебном пособии она рассказывает о некоторых авторах (Irvine, Stern), которые различают два типа контрпереноса:

1. Контрперенос, возникающий из-за нерешенных проблем аналитика.
2. Контрперенос как реакция на перенос пациента.

Комплиментарный перенос «возникает, когда аналитик бессознательно идентифицируется с внутренними объектами пациента и переживает их как собственные внутренние объекты, активизирующие неразрешенные конфликты в самом аналитике» (2).

Луиз развивает концепцию проективной идентификации и определяет ее как бессознательное взаимодействие, не зависящее от конфликтов аналитика. Это реакция

⁶ floating resonance (анг)

терапевта на интенсивность и качество проективной идентификации пациента:

«Если у терапевта возникает незнакомое ощущение, эмоция, мысль, что-то, что кажется "нехарактерным", ощущается как "фальшивая нота", чего почти никогда не ощущается с другими пациентами, есть вероятность, что терапевт столкнулся с частью, которая принадлежит пациенту, но которой тот не может владеть в данный момент» (4).

«С помощью защитного механизма проективной идентификации пациент передает это ощущение, чувство, мысль терапевту, чтобы он "держал" их, пока пациент не будет готов взять их обратно и интегрировать на сознательном уровне ... это часть, которая принадлежит пациенту, но он не может владеть ей в данный момент» (4).

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

Боб Льюис. Пересмотр проективной идентификации, слушание с помощью лимбической системы (2004)

Боб Льюис пересматривает концепцию проективной идентификации в свете нейробиологии. Он рассматривает клинические последствия психо-нейробиологической модели проективной идентификации Шора. По мнению Шора, это процесс, который используется на протяжении всей жизни, он включает невербальные, спонтанные эмоциональные коммуникации в диаде. Шор описывает как здоровые, так и нездоровые регуляции в ранней диаде как «беседы между лимбическими системами», а Льюис добавляет: «если диадные беседы включают в себя значительную дисрегуляцию и дезадаптацию, защитное использование проективной идентификации запечатлевается в созревающей лимбической системе».

Тело терапевта должно быть доступно для состояний дисрегуляции клиента, как эмпатичная мать, которая адекватна внутренним состояниям младенца: «именно тело терапевта – основной инструмент психофизиологической настройки» (4). Льюис определяет процессы проективной идентификации как соматосенсорные: «Поскольку чувства и эмоции – феномены психофизиологические, а "я" – телесно, проективная идентификация – не речевая, а скорее телесно-душевная коммуникация» (4).

Что можно сделать, чтобы не разорвать эмпатическую связь с вашей болью и болью пациента и избежать перехода из состояния правого (чувствующего) полушария в состояние левого (думающего)? Решение, по словам Льюиса, в том, чтобы удерживать висцеральное состояние, пока не явятся образы (зрительные, тактильные, обонятельные и т.д.), хотя слуховой и тактильный материал может возникать и без образов.

По мнению Льюиса, телесные сообщения, которые передаются через позу, жесты, движения, не часто признаются в терапевтическом контексте. В частности, он пишет о руках пациента и о том, как они могут выражать его внутреннее состояние.

Мы можем расшифровать телесные послания пациента с помощью своей правой орбитофронтальной коры, а то, что пациент передает через проективную идентификацию, декодируется правым полушарием терапевта: «только бессознательное аналитика может принять сообщение». Он рассматривает терапевта как контейнер для

дисрегуляции внутренних состояний пациента:

«Когда я сижу с пациентом и обращаю его внимание на тон его голоса... мой способ присутствия с ним – это удерживание его бессознательного, соматосенсорного или иного неинтегрированного материала...» (11).

В конце он пишет, что есть вещи, которые невозможно хорошо объяснить, и проективная идентификация – одна из них.

Виолен де Клерк. Тело, отношения и перенос (1993, переработано в 2007)

Классические аналитические отношения имеют два аспекта: развитие аналитических отношений и разрешение переноса, а в биоэнергетическом анализе есть еще и третье измерение – тело: «работа с телом рассматривается как ось, вокруг которой артикулируются два других измерения процесса...» (180).

Традиционно биоэнергетический анализ имел два измерения: вербальная аналитическая работа и телесные процессы. В терапии возникали два реляционных феномена: «реальные» отношения и отношения переноса, и отношения переноса-контрпереноса считались всем спектром терапевтических отношений.

Виолен де Клерк пишет, что Ван Лисбет предлагает три реляционных феномена, развивающихся в терапии, и рассматривает отношения между терапевтом и пациентом как основной терапевтический агент:

1. отношения переноса, основанные на внутреннем мире пациента, независимом от терапевта. Он стимулирует контрперенос, который является частью процесса.
2. отношения в обычном смысле слова, когда терапевт вступает в отношения с пациентом. Они определяются слепыми пятнами аналитика, которые необходимо проработать в терапии и супервизии.
3. аналитические отношения, обусловленные трансформацией двух предыдущих, а также отношением и интерпретацией аналитика. Это приводит к реальным и способствующим росту отношениям, в которых аналитик и пациент образуют интересубъектную связь. Три эти явления имеют место на протяжении всего терапевтического процесса.

В основе биоэнергетического анализа лежат аналитические отношения. В них аналитик принимает на себя родительские функции, эмоционально сдерживается и доступен для пациента. С этой точки зрения, в биоэнергетическом анализе есть три измерения – работа с отношениями, работа с телом и анализ переноса, – взаимосвязанных между собой. Каждое из измерений производит терапевтические изменения, и каждое влияет на два других.

В основе терапевтического процесса лежит развитие аналитических отношений. Аналитик устраняет тупики, возникшие из-за дефицита развития «я» в результате ранних травмирующих привязанностей, и это можно исцелить через реляционный опыт, и участвует в формировании отношений, которые будут взаимными. Работа с телом в переносе и в аналитических отношениях может предшествовать анализу переноса, проходить одновременно с ним, после него или ему помогать.

1. Работа с телом и отношения переноса

- а) Работа с телом предшествует анализу переноса: «Только эмоционально связанные инсайты приводят к освобождению и терапевтическим изменениям» (192).

б) Работа с телом как вспомогательное средство анализа переноса делает его более доступным, поскольку физические вмешательства терапевта могут вызвать реакции переноса. Терапевт выступает в качестве объекта переноса.

в) Анализ переноса предшествует работе с телом.

г) Работа с телом и анализ переноса происходят одновременно. Это делается, когда мышечные зажимы характера воплощают эмоцию переноса.

Она заключает, что «телесные интервенции, которые служат анализу переноса, это телесные эквиваленты интерпретации переноса. Это аналитическое измерение работы с телом» (197).

2. Работа с телом и аналитические отношения

Аналитические отношения возникают, когда телесное «я» развито, но сильно нарушено: «чувства и восприятия возникают из "субъекта", но могут быть ригидными в реляционных тупиках, обусловленных ранним опытом отношений» (199).

Согласно де Клерк работа с телом, объединяющая эмоциональный опыт, развивает аналитические отношения. Если терапевт участвует в обмене, это способствует развитию аналитических отношений. Терапевт восстанавливает и создает связи: «биоэнергетический терапевт позволяет взаимодействию между пациентом и терапевтом совместно создавать вибрацию, которая представляет собой важный корректирующий эмоциональный опыт для пациента, вовлекающий всю его организацию и высвобождающий его жизненную силу» (200).

В конце она приводит некоторые мысли о «правильном присутствии» терапевта в биоэнергетической обстановке: «биоэнергетический терапевт активно участвует в партнерстве в реляционном опыте, который позволяет эмоциональный обмен, сохраняя при этом аналитическую позицию» (202).

Ги Тонелла. Привязанность, перенос и контрперенос (2008)

Ги Тонелла различает две возможности переноса:

а) работа с сексуальными конфликтами (анализ характера), основанная на аналитическом процессе «тело-разум», где работают с мышечными зажимами, защитными психическими паттернами и реляционными паттернами как с переносом.

б) работа с дефицитом и травмой развития, которая требует интерсубъектной системы, где больше работают невербально. Терапевт – безопасная база для пациента, и здесь действует регулирующая система. В этом случае «терапевт уже не тот, кто знает, читает лекцию о теле и интерпретирует, а тот, кто переживает, регулирует, осуществляет обратную связь и вносит свой вклад в сотворчество, чтобы придать происходящему смысл» (5). Он цитирует Фонаги, который внес вклад в развитие этого интерсубъектного аспекта утверждением, что, «когда пациент ощущает, что терапевт его чувствует и думает о нем, он начинает чувствовать и думать сам» (5).

Тонелла проводит различие между традиционной концепцией переноса и переносом привязанности:

«То, что мы обычно называем переносом, может осуществляться через позы тела, эмоциональные выражения на лице, в глазах, едва заметную дрожь или спастические микродвижения, поверхностное дыхание, мысли, образы, мечты и фантазии. Терапевт бессознательно, через проекции, воспринимается как реальный родитель пациента.

Работа с переносом означает помощь пациенту в осознании этих проекций и освобождении или трансформации механизмов тела и ума, которые производят такой "повтор"» (5).

Но он выделяет и другой аспект переноса – перенос привязанности, когда клиент воспринимает терапевта как родителя, которого у него не было. При таком переносе пациент воспринимает терапевта не как родителя, который отвергает его сексуальность, а как родителя, который может удовлетворить его первичные потребности. Пациент не надеется освободиться от подавления, но надеется встретиться с реальной личностью терапевта.

В переносе привязанности пациенту необходимо интернализировать надежного, эмпатичного родителя, которого у него никогда не было. Пациент будет взаимодействовать с терапевтом в соответствии со своим бессознательным паттерном привязанности, он будет адаптироваться, замирать, чувствовать угрозу... и т.д. Эти установки, пишет Тонелла, принадлежат телесному «я», они проявляются, действуют, но, возможно, для них нет слов. «Пациент, сам того не зная, использует свою лимбическую память», – говорит Тонелла. Это специфический перенос привязанности, который «находится не в речевой памяти, не в мыслях с представлениями и словами; он находится в телесном "я" и в формах взаимодействия с другими» (6).

Он видит некоторые задачи терапевта в таком режиме переноса:

- исследовать паттерн привязанности пациента, который может проявляться в неуверенности, страхе быть проигнорированным или непонятым, дисрегуляции внутренних состояний и т.д.
- помочь пациенту обнаружить происхождение его паттерна привязанности, чувствуя и ощущая его через лимбический резонанс. Он поможет пациенту «чувствовать это состояние и больше не быть в этом состоянии».
- помочь пациенту понять, как такой паттерн привязанности влияет на его любовные и сексуальные отношения. Сексуальные проблемы, утверждает Тонелла, могут быть последствиями небезопасной довербальной привязанности.

На вопрос, что такое контрперенос, Тонелла отвечает, что «контрперенос – это реакция терапевта на небезопасную модель привязанности в ответ на небезопасную модель привязанности пациента» (6). В зависимости от собственной модели привязанности терапевта, он будет допускать или отвергать сенсорно-эмоциональные проявления пациента.

3. Переосмысление терапевтических отношений, переноса и контрпереноса. Вклад реляционного психоанализа, теории привязанности и нейронауки через призму авторов-биоэнергетиков

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

Исторически сложилось, что терапевтические отношения считаются асимметричными. Предполагается, что терапевт знает и интерпретирует, а пациент не знает о своих бессознательных частях, которые должны быть раскрыты. Контрперенос рассматривался как помеха терапевтическому процессу из-за неразрешенных конфликтов терапевта. Но эта концепция развивалась и в терапевтическом поле биоэнергетического анализа. В реляционных психоаналитических подходах он воспринимается совершенно иначе – как необходимый для терапевта инструмент. Перенос и контрперенос рассматриваются как интерактивная матрица и нацелены на

конструктивное использование контрпереносных реакций терапевта. Терапевт и клиент вносят свой субъектный вклад в терапевтический альянс, и терапевт больше не интерпретирует, а участвует и совместно создает. Перенос и контрперенос проявляются в телесных измерениях, которые впервые появляются в терапевтических подходах, не основанных на телесности, в основном благодаря этим новым теориям. Реляционные аналитики говорят теперь о «воплощенном контрпереносе», признавая значение телесных процессов.

Реляционность и интерсубъектность оказали глубокое влияние на терапевтическую практику. Интерсубъектный опыт пациента и терапевта играет важную роль, поскольку и терапевт, и клиент вносят свой субъектный вклад в создание терапевтического альянса. Такой сдвиг предполагает перемещение терапевта с позиции интерпретации или назначения лечения на позицию участия. Такие аналитики говорят об «интерсубъектном теле», имея в виду сложные и неосознаваемые взаимодействия в диаде.

Интересен вклад Бостонской группы – группы реляционных аналитиков и исследователей (Стерн, Троник, Лайонс-Рут и др.), на которых повлияла философия Мартина Бубера. Главная идея Бубера – любое подлинное исцеление подразумевает аутентичную встречу с другим. Их определение терапевтических отношений: между пациентом и терапевтом существуют реальные, аутентичные отношения, которые Лайонс-Рут определяет как:

«интерсубъектное поле, образованное пересечением имплицитных знаний пациента и терапевта о взаимоотношениях. Это поле выходит за рамки переноса и контрпереноса и включает в себя аутентичные личные импликации и представления о том, как быть друг с другом» (2007).

Еще одно понятие, введенное этой группой, – «имплицитное знание отношений», и оно относится к бессознательным процессам, хранящимся в имплицитной памяти, которые проявляются благодаря бессознательному материалу, присутствующему в отношениях.

Аналитический третий, интерсубъектность и поле отношений

«Аналитический третий» – концепция, разработанная реляционными аналитиками Огденом и Бенджамином. Они считают, что в терапевтическом пространстве присутствуют две субъектности, и между ними существует связующее пространство. Такое интерсубъектное пространство Огден и Бенджамин называют «интерсубъектным аналитическим третьим», своего рода третьей субъектностью, которая возникает в результате взаимодействия двух других. Отношения между двумя этими субъектностями и пространство связи между ними образуют реляционное поле или интерсубъектную систему. В этой системе между терапевтом и клиентом происходит непрерывное взаимодействие. Такой непрерывный психический, эмоциональный и соматический взаимообмен в основном бессознателен. В аналитическом третьем хранятся все идеи, убеждения и фантазии, созданные совместно и разделяемые пациентом и аналитиком.

Для многих реляционных теоретиков концепция «обоюдного взаимодействия» заменяет традиционные понятия переноса и контрпереноса в клинической практике, поскольку перенос и контрперенос относятся скорее к первой модели (Старк), фокусирующейся на интрапсихическом, которая не учитывает переплетение субъектностей. Некоторые ученые предлагают даже отказаться от понятия переноса

(Родригес Сутил), а другие (Лакман) – радикально его пересмотреть.

Арон, реляционный аналитик, которого цитирует Сассенфелд, указывает на ограниченность концепции переноса, поскольку терапевт не только реагирует на взаимодействие с пациентом, но и инициирует его. Для него термин контрперенос минимизирует влияние терапевта на пациента. Разные реляционные теоретики по разным причинам критикуют аналитическую концепцию проективной идентификации и отказываются от нее (Арон, Митчел, Столороу, Брандхафт и Этвуд). Сассенфелд, реляционный аналитик, показывает такое изменение перспективы:

«Классическая модель работает только в одном направлении: аналитик воздействует на пациента, а не наоборот. Реляционный подход подчеркивает взаимное влияние в двух направлениях, что приводит к взаимной трансформации, если пациент меняется, это обусловлено трансформацией интерсубъектной системы, поэтому терапевт тоже должен измениться». Арон пишет, что взаимность относительно асимметрична, есть влияние друг на друга, но это влияние не одинаково, нет общих ролей, функций и обязанностей» (58).

Сассенфелд вводит понятие «эмерджентных паттернов», новых паттернов, которых раньше не существовало и которые появляются в результате взаимодействия терапевта и пациента. «В нелинейном комплексе динамических систем обоюдное взаимодействие между компонентами может порождать эмерджентные паттерны, формы и структуры, которые возникают в результате взаимодействия» (58).

В этой реляционной психоаналитической модели перенос и контрперенос рассматриваются совершенно иначе – как процесс взаимодействия, о чем пишет психоаналитик Джоди Дэвис:

«Теперь мы признаем процесс переноса-контрпереноса как сущностно и неустранимо интерактивный... переносы – это не искажения, а конкурирующие, часто конфликтующие, организующие схемы или межличностные фантазии, лежащие в основе уникального стремления каждого участника к самоинтеграции... переносы – это не обязательно вытеснение прошлого» (185).

Психоаналитическая теория, отмечает Ангела Клопстех, претерпела глубокое изменение от фрейдистской модели влечения к первым моделям отношений (теория привязанности, теория объектных отношений, эго-психология), которые были направлены на предоставление некоторого корректирующего опыта, к более поздним реляционным моделям, базирующимся на концепции Бубера (Я-Ты), сфокусированным на взаимодействии. Реляционная парадигма, предложенная Бостонской группой и другими аналитиками, рассматривает отношения как решающий элемент трансформации и развивает идею, что наше самоощущение постоянно трансформируется под влиянием интерсубъектного реляционного опыта. Соматосенсорные переживания занимают важное место, и они говорят о бессознательной памяти тела, которая носит название имплицитной. Содержание, хранящееся в имплицитной памяти, образует «имплицитное реляционное знание» (термин, предложенный Бостонской группой), которое может быть преобразовано только через реальный опыт.

Еще одна ключевая концепция, которую они используют, – концепция интерсубъектности, пришедшая из феноменологической философии. Разум, тело и окружающая среда тесно связаны и взаимосвязаны, и картезианское разделение на разум

и тело уже неприемлемо. Исходя из этого, больше нет пациента в терапии, а есть две взаимодействующие субъектности. Как пишет Джоди Дэвис:

«Есть два участника, которые встречаются, пытаюсь создать оптимальное пространство, где можно пережить и проработать многочисленные аспекты того, кем оба были, есть и еще могут надеяться стать. Мы ищем способы дотянуться и прикоснуться друг к другу, взрастить, возбудить, успокоить и в конце концов исцелить болезненные точки. В этом интересубъектном пространстве аналитик тоже хочет, чтобы к нему обращались, чтобы его знали и признавали» (188).

3b. Влияние реляционности и интересубъектности в биоэнергетическом анализе

Стерн (Stern), член Бостонской группы, подчеркивает значение отношений как главного элемента в процессах изменения:

«Большинство из нас пинками и криками гнали к пониманию, что то, что действительно работает в психотерапии, – это отношения между терапевтом и клиентом. Мы все опустошены этой реальностью, потому что потратили годы и кучу денег на изучение определенной техники или теории, и очень горько сознавать, что то, чему мы научились, лишь средство или трамплин для создания отношений; именно здесь и происходит работа» (Stern, цит. по Resneck, 2012).

В 1980-90-х годах на мировое поле психотерапии оказали сильное влияние новые размышления и выводы, сделанные на основе этих новых теорий, и некоторые смелые биоэнергетические аналитики начали исследовать и внедрять новые концепции, которые глубоко повлияли на понимание и динамику терапевтических отношений и понятия переноса и контрпереноса. Я собираюсь осветить эволюцию терапевтических отношений, через работы некоторых авторов-биоэнергетиков, которые, не отказываясь от базовых принципов Лоуэна, почувствовали необходимость связи с основными современными психотерапевтическими подходами и включили свои работы в биоэнергетическую теорию и практику, обогащая их, находя новые нюансы и в то же время стремясь обеспечить место биоэнергетическому анализу среди основных терапевтических подходов. Реснек-Саннез (2005) дает исторический обзор и рассматривает три хронологические парадигмы в биоэнергетике:

- Первая, разработанная Пьерракосом и Лоуэном, рассматривала человека со стороны, ее можно сформулировать как «разружьте панцирь и будете свободны».
- Вторую, разработанную Келеманом, Боделлой, Бойерсеном и Левином, можно сформулировать как: «важна не только внешняя структура, но и поток энергии в теле».
- Третья парадигма Карлино, Финли, Льюиса и Хилтона, и, я бы добавила, Кэмпбелла, представляет нейробиологические исследования и исследования привязанности. В третьей парадигме терапевт уже не нейтральный наблюдатель, читающий тело. В последние годы наблюдается сдвиг в сторону более ориентированного на отношения подхода, например, модель «полтора/два человека» Марты Старк, которая будет описана ниже.

Я бы добавила сюда четвертую волну биоэнергетических аналитиков,

появившуюся в последние годы: Реснек-Саннез, Клопстех, Шретер, Тонелла, Скотт Баум, Хайнрих-Клауэр, Клауэр, Коемеда и, возможно, некоторые другие, с работами в области теории привязанности, реляционного психоанализа, нейробиологии, поливагальной теории и т.д., которые пересматривают биоэнергетические концепции в свете последних исследований и предлагают новый взгляд и понимание биоэнергетических концепций. С этим приходит новый взгляд и на терапевтические отношения, на перенос и контрперенос как на диадное соматическое и реляционное взаимодействие.

Ангела Клопстех цитирует размышления Старка об этой эволюции:

«Психоанализ прошел долгий путь с тех пор, как Фрейд делал акцент на сексе и агрессии. В центре внимания теперь не влечения и не отношения пациента, не связь между структурами внутри психики, современный психоанализ фокусируется на интересубъектных отношениях между пациентом и терапевтом» (44).

Для нас, биоэнергетических аналитиков, это нелегкий процесс – быть открытыми для новых концепций и в то же время находить способ сохранить свои корни. Клопстех обращается к борьбе за интеграцию новых знаний без потери нашей сущности:

«Биоэнергетический анализ с самого начала своего существования сохранял довольно сильную теоретическую ориентацию, используя в качестве основы модель влечений классического фрейдистского анализа и райхианскую модель анализа характера. Но он не смог адекватно интегрировать более новые аналитические теории, которые фокусируются на самости, объектных отношениях и интересубъектности. Попытки предпринимались различными авторами... но они пока не достигли критической массы, чтобы обеспечить последовательные изменения... В борьбе за интеграцию психоаналитических концепций мы, биоэнергетические аналитики, рискуем потерять глубокую связь с энергетическими и телесными аспектами наших достижений и превратиться в школу психотерапии с включением телесных техник» (46, 2012).

Эта эволюция привела к дискуссии в терапевтическом поле о двух моделях терапевтических отношений – модели «психологии одного», сконцентрированной на внутренней динамике пациента, и модели «психологии двоих», сконцентрированной на реляционных аспектах. Клопстех знакомит нас с тремя моделями Старка:

- Модель одного рассматривает человека в интрапсихических рамках как закрытую систему с внутренними влечениями и защитами. Терапевт – наблюдатель, на которого проецируется перенос пациента. Контрперенос рассматривается как вмешательство в нейтральность терапевта и должен быть устранен. Фактор исцеления идет от интерпретации (классический фрейдистский анализ)

- Модель полтора (психология «я» и объектные отношения) рассматривает пациента как нуждающегося в эмпатическом терапевте, который бы его утверждал. Фактор исцеления – корректирующий эмоциональный опыт, который предоставляет терапевт.

- Модель двоих (современные интерактивные и реляционные школы) строится на взаимных отношениях, где терапевт – активный участник. Перенос – диадный процесс, а контрперенос – реакция на пациента. Фактор исцеления – аутентичные

отношения. Она отмечает, что терапевтам желательно уметь работать с тремя моделями в зависимости от ситуации.

Согласно Клопстех, биоэнергетика начинается с модели одного (терапевт работает с эмоциональными блоками и связывает их с детством клиента) и переходит к более реляционному методу, от одного к полутора (пациент занимает свою позицию, терапевт обеспечивает эмпатию) и двоим (терапевтические отношения как центральный инструмент исцеления пациента). В последнем случае два аутентичных субъекта вступают в отношения здесь и сейчас. Модели 1 и 2 знакомы биоэнергетическим терапевтам, модель 3 представляет собой серьезный вызов, мы склонны выбирать ту модель, которая является для нас естественной базой, исходя из нашего характера, отмечает Клопстех.

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

«Спазмы – результат реляционных травм. Их можно "исправить" только в отношениях, и никакая "самопомощь" и "я сделаю это сам" не помогут их разрешить или расслабить» (Hilton, 198, 1984).

«Энергетическая динамика тела и его сдерживающие паттерны рассматривались как внешнее проявление внутреннего процесса. Изменение формы и подвижности тела означало изменение жесткости внутренних психических конфликтов клиента... предполагалось, что исцеление происходит благодаря снятию напряжения и не предполагает отношений с человеком, способствующим освобождению» (Hilton, 32, 2000).

По мнению Хилтона, классического биоэнергетического подхода недостаточно, нужны были подлинные и реальные отношения между пациентом и терапевтом, два тела, танцующие взаимный танец. В этой реляционной модели то, что исцеляет и производит терапевтические изменения, – реляционная динамика внутри диады. Он пишет:

«Мне нужен был тот, кто будет предан нашим отношениям, кто сможет выдержать бури моего гнева и разочарования, кто ни разу не подумает, что все, что произошло в терапии, невозможно проработать; кто сохранит приверженность независимо от результата. Мне нужен был тот, кто будет бороться за нас» (Hilton, 37, 2000).

Реляционность и интерсубъектность оказали глубокое влияние на биоэнергетический анализ. В настоящее время существует представление о двух телах, двух разумах и двух энергетических системах, которые взаимодействуют и влияют друг на друга. С одной стороны, это может быть сложнее для аналитика, поскольку он чувствует себя более открытым или менее защищенным, с другой, выигрыш значителен, поскольку терапевт чувствует себя свободнее, может быть тем, кто он есть, и вступать в реальные отношения, где он должен быть не идеальным терапевтом, а реальным человеком.

3с. Вклад нейробиологии в область психотерапии

Исследования в области нейробиологии оказали глубокое влияние на понимание

терапевтического процесса, независимо от подхода. Эти теории дают представление о пластичности мозга и о том, как эмоции, убеждения и отношения меняют нервные цепи в мозге. Они подтвердили, что мозг, тело и нервная система структурируются через отношения с окружающей средой. И обосновали теорию привязанности и разработали психонейробиологическую теорию эмоционального развития в детстве.

Это стало эмоциональной революцией в психотерапии, как в шестидесятые она была бихевиорально-ориентированной, в восьмидесятые-девяностые – когнитивистской, теперь центральное место заняли эмоции и соматосенсорные процессы. Мозг и эмоциональные связи исчерпывающе изучены, как и различные функции полушарий мозга. И Шор, и Сигел включают принципы привязанности в работу мозга, и их исследования подтверждают, что опыт привязанности организует работу мозга именно через эмоциональную коммуникацию. На смену «я и ты» теперь приходит «мы». Новые теории включают в процессы изменения тело, что мы, биоэнергетические аналитики, знаем и практикуем уже давно. Некоторые биоэнергетические аналитики ввели концепции нейробиологии в свои труды и практику. Я благодарю этих авторов за их вклад и за то, что они поддерживают нашу связь с основной частью психотерапевтического мира, позволяют нам признавать современные парадигмы и не быть изолированными от них. Мне было интересно посмотреть, как эти новые концепции повлияли на биоэнергетических аналитиков и фигурируют в их работах, и моя цель – провести вас по материалам, которые обогатили биоэнергетический анализ концепциями, пришедшими из этих теорий.

Клопстех (2008) ратует за необходимость «переосмыслить то, что мы делаем биоэнергетически, в рамках нейробиологии». Разрабатываются и включаются такие понятия, как возбуждение, саморегуляция, зеркальные нейроны, окно толерантности, соматическая настроенность и другие, влияющие на понимание терапевтического процесса. Некоторые понятия, такие, как перенос, заземление, катарсис, энергетический заряд и другие, пересматриваются, расширяя наше представление о них.

Концепции Дэниела Сигела

Вклад Дэна Сигела и Аллана Шора в новое понимание динамики терапевтических отношений просто поразителен. Сигел, психиатр-стажер, недовольный традиционными методами психиатрического лечения, пришел послушать выступление Мэри Мейн, исследователя привязанности, и оно произвело на него глубокое впечатление. Эта встреча пробудила в нем огромное желание узнать, как привязанность влияет на нейробиологию человека и как это может помочь нейронной интеграции. В работе «Межличностная нейробиология» он развивает идею, как отношения формируют мозг, как мозг можно изменить и что это непосредственно влияет на терапевтические отношения. В этой нейробиологической системе эмоции становятся центральным элементом, именно через передачу эмоций опыт привязанности организует мозг ребенка, и именно через совместные эмоции и опыт между пациентом и терапевтом структурируются новые нейронные связи. В результате могут измениться и терапевт, и пациент.

Он разрабатывает новую концепцию разума – одновременно воплощенного и реляционного. Разум рассматривается как сложная концепция, объединяющая межличностные процессы, процессы тела и функционирование мозга. Процесс, названный «разум», локализован в теле и в отношениях. Согласно его теории, воплощенный разум – это разум, который имеет дело не только с тем, что происходит в голове, но и с тем, что происходит во всем теле. И этот разум является реляционным, потому что мы живем в рамках отношений, и наши связи с людьми формируют наши ментальные и эмоциональные процессы. Это разум, который возникает благодаря

встречи с другими разумами.

Интересно, что он говорит об энергии. Существует поток энергии, и то, как энергия течет через нашу жизнь, формирует наш ментальный и эмоциональный опыт. Информация – это поток энергии, структурированный в определенный паттерн, а разум – это эмоциональный воплощенный процесс, который регулирует поток энергии и информации. Для него наши отдельные тела оказываются связаны, поскольку энергия течет от вас (улыбка) ко мне (я принимаю ее). Близость – своего рода резонанс между двумя интерактивными системами. Мозг – это социальный процесс, а эмоции – его базовый язык. Интеграция разных частей – ключевое в его теории понятие, поскольку из интеграции возникают согласованность и гармония, а когда интеграция нарушается, наступают хаос и ригидность. Согласно Сигелу, конкретный клинический подход не так важен, как сонастроенность терапевта. Сонастроенность становится ключевым понятием, поскольку бессознательное, интуитивное, эмоциональное взаимодействие важнее вербального, а репаративные акты раннего опыта, совместно конструируемые терапевтом и клиентом, основополагающие для исцеления. При таком подходе терапевт должен получить доступ к правому (эмоциональному) полушарию мозга, чтобы полностью пережить чувства клиента и собственные чувства. Терапевт должен поддерживать связь между своим правым полушарием и правым полушарием клиента для создания эмпатической сонастройки, но также и между своим левым полушарием и левым полушарием клиента для осмысления ощущаемых переживаний. Валлин, реляционный психоаналитик, говорит о «бинокулярном зрении», необходимом терапевту, который вступает в постоянную коммуникацию с пациентом и в то же время должен находиться в контакте с собственными внутренними состояниями, чтобы установить новые связи в голове пациента и повысить его способность к саморегуляции. Для нас, работающих с телом, это хорошая новость. Мы можем соматически сонастраиваться с пациентами через свои соматические и эмоциональные подсказки, расшифровывать их соматосенсорные подсказки и отвечать на них. Сигел ввел понятие «окно толерантности», разное для каждого пациента, которое означает интенсивность эмоций и заряда.

Концепции Аллана Шора

По мнению Шора, нейропсихоаналитика, терапевтическая связь осуществляется через «реляционное бессознательное», где оба бессознательных (терапевта и пациента) взаимодействуют друг с другом. Быть эмпатичным – значит не только, что пациент чувствует себя лучше, это значит создать состояние нейронной активации. Он первым установил связь между одним и другим правыми полушариями (эмоции), наблюдаемую в младенческих диадах, а также в диадах терапевта и пациента. Шор отводит эмоциям центральное место и говорит об «эмоциональной революции» в психотерапевтической сфере. Очевидно, что биоэнергетический анализ включал в себя эмоциональную работу с самого начала своего существования, но мы знаем, что в большинстве терапевтических подходов это было не так. Вклад Шора заключается в том, что он объединил биологические и психологические модели, разработав теорию эмоционального развития и саморегуляции в детстве, которая может быть применена в психотерапии. Его исследования в области эмоциональной регуляции оказали глубокое влияние на понимание терапевтических отношений. Вклад Шора повлиял на многие области, например, аффективную нейробиологию и теорию травмы. Его исследования касаются влияния ранних травм на развитие мозга, и, как я уже сказала, он дал глубокое понимание нейробиологии привязанности, что оказало значительное влияние на терапевтическую область.

Влияние исследований в области нейробиологии на биоэнергетический анализ

С этой новой точки зрения, происходит воссоединение тела и разума, разума как сложной системы, которая интегрирует тело. Мы уже не «выходим из головы», а интегрируем ее с телом:

«Сейчас самое время сосредоточиться на теле, которое живет в разуме... Мы уже не разум, который противостоит, но разум и тело – это единое целое, функционирующее как сложно связанная система, передающая информацию о соматических состояниях и обрабатывающая вербальные и когнитивные события» (Resneck-Sannes, 2005).

Боб Льюис писал о своей важной работе с цефалическим шоком: «В классической биоэнергетике голова/мозг/разум рассматривались как блокирующие наш более глубокий, более жизненный опыт, и терапия строилась таким образом, чтобы вытащить человека из головы в тело. В 1976 году я инициировал смену парадигмы в биоэнергетике, которая постулировала голову и разум/мозг как равнозначные по важности» (Льюис, 2012).

Ангела Клопстех показывает, что исследования Шора подчеркивают роль эмоций в процессах изменения и ключевую роль отношений для формирования нейронных процессов, и способности к саморегуляции. По мнению Шора, существует терапевтическая связь, которая осуществляется через «реляционное бессознательное», то есть все процессы, идущие от одного правого полушария мозга к другому. Исследованиями в области саморегуляции эмоциональных состояний он проливает свет на эти имплицитные процессы взаимоотношений:

«Терапевтические отношения могут изменить внутреннюю структурную систему мозга пациента, которая сознательно и бессознательно обрабатывает и регулирует внешнюю и внутреннюю информацию и тем самым не только уменьшает негативные симптомы пациента, но и расширяет его адаптационные возможности» (Schoe цит. по Klopstech, 2005).

Для нас, биоэнергетических терапевтов, это подтверждает то, что мы знали интуитивно: существует соматический резонанс, который возникает в основном из бессознательного взаимодействия правых полушарий мозга терапевта и пациента. Шор применяет свое исследование коммуникации между правым полушарием родителя и правым полушарием младенца к терапевтическому процессу. Теперь мы знаем, что эмоциональная и телесная коммуникация – это процесс взаимодействия одного правого полушария мозга с другим, и это позволяет понять, что большая часть исцеления в процессе терапии происходит бессознательно. Реснек-Саннез (2002) раскрывает вклад Шора, а также размышляет о том, насколько важное влияние эти выводы оказывают на понимание терапевтических отношений.

«Ранний опыт привязанности закодирован в правом полушарии, он остается там несимволизированным и доступен через общение с телом в отношениях... Мать и ребенок вместе конструируют отношения, и в этой матрице отношений развивается разум, без соответствующего эмпатического резонанса матери эта структура может быть повреждена». По мнению Шора, именно процесс

саморегуляции между матерью и ребенком – ключ к привязанности» (Resneck-Sannes, 111).

Теория саморегуляции Шора подчеркивает важность невербальных переживаний между пациентом и терапевтом и способность терапевтических отношений регулировать аффекты. Так же, как это происходит между матерью и ребенком, терапевт через отношения помогает регулировать нарушенные эмоциональные состояния пациента.

«Эмпирические исследования взаимодействия родителя и младенца ставят под сомнение представление о терапевте, который отделен от клиента и может на основе телесных показаний предоставлять необходимые терапевтические вмешательства, считывая замороженное состояние. Мы находимся в матрице отношений с самого рождения, и терапия – это взаимное влияние клиента и терапевта на тела друг друга» (Resneck-Sannes, 112).

Исследование важной роли эмоций в терапевтических изменениях было значительным и произвело революцию в области психотерапии, хотя нам, биоэнергетическим аналитикам, этот аспект всегда был достаточно известен. Мы всегда знали о силе эмоционального выражения и регуляции для процессов изменения. Но сейчас эмоции играют в терапевтических изменениях главную роль – как никогда раньше в истории психотерапии. Теперь есть научные доказательства тесной связи между эмоциональным возбуждением и глубиной переживаний, а также того, как они связаны с результатом терапии. Роль катарсиса пересматривается и определяется заново, а воздействие интенсивного аффективного опыта подтверждается: «терапевтическое изменение происходит в результате задействования всех возможностей коры головного мозга в интенсивных аффективных переживаниях» (Resneck-Sannes, 39, 2005).

«Глубокий аутентичный аффективный опыт и его регуляция посредством скоординированных эмоциональных обменов между пациентом и терапевтом – как ключевые трансформационные агенты» (Fosha, цит. по Klopsteh, 120).

Клопстех использует концепцию «двуполушарной регуляции» Шора. Регуляция понимается как интерактивный процесс. Она считает этот процесс релевантным для невербальной коммуникации «тело-тело» между терапевтом и пациентом, что является сутью нашего метода работы. Она различает интерактивный режим «человек-человек» и неинтерактивный внутриличностный режим и подчеркивает, что хорошая терапия предполагает использование обоих режимов:

«Теория регуляции Шора предполагает, что в основе базовых процессов изменения лежат имплицитные механизмы. «Имплицитные механизмы» означают «лимбическую сонастройку» между пациентом и терапевтом, а также телесные и эмоциональные взаимодействия, которые происходят бессознательно» (там же, 121).

В свете этих новых взглядов в биоэнергетике переосмыслены понятия уровня возбуждения и заряда. Теперь мы знаем: чтобы в лимбической области мозга произошла нейронная перестройка, необходим определенный уровень возбуждения. Гринберг, реляционный аналитик, считает, что основные агенты изменений – интенсивность,

самовыражение и рефлексия. Сигел определяет «окно толерантности» как оптимальные рамки возбуждения для обработки эмоционального материала. Окно толерантности может варьироваться от человека к человеку, и терапевты должны находить то, что попадает в окно толерантности каждого пациента. Пациент испытывает дисрегуляцию, если то, что он чувствует или переживает, выходит за пределы его окна толерантности.

Клопстех пишет, что нейрология доказывает: то, сколько заряда может выдержать пациент, зависит не только от структуры его характера, но и от того, как терапевт относится к этому пациенту в данной конкретной ситуации. Мы, биоэнергетические аналитики, имеем преимущество в области регуляции в пределах терапевтического окна благодаря нашим знаниям о чтении тела и структуре характера. Мы знаем, как создать низкое и высокое возбуждение и как с ним работать, – пишет она. С этой точки зрения, заземление пациента означает введение пациента в его/ее окно толерантности. Клопстех выступает за нейрологические и реляционные рамки. Она говорит: «Множество таких рамок сделало меня более эффективным терапевтом» (там же. 122).

3d. Роль эмпатии и соматической сонастройки в терапевтических отношениях

Новое понимание, которое дает нейробиология, по-новому определяет ключевые аспекты терапевтических отношений. Теперь мы знаем, что в основе исцеления лежат процессы отношений. Эмпатия и сонастройка становятся ключевыми понятиями, как и понимание важности того, что мы чувствуем, когда общаемся с пациентами, и как их эмоциональные состояния влияют на наше тело и наоборот. Реснек-Саннес утверждает, что в классических телесных вмешательствах эмпатия, сонастройка и согласованность отсутствуют, хотя доказано, что они имеют решающее значение. Она подчеркивает значение эмпатии и сонастройки в терапевтических процессах и задачи терапевта по эмоциональной регуляции:

«Эмпатичный терапевт – ни недостимулирующий (слишком отстраненный, нейтральный, не присутствующий), ни чрезмерно стимулирующий (не модулирующий материал, чтобы предотвратить затопление, диссоциацию или расщепление клиента)» (Resneck-Sannes, 48, 2005).

«Исследования уже много лет доказывают, что клиенты сообщают, что ни инсайт, ни телесные вмешательства не исцеляют сами по себе. Я не говорю, что наши соматические вмешательства следует отбросить. Напротив, они должны происходить в ситуации настроенных, эмпатических отношений. Это означает, что терапевт не должен быть отделен от клиента, а должен войти в пространство как человек» (там же, 49).

Что сейчас действительно важно, так это способность терапевта вступать в настоящие, эмпатичные и настроенные отношения с клиентом, и здесь, как мы уже видели, происходит значительное изменение ролей. Отношения рассматриваются как совместный регулирующий процесс взаимного роста, где каждый элемент меняется, подвергаясь влиянию другого. Понимание, что такое исцеление, глубоко изменилось.

«Исцеление, которое происходит в первую очередь благодаря тому, что опытный терапевт способен считывать соматосенсорные сигналы клиента и обеспечивать правильную соматосенсорную

коммуникацию в ответ. Правое полушарие терапевта декодирует эмоциональные стимулы и отвечает эмпатически, что позволяет психобиологически сонастроенному терапевту действовать в качестве интерактивного регулятора нарушенных внутренних состояний пациента. Терапевт не только считывает открытое поведение и его внешние формы, но и, как «достаточно хорошая мать», умеет считывать внутреннее состояние клиента. Он использует собственный соматосенсорный процесс для осознания состояния клиента и помогает ему в проработке этих состояний» (там же, 115).

Клауэр размышляет об эмпатии как об энергетически-эмоциональном резонансном процессе:

«Чувства и позы тоже могут передаваться в ситуации психотерапевтического лечения посредством физических резонансных процессов эмпатии, воплощенного контрпереноса. Я понимаю эмпатию как чуткость к другому человеку и вчувствование в него как процесс физической *совибрации* или вхождения в резонанс с бессознательной реальностью и чувствами другого человека» (Clauer, 84).

Зеркальные нейроны

Для описания того, что происходит в эмпатическом процессе, который происходит вне осознания, Льюис использует термин Лайонс-Рут «имплицитное реляционное знание». Такие понятия, как «пути зеркальных нейронов», помогают понять феномены эмпатии и телесного резонанса как ключевые элементы соматических процессов переноса и контрпереноса. Система зеркальных нейронов позволяет читать мысли других людей с помощью невербальных подсказок. Мы воспринимаем эмоциональное состояние другого человека, и это эмоциональное состояние активизируется в нас. Это учитывают авторы-биоэнергетики.

«Зеркальные нейроны необходимы для сонастройки, но их может быть недостаточно. Они могут помочь заглянуть в зеркала душ (глаза) наших пациентов, но мы должны быть способны вынести то, что видим в этих зеркалах. То, что поддерживают эти нейроны, – это наше "имплицитное реляционное знание"... Они помогают нам слушать то, что приходит интуитивно в мимолетных образах и телесных ощущениях. Я называю это "слушать с помощью лимбической системы"... Я научился успокаивать разум и слушать свои руки. Они довольно часто знали, где и как прикоснуться к пациенту раньше меня» (Lewis, 2012, 121).

«Зеркальные нейроны воссоздают опыт других людей в нас самих, позволяя ставить себя на место другого и таким образом испытывать эмпатию. Они расположены в премоторной коре и связаны с лимбической системой, эмоциональной областью мозга. Когда мои зеркальные нейроны срабатывают в ответ на действия пациента, это вызывает во мне эмпатические эмоции или лимбический резонанс» (Klopstech, 2008, 131).

Льюис считает тело терапевта важнейшим инструментом изменений. По его мнению, мы эмпатичны, когда отвечаем на потребности пациента и когда принимаем его проективные идентификации. Льюис говорит об имплицитных и эксплицитных способах познания, которые проходят по разным нейронным путям. Мы знаем, что имплицитная память – это эмоциональная и процедурная память вне осознания, а эксплицитная – это осознанная организованная информация.

Он предлагает диадный, нелинейный системный взгляд на терапию, где каждый член диады рассматривается как одновременно регулирующий себя и взаимодействие. Он цитирует Фогеля: «В системной модели все поведение одновременно разворачивается в человеке, и в то же время каждый из участников изменяется и модифицируется изменяющимся поведением партнера» (Lewis, 11).

Для Льюиса тело терапевта – важный инструмент: «мы сами – уникальные инструменты, которые настраиваются на психо и соматическое другого». Он приводит слова Шора: «Сонастроенный, интуитивный терапевт с первой точки контакта изучает ритмические структуры пациента и относительно гибко и плавно изменяет собственное поведение, чтобы соответствовать этой структуре» (там же, 17).

Важное свидетельство нейробиологических исследований, по мнению Льюиса, что травмирующий опыт первых лет жизни может быть имплицитно воспринят на телесном уровне. Во многих работах он подчеркивает, что мы не должны забывать, что мы травмированные целители и из-за этой базовой раны у нас есть ограничения и сильные стороны в эмпатическом контакте с пациентами.

Как соматические терапевты мы обучены осознавать внутренние процессы своего тела, мы знаем о мышечном напряжении, и наши соматические сигналы показывают, что происходит в нашем собственном теле и теле клиента. В терапевтическом процессе будут моменты сонастройки, моменты тупика, моменты разрыва связи, но важно восстановление. Если мы сможем восстановить разрушенные мосты с помощью эмпатии и сонастройки, процесс продолжится. Шор использует концепцию разрыва и восстановления, которая чрезвычайно важна в психотерапии, но и в любых отношениях тоже.

«Разрывы привязанности активируют лимбическую систему терапевта, которая вызывает соматосенсорный резонанс во всем теле. Терапевтов, прошедших соматическую подготовку, учат фокусироваться на информации от собственного тела и использовать эти данные для изучения реляционных качеств вовлечения и разъединения, происходящих в терапии» (Resneck-Sannes, 116).

Т. Варнеке, телесный терапевт, дает описание сложного процесса соматического переноса, явления, которое варьируется в континууме от эмпатии и сонастройки до интерсубъективных процессов, повторных реакций и проблем переноса на другом конце континуума:

«Два человека встречаются, и две сенсорно-моторные системы и две вегетативные нервные системы начинают реагировать, соотноситься и взаимодействовать. Соматический перенос облегчается лимбическим резонансом и способностью нашей сенсорно-моторной системы чувствовать движения, позы и состояния аффекта, наблюдаемые у других. Зеркальные нейроны – часть резонансной системы действия, которая вызывает нейромоторные репрезентации

путем наблюдения за движением (Pineda). Зеркальное отражение – это дорефлексивный, интуитивный и спонтанный процесс. Кинестетический и лимбический резонанс позволяет сопереживать и оценивать намерения других людей и формирует основу для таких межличностных феноменов, как эмпатия, резонанс, телесная синхронность и перенос» (Warnecke, 234).

4. Значение для психотерапии

В этом интерсубъектном поле встречаются и соприкасаются соматосенсорные эмоциональные переживания пациента и терапевта. Тело терапевта становится главным инструментом, резонирующим с внутренними состояниями пациента. Реснек-Саннез объясняет это изменение в биоэнергетике:

«Фокус смещается с клиента как патологической личности на взаимное влияние клиента и терапевта на состояния физиологического возбуждения друг друга, желание контакта и близости и взаимную регуляцию. Это подтверждает наш опыт: вместо того, чтобы быть нейтральным наблюдателем, который может читать застывшие функции, в пространстве вместе находятся два тела, которые прикосновением, взглядом и словами устанавливают резонанс. Результаты исследования младенцев говорят о том, что наше внимание должно быть направлено на наши внутренние соматические состояния... терапевт обращает внимание на собственный соматический опыт и использует эту информацию для понимания, что происходит в межличностном плане» (Resneck-Sannes, 116).

Боб Хилтон много пишет об этом переходе от первоначальной идеи, что тело исцеляет себя само, если снимается напряжение и выражаются эмоции, которым помогает физическое движение, к идее, что, не исключая первоначальную, динамика отношений между терапевтом и клиентом – важнейший аспект процесса исцеления:

«Терапевт и пациент в итоге создают отношения "я-ты", в которых каждый из них обучается и обновляется как целостная личность благодаря другому. Терапевт в этом процессе постоянно пытается интегрировать межличностные потребности пациента с собственными ограничениями в удовлетворении этих потребностей. Сопровождая пациента в путешествии к истокам его интерактивных неудач, терапевт должен знать и понимать собственные реляционные неудачи и те решения, которые он для них находил. Эта динамическая игра, и все, что в ней подразумевается, становится процессом исцеления и для терапевта, и для пациента» (Hilton, 42, 2000).

Это значительный сдвиг в роли терапевта, когда действительно становится важной его способность сонастроиться с телом/эмоциональными движениями клиента и его способностью быть эмпатичным и отвечать на них. Реснек-Саннез так описывает этот сдвиг:

«Теория привязанности показала, что наибольшее значение имеет способность терапевта к эмоциональной настройке – способность слышать, видеть и чувствовать вербальные и невербальные сигналы

клиента таким образом, чтобы клиент чувствовал, что его действительно видят и понимают. Сонастройка или "условная коммуникация", как ее называет Сигел, – это очень сложный межличностный танец двух систем» (Resneck-Sannes, 45).

Соматическая сонастройка, необходимая для младенческой привязанности и любого терапевтического процесса, становится ключевым понятием. Исцеляющая роль отношений в психотерапии занимает центральное место, и в значительной степени это процесс бессознательный. Терапевтическая связь осуществляется через «реляционное бессознательное» Шора. С этой новой точки зрения роль терапевта претерпела значительную эволюцию.

«Терапевт должен быть настроен так, чтобы материал находился в пределах "терапевтического окна". Тогда мы становимся зеркальным, эмпатичным, настроенным другим, который начинает жить в теле/разуме клиентов и поддерживать их в том, что они уязвимы, нуждаются, боятся, злятся» (там же, 48). Соматическая сонастройка становится решающей для обработки эмоционального материала. «Наши знания о дыхании, заземлении, способах формирования соматических и энергетических границ и знания о контейнировании аффекта позволяют нам быть чувствительными к переполнению... телесные вмешательства необходимы, но недостаточны для исцеления, они должны происходить в контексте настроенных, эмпатических отношений» (там же, 48).

5. Новый взгляд на тело: реляционное тело

Клопстех (2009) предлагает интересный исторический обзор по теме тела в терапии. От Фрейда, отдававшего предпочтение языку перед телом, до Райха, разработавшего модель взаимодействия тела и разума, которая была расширена Лоуэнзом, – как повлияли новые парадигмы на наше представление о теле?

Тело окончательно выходит на сцену в области психотерапии благодаря центральной роли эмоций в новой парадигме – тело как хранилище эмоций. Реляционно-нейробиологическая парадигма повлияла и на взгляд, который мы имели на тело в биоэнергетическом анализе: теперь это не тело, которое нужно анализировать, а два связанных тела в совместном танце, где две субъектности встречаются и влияют друг на друга.

«Традиционно в фокусе было фиксированное тело и тело с защитами характера, теперь в центре внимания телесный опыт в непосредственном взаимодействии в терапевтической диаде, тело "в действии" в рамках взаимодействия, тело в настоящем моменте, общающиеся и взаимодействующие тела пациента и терапевта в терапевтической диаде» (Klopstech, 19).

Концепция реляционного тела требует пространства. Интерсубъектность – это не только два разума, но и два тела. Сигел и Шор подчеркивают роль эмоций, и поэтому важное место занимает тело, выражающее эмоции. Это уже не отдельное тело, а тело, находящееся во взаимоотношениях. Клопстех четко выражает сдвиг в восприятии тела:

«Тело в современной психотерапии должно включать объективное физическое тело с его эмоциональной и энергетической

динамикой, с его историей и структурой характера, но его также необходимо рассматривать вместе с субъектным и интерсубъектным телом, которое позволяет общаться, совместно творить и действовать, и должно быть место для интерактивного тела (тела в действии и взаимодействии). Сложность множества тел потрясает, и нам нужно выбрать, какое из них – наша зона комфорта» (там же, 20).

Хотя тело занимает больше места в терапевтическом поле, Реснек-Саннез предлагает полезные размышления об ограниченности нейронаучных исследований, поскольку нейронаука много работала с контактом «лицо к лицу» и «глаза в глаза», но мало упоминает о поддержании и прикосновениях. Акцент делается на взаимодействии между разумом и сознанием, и мало внимания уделяется тому, что происходит ниже головы. Значимый вклад в область биоэнергетики вносит недавняя статья Винсентии Шретер (2016), где она рассматривает биоэнергетические техники с точки зрения нейробиологии, когда все тело работает с нервной системой.

«Хотя акцент делался на мобилизации организма от защитных, разрушительных процессов к эмоционально здоровым, именно поливагальная теория проливает свет на внутреннюю работу нервной системы, что помогает глубже понять механизмы защиты и здоровой эмоциональной коммуникации на уровне тела» (Schroeter, 12).

Маргит Коемеда-Лутц (2012) синтезирует сложность настоящего момента, сложного, одновременно захватывающего и вызывающего:

«Интеграция разума и тела означает, что мы должны воспринимать клиентов и взаимодействовать с ними на нескольких уровнях, большинство из которых находится за пределами нашего сознания. Происходят биохимические, клеточные, поведенческие и психологические изменения в каждом из участвующих организмов. Ни один из этих уровней не важнее, чем любой другой. Процессы на каждом из этих уровней влияют друг на друга, снизу вверх и сверху вниз, и развиваются параллельно во времени. Большинство восприятий прорабатывается бессознательно, и нервная система инициирует или запускает многие психические и соматические реакции без нашего осознания» (64).

6. Клинические случаи

Эти краткие зарисовки из разных терапевтических сеансов показывают некоторые из новых концепций в действии.

1. Зарисовка

Л. приходит возбужденная и в восторге от перспективы навестить нового бойфренда, который живет в другом городе. Ее лицо и тело выглядят очень живыми. Я чувствую ощущение тепла и радости в груди (эмпатическая сонастройка), поскольку эти отношения – результат глубокого процесса исцеления раны, нанесенной жестоким отцом. Она чувствует себя счастливой после долгого мрачного периода. Мы обе ощущаем ее бодрость, и я пытаюсь помочь ей заземлиться, заставляя ее почувствовать ступни и ноги, ощутить дыхание в груди, спускающееся к тазу, и мы дышим вместе и

разделяем этот момент блаженства. На следующий сеанс, после того как встреча с бойфрендом прошла хорошо, она приходит расстроенная и испуганная. Она чувствует, что ее эмоции слишком сильны, она боится открыть сердце и пострадать. Из-за этого появляются беспокойство и страх, что она не сможет удержать всю эту интенсивность и не чувствовать себя потерянной. Я ощущаю ее страдания в своей груди и интуитивно чувствую, что работа с дыханием и контактом поможет ей заземлиться и сдерживать это состояние дисрегуляции, чтобы перейти в более регулируемое внутреннее пространство. У нас установился хороший терапевтический альянс, и я пытаюсь затронуть ее своими словами и предлагаю ей физический контакт – ее ноги на моих, пока она дышит. Она соглашается, постепенно дыхание становится глубже и спокойнее, и она вновь обретает утраченное внутреннее самообладание. Она уходит, чувствуя себя более расслабленной и понимая, что вызвало у нее дисрегуляцию. Я чувствую облегчение и расслабление в спине.

2. Зарисовка

Н. остается иератичным (неподвижным) в лице и теле и пристально смотрит на меня неподвижными глазами. Когда он говорит, щеки и рот почти застывают, а глаза напряжены, иератичны и неподвижны. Часто в начале сеанса у меня возникает неловкое ощущение, напряжение в груди и ощущение вторжения его пронизывающего взгляда, что вызывает у меня дисрегуляцию. Голос у него монотонный, ровный, без каких бы то ни было эмоциональных оттенков. Я не считаю его легким клиентом и часто чувствую напряжение в спине, поскольку не ощущаю себя в полной безопасности. Так или иначе приходится быть начеку. Мой соматический контрперенос легко активизируется. Я могу перейти от сопереживания к сильному раздражению, поскольку физические движения часто механические и бесполезные. Иногда у меня возникает желание его встряхнуть, потому что он заставляет меня почувствовать мое внутреннее место бессилия. Это соотносится с бессилием, которое он чувствует в отношении любого движения в своей жизни в другом направлении и в отношении воплощенного движения на терапевтическом сеансе. Он чувствует постоянную неудовлетворенность в жизни, в работе, в отношениях и, очевидно, в терапии со мной. Он не в состоянии сделать какое-то движение в своей жизни к более удовлетворительному положению, и иногда я чувствую себя контрпереносно в ловушке его неподвижности. Создание взаимной связи – не простая задача, а довольно сложный процесс, в котором мы движемся в часто дисгармоничном танце сближения (он менее напряжен и более открыт), за которым следует срыв (он уходит от контакта), что приводит к отдалению. Я чувствую, что он отдален, и пока не нашла, как перебросить мост к его покрытой панцирем груди. Он редко чувствует и выражает эмоции и часто возвращается в крепость в своей голове. Тем не менее мы оба пытаемся жить дальше со всеми этими сложностями. Иногда я могу почувствовать себя немного ближе, я дышу и немного расслабляюсь, в другое время я не могу связаться с ним, найти хоть каплю уверенности, чтобы подступить к его крепости. Я использую свою соматическую сонастройку, эмпатичное отношение к этому пережившему шок маленькому мальчику, который видел, как отец угрожает матери ружьем, и глазами, мягким и спокойным голосом и позой тела пытаюсь дать ему понять, что он в безопасном месте, и я не собираюсь причинять ему вред, пока мы пытаемся идти дальше.

Эти зарисовки – небольшие примеры того, как взаимодействуют воплощенные процессы переноса и контрпереноса, как можно построить мосты, как они могут быть разрушены или повреждены, и самое важное – как мы, терапевты, используем нашу соматическую и эмпатическую сонастройку в попытках восстановить эти разрушенные

7. Заключение

Мы прошли долгий путь, и процесс продолжается. Биоэнергетический взгляд на терапевтические отношения и процессы переноса/контрпереноса изменился и расширился под влиянием новых концепций и теорий без потери того, что является для нас определяющим. Мы уже не можем рассматривать пациента только как энергетическую систему, где нужно удалить блоки. Мы знаем, что физические блоки – это проявление подавленных эмоций, и считаем, что работа с ними крайне важна, но изменился способ работы с ними. С этой новой точки зрения мы не рассматриваем пациента как изолированную энергетическую систему, а видим пациента и терапевта вовлеченными в соматосенсорную intersubjectную систему, взаимно влияющими друг на друга и получающими от этого взаимное воздействие и трансформацию. Роль терапевта в том, чтобы помочь пациенту регулировать внутренние состояния через отношения, а также быть регулируемым ими. Для пациентов с ранними невербальными проблемами фокусировка на соматосенсорных сигналах может быть чрезвычайно полезной, а иногда и единственно возможной. Теперь можно считать, что наши биоэнергетические инструменты и понимание подтверждены исследованиями. Теперь мы знаем, как наша работа в воплощенных отношениях может изменить нейронные цепи человека, его восприятие, эмоции и положение в мире. Мы давно знаем, как можно контейнировать и регулировать эмоции с помощью физического контакта в терапевтических отношениях, а теперь у нас есть научные исследования, подтверждающие такое понимание.

Перенос и контрперенос включают в себя все те соматопсихические взаимодействия, которые мы уже знаем, но в intersubjectном поле, которое происходит здесь и сейчас в реальных отношениях. Необходимо больше узнать о том, как мы, биоэнергетические аналитики, можем использовать собственное тело и эмоции в качестве терапевтических инструментов для резонанса с телом и эмоциями клиента. Как говорит Боб Льюис, нужно лучше распознавать эти тонкие послания тела, которые часто остаются нераспознанными. Мы прошли долгий путь, и он еще не закончен, – от одиночного тела к реляционному телу, от структуры тела к телу в резонансе. Я провела вас по пути, который сейчас подходит к концу, от вклада биоэнергетических аналитиков в тему терапевтических отношений и процессов переноса и контрпереноса, до новых теорий и их влияния на биоэнергетический анализ. Надеюсь, эта статья окажется для вас полезной.

Литература

- Brien, M. (2001) *Corps en R sonance. Le Corps et l'Analyse* vol.2 n  2. Carlino, L. (1993) *The Therapist's Use of Self*. IIBA Journal n 5.
- Case, L. (2000) *When Trust becomes Distrust and Other Perils of Countertransference*. IIBA Journal n 11.
- Clauer, J. (2016) *Elements of Comprehending Change – Processes in BA From Isolated Self-Regulation to Interactive Regulation: Embodied Resonance (Empathy) and Physical Encounter*. IIBA Clinical Journal n  26
- Frechette, L. (2004) *Countertransference, How to use it energetically?* (teaching material)
- Guillerme, J. M. (1994) *Contre-Transfert Corporel chez Freud, chez Reich ... Aujourd'hui*. Les Lieux du Corps n  1.
- Heinrich, V. (1999) *Physical Phenomena of Countertransference, Therapists as a Resonance Body*. IIBA Journal n  10.

- Hilton, B. (1997) Countertransference: An Energetic and Characterological Perspective. Relational Somatic Psychotherapy, ed. by Michael Sieck.
- Hilton, B. (2007) My Body of Work Part Two, Relational Somatic Psychotherapy. ed. M. Sieck. Hilton, B. (1997) Countertransference: An Energetic and Characterological Perspective. Relational Somatic Psychotherapy, ed. by M. Sieck.
- Hilton, B. (2000) Bioenergetics and Modes of Therapeutic Action. Relational Somatic Psychotherapy, ed. by M. Sieck.
- Keleman, S. (1986) Bonding, a Somatic-Emotional Approach to Transference. Center Press Berkeley.
- Klopstech, A. (2000) The Bioenergetic Use of a Psychoanalytic Concept of Cure. IIBA Journal nº 11.
- Klopstech, A. (2005) Catharsis and Self-Regulation Revisited. Scientific and Clinical Considerations. IIBA Journal nº15.
- Klopstech, A. (2008) Bioenergetic Analysis and Contemporary Psychotherapy Further Considerations. IIBA Journal nº 18.
- Klopstech, A. (2009) So Which Body Is It? The Concepts of the Body in Psychotherapy. IIBA Journal.
- Koemeda-Lutz, M. (2012) Integrating Brain, Mind and Body: Clinical and Therapeutic Implications of Neuroscience. IIBA Journal nº 22.
- Lewis, B. (2004) Projective Identification Revisited, Listening with the Limbic System. IIBA Journal nº 14.
- Lewis, B. (2005) Anatomy of Empathy. IIBA Journal nº15.
- Lewis, B. (2012) Neurobiological Theory and Models, A Help or Hindrance in the Clinical Encounter. IIBA Journal nº 22.
- Messler Davies, J. (1999) Getting Cold Feet, Defining “Safe Enough Borders: Dissociation, Multiplicity and Integration in the Analyst’s Experience. The Psychoanalytic Quarterly (184-208)
- Pla, F. (2011) Contribuciones desde la Teoría del Apego al Análisis Bioenergético. Paper presented at Jornadas Ibéricas de Análisis Bioenergético in Seville (Spain).
- Pla, F. (2013) Implicaciones de la Teoría del Apego y las Neurociencias en la Comprensión de la Relación Terapéutica (Implications of Attachment Theory and Neurosciences in The Understanding of the Therapeutic Relationship). Paper presented at the Jornadas Ibéricas de Análisis Bioenergético en Valencia (Spain).
- Pla, F. (2015) Los Patrones de Apego en el Terapeuta. Implicaciones para la Práctica Clínica. Paper presented at the Jornadas Ibéricas de Análisis Bioenergético en Barcelona.
- Resneck-Sannes, H. (2002) Psychobiology of Affects Implications for a Somatic Psychotherapy. IIBA Journal nº 13.
- Resneck-Sannes, H. (2005) Bioenergetics, Past, Present and Future. IIBA Journal nº15.
- Resneck-Sannes, H. (2012) Neuroscience, Attachment and Love. IIBA Journal nº 22.
- Sassenfeld, A. (2010) Fundamentos de la Relación Psicoterapéutica en la Psicoterapia Corporal Relacional. Rev. GPU, 6,1:51-62.
- Schroeter, V. (2016) Polyvagal Theory, Introduction for Somatic Psychotherapy. IIBA Journal nº 26.
- Shapiro, B. (2000) Will Iceberg Sink Titanic? Avoiding Collisions and Collusions Instigated by The Dark Side of Client and Therapist: A Bioenergetic Approach. IIBA Journal nº 11.
- Soth, M. (2004) Embodied Countertransference. Michael Soth, webpage.
- Sykes, M. Turner, L. (2011) The Attuned Therapist. The Psychotherapy Networker. Vol. 35, nº2. Tonella, G. (2008) Attachment, Transference and Countertransference. PDW Holland Writings. Warnecke, T. (2011) Stirring the Depths: Transference,

Countertransference and Touch, Body Movement and Dance. Psychotherapy
Journal vol.6, nº 3.
Wink Hilton, V. (1987) Working with Sexual Transference. IIBA Journal nº 13.

Об авторе

Фина Пла – клинический психолог, местный тренер⁷ АСАВ (Associació Catalana en l'Anàlisi Bioenergètica) в Барселоне, прошла обучение гештальт-терапии, лакановскому и реляционному психоанализу. Практикует EMDR. Отвечает за работу Центра психотерапии ALENAR в Барселоне.

Mail: fpla@copc.cat

⁷ С 2022 года является международным тренером ИВА (прим. ред)

ПОГРАНИЧНЫЙ КЛИЕНТ, СТЫД И СОМАТИЧЕСКИЙ КОНТРПЕРЕНОС

Ингрид Крайнс

Эта статья посвящена пониманию возможных причин возникновения пограничного расстройства личности (ПРЛ) и его отличий от биполярного расстройства (БР), нарциссического расстройства личности (НРЛ), посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и синдрома дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ). Отличия бывает трудно уловить, они часто накладываются друг на друга, иногда совпадают и/или могут быть неправильно диагностированы. Предлагается обзор, в котором сравниваются сходства и различия между этими состояниями. Объясняется базовый аффект стыда, как он может соматически переживаться клиентом с пограничным расстройством, и рассматривается связь стыда с выраженными негативными чувствами отвращения, покинутости и отверженности. Для работы с трудными эмоциональными состояниями представлены некоторые идеи для телесно-ориентированного (биоэнергетического) психотерапевта по поддержке более интегрированной программы исцеления и восстановления клиента с ПРЛ. Также включены некоторые предложения по диете, добавкам и натуральным препаратам. Наконец, представлены рекомендации, как психотерапевт может отслеживать и понимать собственные соматические проблемы контрпереноса, чтобы более эффективно работать с клиентом с ПРЛ.

Ключевые слова: пограничное расстройство, стыд, травма, соматический контрперенос, аффекты негативных чувств

Введение

Для многих людей с диагнозом «пограничное расстройство личности» (ПРЛ) ключевой проблемой является небезопасная ранняя привязанность к основному воспитателю, что кратко рассматривается в данной статье. Нарушение ранней привязанности у клиентов с ПРЛ может быть связано с дезорганизационными паттернами или парадоксальными триангуляциями ранних семейных взаимодействий. Один из примеров – отсутствие понимания важной интерактивной роли отца (или вторичного воспитателя) в отношениях первичного треугольника между матерью, отцом и ребенком или путаница в нем.⁸

ПРЛ может развиваться и вне небезопасной ранней привязанности. Есть доказательства более «чувствительного» генотипа, который может передаваться по наследству⁹ (Linehan, 1993, Stepp, 2011). Такая чувствительность может быть связана и с травмирующим воздействием окружающей среды, таким как «сексуальное и физическое насилие, развод родителей, болезнь или психопатология родителей»¹¹ (Distal, 2009). Переживание травмы из-за войны, несчастных случаев или издевательств сверстников у некоторых людей также может привести к снижению способности хорошо реагировать на стрессовые факторы окружающей среды и, таким образом,

⁸ Клауэр, Й. (2012) Нейробиология и аспекты развития заземления, Биоэнергетический анализ, клин. ж. ПБА, V21:38-40

⁹ Linehan M. (1993) Cognitive Behavior Therapy of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford.

¹⁰ Stepp, S.D. (2011) Children of Mothers with Borderline Personality Disorder: Identifying Parenting Behaviors as Potential Targets for Intervention. Personal Disord. Jan; 3(1): 76-91.

¹¹ Distal, M, et all (2009) Familial Resemblance of Borderline Personality Disorder Features: Genetic or Cultural Transmission. New York: Guilford.

вызвать предрасположенность к повышенному риску развития симптомов ПРЛ. Было установлено, что подростки, пережившие издевательства в детстве или трудности в отношениях со сверстниками, имеют повышенный фактор риска развития ПРЛ¹² (Kaess, 2014, Woke, 2012). Риск может быть усилен развитием мозга, которое происходит в этот период.

Более поздние исследования показывают, что у людей с ПРЛ могут быть аномалии мозга в префронтальной коре (ПФК) и миндалине, что объясняет проблемы с негативными эмоциями, повышенную импульсивность и сложности с модулированием эмоций здоровыми для себя способами¹⁴ (Weill Cornell Medical Center, 2007). Это создает основную проблему несвязных представлений о себе, где может присутствовать несоответствующий континуум чувств стыда, отвращения, покинутости и/или неприятия своего самоощущения.

Краткое замечание о диагностических обозначениях DSM: DSM изначально был создан как способ точного назначения фармакологической поддержки, чтобы помочь пациентам справиться с имеющимися симптомами и не страдать. Он также обеспечивает основу для обсуждения с другими врачами вопросов, требующих общего понимания. Но диагностические обозначения могут быть очень ограниченными в плане точного описания сложных характеристик страдающего или испытывающего дистресс человека. В рамках данной статьи они используются, чтобы иметь возможность описать некоторые из более серьезных проблем, которые могут возникать у отдельных людей. Основное внимание уделяется более четкому разграничению того, что в целом характеризуется как ПРЛ, и трудностям в выделении ПРЛ-способа отношения к миру. Важно отметить, что все случаи рассматриваются в соответствии с размерным континуумом сложности функционирования эго, с большим разнообразием сильных и слабых сторон.

Прогноз выздоровления при ПРЛ может быть очень многообещающим, если понимать его с точки зрения того, как работать с взаимосвязью тела и разума, как восстановить способность к биологической саморегуляции, как изменить привязанности в отношениях и как сотрудничать с другими людьми. Важно также отметить, что это длительная терапия, которая требует упорства, а также способности следовать рекомендациям по лечению.

Именно невербальная обработка информации в правом полушарии создает способность связывать физические и эмоциональные переживания с сознанием¹⁵ (Resneck-Sannes, 2002). Мозг может постоянно меняться благодаря обучению новым связям в теле и сенсорному осознанию, а также новым методам возвращения тела в состояние регуляции после отключенных, запутанных, бессвязных или хаотичных состояний (из-за эмоциональных, бессознательных и/или диссоциированных триггеров).

Такая телесно-ориентированная форма психотерапии, как биоэнергетический анализ, – уникальное средство для работы с восстановлением надежной, реляционной привязанности (к терапевту) через невербальную, соматическую информационную систему и интеграции ее в новое сознание безопасной последовательной связи с собой, с другими, а также способов сотрудничества с другими. Длительная терапия с телесно-ориентированным психотерапевтом, который знает, как работать с тонкими скрытыми, отделенными или диссоциированными аспектами ПРЛ, может помочь реформировать

¹² Kaess, M, et al (2014) Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics*, Official Journal of the American Academy of Pediatrics, V134(4).

¹³ Weill Cornell Medical Center (2007) Brain Abnormalities Underlying Key Element Of Borderline Personality Disorder Identified, *Science Daily*. www.sciencedaily.com/releases/2007/12/071221094757.htm

¹⁴ Там же.

¹⁵ Resneck-Sannes, H. (2002) Psychobiology of Affects: Implications for a Somatic Psychotherapy. *Clin. J. of PBA*, V13:111-122.

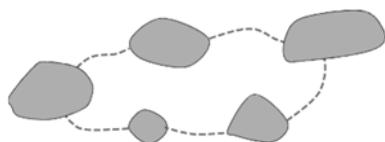
пути нейронной сети и нейробиологию у клиента с ПРЛ.

Концепции и диагностические критерии ПРЛ

Представьте, что ваше базовое самоощущение – это головка швейцарского сыра, а дыры, разрывы или трещины – недостающие, фрагментированные части цельного самоощущения.



Или что ваше самоощущение похоже на серию отдельных островков сознания, которое переключается или прыгает с одного на другой, не имея прочной связи или мостов, удерживающих островки вместе. Именно так выглядит внутренняя организация клиента с пограничным расстройством личности. Это сложное и часто труднодоступное для полного понимания расстройство.



ПРЛ – это, по сути, дисрегуляция эмоционального аффекта и то, как это создает в итоге нестабильное и нецелостное самоощущение. Основные структурные нарушения, которые обычно предполагаются для ПРЛ, это¹⁶:

1. распространенная модель нарушенных или нестабильных межличностных отношений
2. аффективная или эмоциональная дисрегуляция
3. поведенческая импульсивность или неконтролируемость к началу взрослой жизни.

Что очень важно для клиентов с ПРЛ, так это сильный страх быть покинутым. Этот страх – бессознательный движущий импульс, который содержит отвержение наряду с крайним стыдом и отвращением к своему самоощущению. Таким клиентам часто свойственны плохие межличностные отношения и импульсивное поведение, вызванное постоянными интенсивными триггерами (мнимыми или реальными) и последующей эмоциональной дисрегуляцией в ответ. Для ПРЛ были предложены другие названия: «расстройство эмоциональной дисрегуляции» или «расстройство эмоциональной регуляции»¹⁷ (Gunderson, 2005), которые могут быть более предпочтительнее при общении с клиентами и их семьями.

Ниже приводится базовый контрольный список симптомов ПРЛ (необходимо наличие минимум 5 из 9 симптомов согласно DSM-IV-TR¹⁸, также включены некоторые

¹⁶ Gunderson, J.G., Hoffman, P.D. (2005) Understanding and Treating Borderline Personality Disorder. American Psychiatric Publishing, Inc. с. 7.

¹⁷ Там же, 10.

¹⁸ Там же, 6.

пункты из DSM-5¹⁹ с дополнительными описаниями).

1. Сильный страх быть брошенным или остаться одному. [Сепарационная неуверенность: Страхи отвержения значимыми другими и/или разлуки с ними, связанные с опасениями чрезмерной зависимости и полной потери автономии. (Это может быть реальным или воображаемым, иногда проявляется как высокая потребность делать все вместе, отчаянные попытки удержать другого человека или действия, направленные на то, чтобы отвергнуть других, прежде чем отвергнут их самих)].
2. Паттерн или история нестабильных и интенсивных конфликтных отношений [Нарушения в межличностном функционировании через эмпатию (нарушенная способность распознавать чувства и потребности других с межличностной гиперчувствительностью (т.е, склонность чувствовать себя обиженным или оскорбленным; восприятие других избирательно предвзято к негативным качествам или уязвимости) и/или к близости (недоверие и тревожная озабоченность реальной или воображаемой покинутостью; восприятие близких отношений часто колеблется между крайностями (восприятие других как хороших) или обесценивание (как плохих) и чрезмерная вовлеченность чередуется с отстраненностью).
3. Нарушение идентичности или низкая самооценка [Устойчивая нестабильность или неясность самовосприятия, нарушение самофункционирования, часто связанное с чрезмерной самокритикой, слабая самонаправленность: нестабильность целей, стремлений, ценностей и карьерных планов].
4. Импульсивное, расторможенное и/или саморазрушительное или саботирующее поведение [Действие в моменте в ответ на немедленные стимулы или действие без плана или учета последствий, отрицание реальности личной опасности, как минимум в двух областях, таких как безрассудное вождение, неконтролируемые расходы, злоупотребление психоактивными веществами, секс, переедание и т.д.].
5. Повторяющееся поведение, наносящее вред себе [угрозы, жесты, самопорезы, ожоги, царапание кожи, вырывание волос или повторяющиеся суицидальные импульсы].
6. Крайняя эмоциональная нестабильность [перепады настроения, легкое возбуждение и непропорциональная реакция на события и обстоятельства с чередованием состояний интенсивных негативных чувств: эпизодическая дисфория (депрессия, грусть, страдание, безнадежность, пессимизм в отношении будущего, всеохватный стыд, заниженная самооценка и трудность восстановления после таких настроений), раздражительность или тревога (нервозность, напряженность или паника, беспокойство о прошлом и будущем, опасения, угроза неопределенности, страх сорваться или потерять контроль), длящиеся от нескольких часов до (редко) нескольких дней].
7. Хроническое ощущение пустоты.
8. Неадекватные интенсивные взрывные реакции гнева [Постоянный или частый гнев в ответ на мелкие обиды и оскорбления и/или трудности с контролем гнева: постоянные вспышки гнева, повторяющиеся физические драки, частые проявления вспыльчивости и т.д.].
9. Временные состояния потери чувства реальности или параноидальные мысли [которые могут быть вызваны стрессом, едой или лекарствами и вызывают

¹⁹ Sarkis, S. (2011) Borderline Personality Disorder: Big Changes in the DSM-5. www.psychologytoday.com/blog/here-there-and-everywhere/201112/borderline-personality-disorder-big-changes-in-the-dsm-5

тяжелые диссоциативные симптомы (психоз)].

Важно отметить, что, согласно DSM-5, есть еще 3 критериальных признака, которые необходимо учитывать²⁰:

«А. Нарушения в функционировании личности и выраженности личностных черт относительно стабильны во времени и постоянны в разных ситуациях.

В. Нарушения в функционировании личности и выраженности личностных черт не могут быть поняты как нормативные для стадии развития человека или его социокультурного окружения.

С. Нарушения в функционировании личности и выраженности личностных черт не являются следствием одного лишь прямого физиологического воздействия какого-то вещества (например, наркотика, которым злоупотребляют, лекарства) или общего медицинского состояния (например, тяжелой травмы головы)».

У некоторых лиц с ПРЛ может наблюдаться неспособность удерживать раздельность с «другим» в своем самоощущении и базовый страх брошенности и/или отвержения. В целом, у людей с ПРЛ есть тенденция плохо чувствовать границы. Внешне это может проявляться в том, что они оставляют двери открытыми, отсутствии порядка шкафах, ящиках или холодильнике; в жизни среди значительного беспорядка, накопительстве или трудностях с расставанием с личными вещами (вытеснение привязанности); ощущении угрозы от отличий или альтернативных точек зрения; значительной трудности с тем, чтобы говорить другим «нет»; в трудностях с принятием разумных решений. Лица с ПРЛ могут также быть неспособны удерживать внутреннее чувство постоянства в отношениях с другими людьми, которые являются надежными и заслуживающими доверия. Это определяется как отсутствие «объектного постоянства»²¹: когда «другой» физически не присутствует рядом, им трудно удерживать его образ или ощущение связи с ним.

Реальность для многих клиентов с ПРЛ похожа на хождение по зыбучему песку. Они никогда не чувствуют, что их реальность стабильна или надежна. Типичные фразы, которыми клиенты с ПРЛ описывают свои ощущения:

«Я тебя ненавижу, но бросить не могу».

«Я тебя ненавижу – не бросай меня»²².

«У меня все так хорошо в начале, но в конце я всегда все разрушаю, в том числе и себя»²³.

«Некоторые говорят, что я слишком чувствительна, но правда в том, что я просто слишком много чувствую. Каждое слово, каждое действие и каждая энергия попадают мне прямо в сердце».²⁴

«Это как все время ходить по яичной скорлупе» (находясь в близких отношениях с ПРЛ).²⁵

²⁰ Там же.

²¹ Formica, M.J. (2008) Understanding Constancy in Relationship. Psychology Today. www.psychologytoday.com/blog/enlightened-living/200805/understanding-constancy-in-relationship

²² T. Williams, K. (2016) I Hate You, Don't Leave Me: Understanding the Borderline Personality. www.psychcentral.com/lib/i-hate-you-dont-leave-me-understanding-the-borderline-personality/.

²³ Van Gelder, K. (2010) The Buddha and the Borderline: My Recovery from Borderline Personality Disorder through Dialectical Behavior Therapy. New Harbinger Publications.

²⁴ Borderline Personality Disorder Quotes. www.healthyplace.com/insight/quotes/borderline-personality-disorder-quotes/

²⁵ Mason, P., Kreger, R. (2010) Stop Walking On Eggshells. New Harbinger Publications.

Отличия ПРЛ и НРЛ, БР, ПТСР и СДВГ

Ниже приводится описание сходств и различий между пограничным расстройством личности (ПРЛ) и нарциссическим расстройством личности (НРЛ), биполярным расстройством (БР), посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Эти диагнозы часто путают, а иногда они могут быть сопутствующими, в зависимости от того, где находится клиент в комплексном континууме тяжести, чувствительности и влияния внешней среды. Кроме того, поскольку травма имеет глубокую связь с дисрегуляцией аффекта в организме, чрезвычайно полезно понимать, что ПТСР имеет некоторое сходство с ПРЛ.

Нарциссическое расстройство личности (НРЛ) в сравнении с ПРЛ

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) может иметь черты нарциссического расстройства личности (НРЛ). Если считать, что ПРЛ возникло в период ранней привязанности, оба идут из довербального периода первых двух лет жизни младенца. Если ПРЛ не связано с ранней травмой привязанности, черты могут казаться похожими из-за шоковой травмы. Определение ПРЛ может быть затруднено из-за часто пересекающихся аспектов и более распространенного понимания НРЛ. Кроме того, оба расстройства могут проявляться в разной степени совместно.

Согласно биоэнергетической структуре характера, ранняя травма развития в виде небезопасной привязанности с НРЛ формируется на оральной стадии, на более ранней стадии, чем ПРЛ, где-то между 6 неделями и 1 годом. ПРЛ формируется немного позже, в возрасте 6-12 месяцев. Оральный характер формируется в основном под влиянием угрозы покинутости.

Нейроаффективное развитие (биологическая способность к саморегуляции) активизирует базовые проблемы всех пяти биоэнергетических структур характера в течение первых 24-36 месяцев жизни²⁶. Это коррелирует с теорией Шпретер (Schroeter, 2009) о том, что аспекты ПРЛ могут проявляться во всех биоэнергетических типах характера.²⁷ См. таблицу А ниже:

Рождение	6 недель	1 год	18 месяцев	2 года	3 года
Шизоид	Орал [НРЛ] [ПРЛ]		Психопат	Мазохист	Ригидный

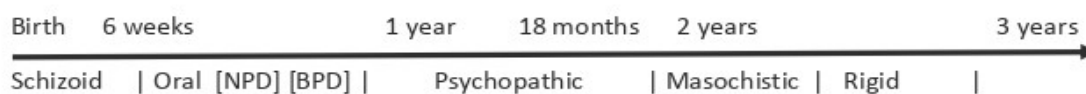


Таблица А: Биоэнергетическая структура характера: Ранние стадии нейроаффективного развития

Помимо общих черт стыда, покинутости и отверженности, НРЛ и ПРЛ имеют и общие черты конфликтных отношений, низкого уровня осознания телесных ощущений, общей тревожности, диссоциации и обвинения.

См. список в таблице 1 ниже:

²⁶ Bentzen, M. (2015) Shapes of Experience: Neuroscience, Developmental Psychology, and Somatic Character Formation. The Handbook of Body Psychotherapy and Somatic Psychology, North Atlantic Books.

²⁷ Schroeter, V. (2009) Borderline Character Structure Revisited. Clin. J. of IIBA, V19:41.

Таблица 1. ПРЛ и НРЛ – сходства

ПРЛ и НРЛ – сходства
Конфликтные отношения
Низкое осознание телесных ощущений
Тревожность
Триггеры диссоциации
Обвинение/проекция
Основной страх покинутости
Стыд, отвержение

Однако есть явное отличие в том, как они выражают гнев и справляются с конфликтами. Человек с НРЛ часто считает, что терапия ему не нужна. Это происходит потому, что ему трудно ощущать свои чувства в теле из-за упущенных сигналов, полученных в результате неадекватной ранней привязанности с первичными воспитателями. Это приводит к отщеплению ядра и диссоциации внутри себя. Обвинение – общее качество, когда они проецируют конфликт, который сами создают, на других. Если их эгоцентрическая реальность или то, чего они хотят, отвергается, их гнев часто содержит более критичное и унижающее содержание. Список различий между ПРЛ и НРЛ см. в таблице 2.

Таблица 2. ПРЛ и НРЛ – отличия

Пограничное расстройство личности – ОТЛИЧИЯ в сравнении	Нарциссическое расстройство личности – ОТЛИЧИЯ
Гнев взрывной, вызывается легко – чрезмерная чувствительность или чрезмерная реакция (ярость) к другим (реакция стыда, чтобы не чувствовать отверженности или покинутости). Гнев может быть бессознательно вызывать обиду, создавать конфликтные реакции в отношениях (закольцованный паттерн – безуспешная попытка индивидуализации). Гнев может обращаться внутрь, выливаться в самоповреждение (порезы, суицидальное поведение). Гнев может стать хроническим или трансформировать в депрессию, отчаяние или безнадежность (из-за неспособности выносить интенсивность боли от покинутости, стыда и/или отвержения). Чувства могут быстро переключаться, диссоциируясь от другой крайности. Иногда не ощущают потребности в терапии (непрерывный диапазон).	Гнев носит критический характер и часто имеет унижающее содержание по отношению к себе и другим. Большие трудности с ощущением собственных потребностей, чувств к другим или чувств других людей. Сложно испытывать эмпатию и сострадание к другим (непрерывный диапазон). Стараются как можно лучше имитировать чувства (чему учатся путем наблюдения), чтобы получать от других то, что они хотят. Эмоциональный диапазон узкий. Часто не ощущают потребности в терапии (непрерывный диапазон)

Неспособность испытывать сострадание и эмпатию к другим имеет у нарциссов непрерывный диапазон. Поскольку они в значительной мере отъединены от чувств в теле, их сознание не может собрать информацию, чтобы научиться представлять реальность другого человека с помощью информации из прошлого опыта о собственных состояниях аффекта чувств. Хотя может показаться, что они имитируют чувства, чтобы вовлечь других, стараясь добиться своего, на самом деле они имитируют действия, которые наблюдали, им нужна уверенность, что они могут контролировать отношения, чтобы удовлетворять только собственные потребности. Их самый большой страх – страх покинутости, и он бессознателен, внутренним отражением покинутости является диссоциация от телесных ощущений. Для них нормально отъединяться или не испытывать сочувствия к другим, поскольку они действительно не понимают, что чувствуют в теле. Жизнь и пребывание в теле – это в основном ментальная конструкция.

Как для НРЛ, так и для ПРЛ характерен базовый страх покинутости. Если в младенчестве их бросили и не удовлетворили их эмоциональные потребности, такие люди будут проецировать и разыгрывать с другими разные сценарии драмы брошенности. У нарцисса это проявляется в виде трудностей с распознаванием или признанием потребностей и чувств других людей. Личности с ПРЛ часто эмоционально очень чувствительны и могут быть чрезмерно реактивными или чрезмерно реагировать на других, пытаясь не чувствовать себя покинутыми²⁸ (включая чувство стыда и отверженности, которые часто этому сопутствуют). Затем может возникнуть гнев, вызванный осознанием собственной неконтролируемой вынужденной необходимости в первую очередь постоянно помнить о потребностях другого.

Со временем у некоторых людей с ПРЛ это перерастает в обиду, и они начинают бессознательно создавать конфликты в близких отношениях, чтобы реализовать потребность чувствовать себя отдельным от другого. (На самом деле это здоровая потребность в индивидуации, которая не может быть разрешена и стала искаженной²⁹ (Marahi, 2008).)

У некоторых людей с ПРЛ гнев может очень быстро трансформироваться в ярость. Они очень чувствительны, и их очень легко спровоцировать. Тем не менее, они могут испытывать смущение и даже раскаяние за свои действия, но не знают, как остановить или контролировать эту повторяющуюся модель поведения. У других гнев может быть подавлен и обращен внутрь, в поведение, наносящее вред себе (порезы), или в депрессию из-за чувства безнадежности и отчаяния, вызванного неспособностью терпеть базовую боль покинутости, стыда, отвращения и/или отвержения. Они не могут изменить то, как чувствуют себя, застряв в своих неразрешимых паттернах.

Биполярное расстройство (БР) в сравнении с ПРЛ

ПРЛ также часто путают с биполярным расстройством (БР) и ошибочно его диагностируют. Иногда они встречаются вместе. Для обоих расстройств характерны лабильность настроения (плохая регуляция аффекта) и импульсивность, а также гнев, несоразмерный происходящему, самоповреждающее поведение (высокий суицидальный риск) и нестабильные отношения.

Они также склонны к крайностям мышления, например, все хорошее или все плохое. Они неспособны видеть в людях и хорошее, и плохое, как единый целостный феномен. Сейчас вы ближайший друг, но очень быстро можете стать врагом. Бывают разные степени и уровни проявления такого черно-белого мышления, но в целом есть

²⁸ Borderline Narcissistic Personality Disorder Differences. <https://www.clearviewwomenscenter.com/borderline-narcissistic-personality-disorder-differences.html>

²⁹ Marahi, A.J. (2008) Power and Control Struggles in Borderline Personality Disorder. www.borderlinepersonality.typepad.com/my_weblog/2008/07/power-and-contr.html

сильная тенденция к тому, чтобы не уметь одновременно воспринимать две противоположные крайности и иметь более обобщенную или сложную точку зрения. Это может отражать их внутреннее состояние как отдельных островков сознания, которые не способны держаться вместе как целостное внутреннее ощущение себя. В таблице 3 перечислены общие сходные черты ПРЛ и БР.

Таблица 3. ПРЛ и БР – сходства

ПРЛ и БР – сходства
Плохая регуляция аффекта (перепады настроения/лабильность)
Импульсивность
Неуместный гнев
Самоповреждения в гневе, риск самоубийства
Нестабильные отношения
Тревога и депрессия
Черно-белое мышление

Ключевое отличие ПРЛ от БР в том, что самовосприятие клиента с ПРЛ в основном плохое, а самовосприятие клиента БР – грандиозное (часто гипертрофированное).

У ПРЛ более отчетливая реакция восприятия враждебности и автономии других (страх разлуки/брошенности), чем у клиента БР. Перепады настроения у клиента с ПРЛ могут быть довольно частыми – от нескольких часов до нескольких дней, тогда как у клиента с БР периоды мании/гипомании и депрессии будут заметно длиннее. Также известны случаи быстрого цикла у пациентов с ПРЛ. Эмоциональные реакции у клиента ПРЛ могут быть вызваны (мнимым или реальным) страхом покинутости³⁰, который часто глубоко диссоциирован и может быть причиной постоянного тревожного состояния.

Клиент с БР часто не реагирует на вызов или интерпретацию терапевта, тогда как клиент ПРЛ часто испытывает сильную эмоциональную реакцию, которая может выражаться в гневе/ярости (соматические признаки: повышенное возбуждение, сжимание рук, постукивание ногами, повышенный тон (выкрики), споры, оборона и т.д.) или бегстве (соматические признаки: отведение глаз, поворот головы, ног или тела в одну сторону в попытке убежать), диссоциации (немедленная смена темы или «отстранение»), реальный уход с сеанса или невозвращение и т.д.³¹

Таблица 4 – ПРЛ и БР – отличия

Пограничное расстройство личности – ОТЛИЧИЯ в сравнении	Биполярное расстройство – ОТЛИЧИЯ
Самовосприятие в основном плохое (хронический стыд). Перепады настроения от нескольких часов до нескольких дней. Межличностная чувствительность к враждебности и обособленности. Более отчетливая реакция восприятия враждебности и автономности (страх	Самовосприятие грандиозное (часто гипертрофированное). Долгие колебания настроения в течение нескольких месяцев, обычно с явно более длительными периодами мании, гипомании и депрессии. Межличностная нечувствительность. Часто не реагирует на вызов или

³⁰ Lane, C. (2015) Borderline Personality Disorder. www.toddlerstime.com/dx/borderline/bpd-ekleberry.htm

³¹ Gunderson, J. G., Hoffman, P. D. (2005) Understanding and Treating Borderline Personality Disorder. American Psychiatric Publishing, Inc. p. 43

сепарации/брошенности). Часто имеет сильную эмоциональную реакцию, которая может выражаться в виде гнева/ярости в постоянных конфликтах в отношениях. Попеременная идеализация и обесценивание других людей.	интерпретацию терапевта. Использует избегание и отрицание и может демонстрировать слабую проницательность.
--	---

Посттравматическое стрессовое расстройство в сравнении с ПРЛ

Основная проблема для людей с ПРЛ – трудности с регуляцией физического воздействия своих эмоций. Согласно исследованию Форда и Куртоиса (2014), ПРЛ и ПТСР совпадают в 7 из 9 диагностических критериев DSM-V. Общие симптомы ПТСР часто присутствуют при ПРЛ из-за повышенной чувствительности нейробиологии мозга и трудностей в преодолении травмирующих стрессов внешней среды. Они могут испытывать постоянную тревогу, а также чувство безнадежности/отчаяния из-за неспособности регулировать или контролировать эмоции. Это может вызвать хроническое состояние депрессии. Трудность связана с тем, что в травме присутствует феномен реакции бей/беги/замри. При травме организм может диссоциироваться от интенсивности болезненных и негативных эмоций, чтобы просто перестать их чувствовать. Это вызывает низкую осознанность телесных ощущений и множество триггеров диссоциации, которые постоянно закливаются. Хроническое диссоциативное закливание, основанное на эмоциональном онемении, создает ощущение внутренней пустоты, которое свойственно и ПРЛ, и ПТСР, поскольку люди чувствуют себя застрявшими в постоянном безнадежном отчаянии, не понимая, как из него выбраться. Интенсивность этого чувства очень трудно переносить, и без адекватной поддержки или информации о том, почему это происходит, в конце концов это может стать источником высокого суицидального риска. В подростковом возрасте такой риск для лиц с ПРЛ и ПТСР может быть очень высок. Но в среднем возрасте интенсивность этих симптомов часто уменьшается, что снижает факторы риска. В таблице 5 перечислены черты, общие для обоих типов³² (Ford et al, 2014).

Таблица 5 – ПРЛ и ПТСР – сходства

ПРЛ и ПТСР – сходства
Плохая регуляция аффекта (перепады настроения/лабильность)
Самовосприятие в основном плохое (хронический стыд)
Гнев, вызывающий самоповреждения, риск самоубийства
Импульсивное поведение Высокая тревожность
Депрессия, отчаяние или безнадежность
Хроническая пустота
Конфликтные отношения (интенсивные и неустойчивые)
Социальная отстраненность и избегание общества
Низкая осознанность телесных ощущений
Триггеры диссоциации
Отсутствие способности испытывать удовольствие и положительные эмоции

³² Ford, J.D., Courtois, C.A. (2014) Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. BioMed Central Ltd.

Существенное различие между ПРЛ и ПТСР в том, что при ПРЛ ощущается огромный страх покинутости или отвержения, а также есть сильная тенденция к чередованию идеализации и обесценивания других. Этого не происходит при ПТСР или комплексном ПТСР (кПТСР). При ПРЛ наблюдается значительная склонность к заниженной и завышенной регуляции состояний аффекта, а также тенденция к заниженному аффекту при подтверждении травмы развития в раннем детстве. Недорегуляция означает, что человек выражает свои эмоциональные аффекты в сильной, возможно, чрезмерной или драматической форме. И наоборот, чрезмерная регуляция – это когда эмоциональный аффект более сдержан или в той или иной форме подавлен. Комплексное ПТСР имеет тенденцию к проявлению сложных комбинаций как позитивных, так и негативных диссоциаций с недостаточно регулируемым состоянием аффекта. Позитивные диссоциативные симптомы связаны с активной защитной реакцией и могут включать навязчивые травмирующие воспоминания, флешбэки, навязчивые голоса, а также сложные паттерны, такие как повторные эпизоды. Негативные диссоциативные симптомы относятся к пассивным защитным реакциям и обычно связаны с утратой функций, которые могут включать потерю памяти, потерю высших корковых функций, потерю чувств, потерю двигательного контроля, а также потерю соматосенсорного восприятия (например, онемение)³³. Клиенты с ПТСР также испытывают большие трудности с распознаванием эмоций, чем клиенты с ПРЛ³⁴.

Клиенты с ПРЛ имеют отличные от ПТСР комплексные факторы риска, которые могут быть хроническими и более опасными для них. У них также более вероятно наличие сочетанных патологических черт с другими расстройствами (расстройства пищевого поведения, биполярное расстройство и т.д.). У них также выше риск повторной травматизации во взрослом возрасте, чем у клиентов с ПТСР (Ford et al, 2014).

И, наконец, есть небольшая группа клиентов с ПРЛ, у которых имеется сопутствующее ПТСР, а также небольшая группа клиентов с комплексным ПТСР, у которых ПРЛ является подгруппой. Существуют явные отличия, позволяющие отнести их в большей степени к той или иной категории. В таблице 6 перечислены черты, которые показывают отличия обеих³⁵ категорий (Ford et al, 2014).

Таблица 6. ПРЛ и ПТСР – отличия

Пограничное расстройство личности – ОТЛИЧИЯ в сравнении	ПТСР – ОТЛИЧИЯ
Страх брошенности или отвержения. Чередующаяся идеализация и обесценивание других. Более сложные факторы риска (чем при ПТСР), которые могут быть хроническими и более опасными. Более вероятно наличие множества сопутствующих признаков (<10%), с которыми труднее справиться (больше всего при расстройствах пищевого поведения (50%) и биполярном	Сложные комбинации позитивной диссоциации с недостаточно регулируемым аффектом и негативной диссоциации с чрезмерно регулируемым аффектом (кПТСР). Трудности в переживании и распознавании эмоций. Способность относиться к убеждениям в рамках собственного самоощущения различается.

³³ Ulrich, F.L. et al (2014) Neurobiology and Treatment of Traumatic Dissociation: Towards an Embodied Self. Springer Publishing Company, Pgs. 22-33.

³⁴ Ford, J.D., Courtois, C.A. (2014) Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. BioMed Central Ltd.

³⁵ Там же.

расстройстве (35%)). Более высокий риск повторной виктимизации во взрослой жизни у тех, кто имеет раннюю травму развития. (У пациентов с ПРЛ иногда также наблюдается посттравматическое стрессовое расстройство.)	(Можно ожидать сочетание травматической виктимизации и нарушенных отношений привязанности с первичным воспитателем – ПРЛ может рассматриваться как подгруппа кПТСР).
--	--

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) в сравнении с ПРЛ

Хотя существуют исследования, свидетельствующие о высокой частоте случаев, когда люди с диагнозом СДВГ в детстве диагностируются как ПРЛ во взрослом возрасте, между ними есть определенные различия. Сходство заключается в плохой способности регулировать эмоциональные состояния и импульсивности. СДВГ может быть ранним детским симптомом-предвестником диагностированного у взрослых ПРЛ. В таблице 7 перечислены черты, общие для обоих типов³⁶ (Ford et al, 2014).

Таблица 7 – ПРЛ и СДВГ – сходства

ПРЛ и СДВГ – сходства
Плохая регуляция аффекта (перепады настроения/лабильность) Импульсивность
Конфликтные отношения
Неуместный гнев
Дефицит межличностных отношений
Высокая тревожность
Низкая осознанность телесных ощущений
Триггеры диссоциации

ПРЛ отличаются от СДВГ по нескольким существенным признакам. Им присуще хроническое ощущение пустоты, что может быть связано с высоким риском суицидальности (наряду со стыдом, покинутостью и/или отвержением). И более сильная тенденция к диссоциации. И хотя у обоих есть общая черта – импульсивность, человеком с ПРЛ движут аффективные аспекты и межличностная чувствительность. СДВГ в основном связан с неспособностью концентрироваться и удерживать внимание, что не является общим признаком ПРЛ. (Хотя у людей с ПТСР тоже наблюдается подобное явление, импульсивность у них скорее связана с дефицитом внимания и когнитивной обработки информации из-за проблем с торможением.) У некоторых людей с СДВГ также наблюдается тенденция к постоянному гиперактивному поведению. В таблице 8 перечислены различия между ПРЛ и СДВГ³⁷ (Matthies et al, 2014).

³⁶ Там же.

³⁷ Matthies, S.D., Philipsen, A. (2014) Common ground in Attention Deficit Hyper-activity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD): Review of Recent Findings. McGraw, A.P.

Таблица 8 – ПРЛ и СДВГ – различия

Пограничное расстройство личности – ОТЛИЧИЯ в сравнении	Синдром дефицита внимания и гиперактивности – ОТЛИЧИЯ
Хроническое чувство пустоты. Поведение, наносящее вред себе, и высокий суицидальный риск. Высокая вероятность склонности к диссоциации. Импульсивность в основном обусловлена аффективными и межличностными аспектами.	Неспособность удерживать внимание (легко отвлекается) и/или высокая концентрация на конкретном предмете интереса. Склонность к постоянному движению (гиперактивность). Поведенческая расторможенность\дезорганизация. Хорошо реагирует на медикаменты. Дефицит внимания и когнитивных способностей объясняет проблемы торможения поведения, называемые импульсивностью.

Ранняя привязанность и ПРЛ

В 1960-х годах Мэри Эйнсворт выделила основные формы привязанности: безопасная, тревожно-избегающая небезопасная, тревожно-резистентная небезопасная/тревожно-амбивалентная небезопасная. Мэри Мейн, коллега Эйнсворт, добавила важную четвертую категорию привязанности:

дезорганизованная/дезориентированная небезопасная. Это самая дисфункциональная из типов небезопасной привязанности. По Мейн, дезорганизованная привязанность возникает, когда привязанность к родителю пугает, устрашает или диссоциирует и воспринимается как стратегия «коллапса» клиента, который испытывает «испуг без разрешения» (Wallen, 2007)³⁸.

Небезопасная привязанность возникает, если первичным воспитателям трудно полностью присутствовать рядом с детьми длительное время в первый год жизни, например, при послеродовой депрессии, переживании значительной потери или неизлечимой болезни близкого члена семьи (например, другого ребенка), сильном стрессе в отношениях с партнером (расставание или развод), преждевременных родах с инкубационной разлукой и/или, если первичный воспитатель попал в аварию или был госпитализирован. У усыновленных детей тоже может развиваться небезопасная привязанность из-за разлуки с биологической матерью и нестабильного периода пребывания с временными воспитателями, пока усыновитель не станет полноценным основным опекуном в жизни ребенка.

Отзеркаливание: Питер Фонаги заметил, что родительское воспитание, основанное на надежной привязанности, является одновременно «конгруэнтным» и «маркированным». Это означает, что лицевые и голосовые реакции родителей соответствуют точному и правдивому отражению эмоциональных проявлений или состояний аффекта ребенка, а не их собственных состояний (Wallen, 2007)³⁹. Это служит основой первых репрезентаций ребенком собственных эмоциональных аффектов, которые носят название условного или эмоционально настроенного отзеркаливания –

³⁸ Wallen, D.J. (2007) *Attachment in Psychotherapy*. Gilford Press, с. 49.

³⁹ Там же, 51.

основы для способности младенца к саморегуляции эмоций, а также контроля импульса. Согласно Фонаги, у клиентов с ПРЛ связь между внутренним опытом и отражением реакций из внешней среды, вероятно, разорвана или в основном отключена в сознании (Wallen, 2007)⁴⁰.

Если мать присутствует рядом с младенцем, но не реагирует на его переживания, это называется немаркированным или неконтингентным отзеркаливанием. Неопределенное отзеркаливание – это когда ребенок может читать по лицу матери ее реакции, подсказки или сигналы бедствия, а мать (или основной воспитатель), реагируя на собственные потребности, неспособна обеспечить последовательное отражение, которое подтверждает здоровый ответ на истинные потребности ребенка⁴¹. Такое неопределенное отзеркаливание – основной источник травмы развития ПРЛ, при которой не удастся сформировать надежную привязанность к матери. В итоге это выливается в нецелостное самоощущение, которое ребенок воспринимает как нечто в конечном счете плохое или неправильное, что приводит к формированию хронического чувства стыда и отвращения, обусловленного самоощущением. Неконгруэнтное отзеркаливание происходит, когда ребенку предлагается интернализировать образ матери/первичных воспитателей как свое эмоциональное «я», вместо того, чтобы иметь возможность обнаружить собственное эмоциональное «я». Это создает уязвимость к нарциссической патологии и создает расщепление или иллюзию грандиозного самоощущения, которое колеблется в сторону самоощущения пустоты⁴².

Понимание невербального эмоционального воздействия отзеркаливания дает важную информацию о том, как важно точно отзеркаливать словами, тоном, языком лица и тела в процессе терапии отношений между терапевтом и клиентом с ПРЛ.

Хронический стыд при пограничном расстройстве

Базовая проблема ранней травматической формы ПРЛ – неуверенная или дезорганизованная привязанность. И то, и другое приводит к тому, что самоощущение таких людей бессознательно связано с чувством стыда. Из-за ранней травмы развития они изначально считают себя плохими. Это также связано с лежащим в их основе глубинным страхом покинутости и/или отвержения.

Хронический стыд может возникать и при других формах ПРЛ, которые развились из-за других внешних стрессовых факторов окружения на более поздних этапах жизни ребенка. Далее в этой статье мы проследим, как это связано с переживанием негативных состояний чувства с соответствующими соматическими состояниями аффекта в теле. Если удастся отследить одну из форм ПРЛ, связанную с ранней травмой развития, можно найти подсказки, как можно исцелить или восстановить через интеграцию эффективных психотерапевтических вмешательств вместе с повышенным телесным осознанием как положительных, так и отрицательных эмоциональных состояний аффекта.

Стыд (негативное состояние аффекта)

Стыд – самый сложный, самый плотный энергетический пласт сознания для исцеления. Для большинства людей он настолько болезнен, что отделение или диссоциация от него – вполне понятный механизм преодоления. Это похоже на то, что происходит, когда травма затрагивает тело. Чтобы понять стыд, нужно начать с понимания физиологии негативных аффективных состояний и того, как они

⁴⁰ Там же.

⁴¹ Там же.

⁴² Там же.

проявляются в соматическом выражении тела.

Томкинс описывает стыд как внутренний аффект, присущий биологии тела (Helfaer, 2007)⁴³. Благодаря пульсации расширения и сжатия, тело энергетически сжимается, когда нарушается позитивная связь. У ребенка может сформироваться хроническая система стыда или система ненависти к себе, которая является результатом потребности в восстановлении любви (позитивной связи), и в итоге ребенок становится более уязвимым к стыду (Helfaer, 2007)⁴⁴.

Дональд Л. Натансон в книге «Гордость и стыд» (1994)⁴⁵ постулирует девять основных эмоциональных аффектов (на основе фундаментальной работы Сильвана Томкинса⁴⁶), посредством которых наше тело инстинктивно выражает чувства. Аффект определяется как биологическая часть эмоции. Когда лицо улыбается, вы демонстрируете аффект удовольствия. Схема возникновения аффектов хранится в примитивной части мозга (стволе), также называемой рептильным мозгом. При возникновении аффекта активируется «механизм, который затем высвобождает известную схему биологических событий»⁴⁷.

Чувство возникает, когда человек осознает аффект. Аффекты – это инстинктивная часть тела, с которой мы рождаемся и которую выражаем. С того момента, как мы делаем первый вдох, мы каким-то образом умеем плакать и кричать о помощи или утешении. Это происходит благодаря сочетанию аффектов страха, бедствия и, возможно, гнева. Натансон утверждает, что из девяти аффектов два положительные, один – нейтральный, а шесть относятся к негативным чувствам. Далее приводится список девяти основных врожденных аффектов из книги Натансона «Гордость и стыд» (некоторые обозначены как континуум диапазона чувств)⁴⁸:

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ

1) Интерес – Волнение (реакция на успех/импульс поделиться) – улыбка, губы широко раскрыты и вытянуты, более заряженная энергия.

2) Наслаждение – Радость (реакция на новую ситуацию/импульс к участию) – брови опущены, глаза следят, глаза смотрят, внимательно слушают, чувство гордости, более спокойная энергия.

НЕЙТРАЛЬНЫЕ

3) Удивление (реакция на внезапное изменение/сброс импульсов, прояснение сознания) – брови вверх, глаза моргают, руки могут быть подняты вверх, тело/голова отклонены назад.

ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ

4) Страх – Ужас (реакция на опасность/побуждение убежать или спрятаться) – застывший взгляд, бледное лицо, холод, пот, поднятые волосы, широко раскрытые глаза, брови вверх.

5) Дистресс – Гнев (реакция на потерю/побуждение к скорби) – плач, ритмичные всхлипывания, брови дугой, опущенный рот, переживание глубокой скорби.

⁴³ Helfaer, P.M. (2007) Shame in the Light of Sex and Self-Respect. *Clin. J. of IIBA*, V17:57-79, с. 66.

⁴⁴ Там же, 62, 67.

⁴⁵ Nathanson, D.L. (1994) *Pride and Shame, Affect, Sex and the birth of Self*. Norton & Co. Ltd.

⁴⁶ Conger, J. (2001) The Body of Shame: Character and Play. *Clin. J. of IIBA*, V12:71.

⁴⁷ Nathanson, D.L. (1994) *Pride and Shame, Affect, Sex and the birth of Self*. Norton & Co. Ltd., с. 49.

⁴⁸ Там же, 73-149.

6) Гнев – Ярость (реакция на угрозу/импульс к нападению) – хмурый взгляд, сжатые челюсти, красное лицо, постукивание ногой или рукой (раздражение/возбуждение).

7) Неприятный запах [презрение/отвержение] (реакция на неприятный запах/импульс избегать – аналогично отвращению/вкусу) – верхняя губа приподнята, голова откинута назад.

8) Отвращение (реакция на плохой вкус/побуждение отбросить) – нижняя губа выдвинута и оттопырена, голова выдвинута вперед и вниз, может возникнуть тошнота в животе.

9) Стыд – Унижение (реакция на неудачу/побуждение пересмотреть поведение) – глаза опущены, голова опущена и отклонена, покраснение.

Из этого списка ясно, что негативные чувства значительно превосходят позитивные 3:1. Стыд – самое трудное чувство, которое нужно найти, а затем научиться от него избавляться. Стыд возникает, когда нарушается естественный поток одного из двух положительных аффектов – интереса-возбуждения или удовольствия-радости. Стыд может ограничивать эмпатию и близость, прерывая последовательную и безопасную связь с другими людьми или мешая ей. Довольно часто реакцией на чувство стыда может быть гнев. Это можно рассматривать как защитную реакцию, чтобы не испытывать стыд и попытку восстановить позитивное чувство.

Существует множество других чувств, но Натансон рассматривает их как комбинацию этих основных девяти аффектов. Например, он утверждает, что чувство вины – это не базовый врожденный аффект, а результат комбинации врожденных аффектов страха и стыда. Смущение и вина похожи на стыд, но они связаны с поведенческой реакцией. Стыд – это феномен всего существа, связанная с ощущением собственной неполноценности.

Аффект отвращения также можно объединять с аффектом стыда:

«Мысли об отвратительности следуют за чувством стыда по нескольким причинам. Во-первых, кажется, что аффект отвращения следует за распадающимся стыдом. Шор отмечает, что в теориях развития и психотерапии аффекту отвращения уделяется даже больше внимания, чем стыду. Он ссылается на исследование, которое показывает, что люди с диагнозом пограничного расстройства личности и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) – то есть люди, страдающие тяжелыми травмами развития и отношений – особенно склонны к отвращению в имплицитной «я»-концепции. Чувствительность к отвращению повышена при расстройствах, связанных с травмой, и отвращение к себе также может быть диссоциированным» (DeYoung, 2015).⁴⁹

Стыд – что-то вроде темного плаща, брошенного на вас кем-то другим. Он возникает как реакция на внешний, посторонний источник. Это эмоция, связанная с отношениями, ее суть – спрятаться от чужих прогнозируемых суждений (мнимых или реальных), резких комментариев, критики и нападков.

Дети изначально зависят от родителей, которые отражают их потребности в позитивных ответах или используют успокаивающие, умиротворяющие средства. Если дети воспринимают родителей как яростных или ужасающих в ответ на свои потребности, они обращаются против собственной позитивной жизненной силы и в

⁴⁹ DeYoung, P.A. (2015) Understanding and Treating Chronic Shame: A Relational/Neurobiological Approach. Routledge, c. xiii

конце концов создают внутреннее «я», которое кипит от ярости и терроризирует само себя. Это препятствует здоровой индивидуации, и таким людям очень трудно уважать или признавать право на собственные потребности. Это также может привести к постоянному переживанию аннигиляции развивающегося чувства собственного достоинства. В конце концов они могут оттолкнуть свою жизненную энергию, вызывая ненависть к себе или отвращение к себе⁵⁰.

«Стыд – это переживание распада самоощущения из-за дисрегуляции другого... близкого нам человека, эмоциональные реакции которого заставляют нас чувствовать себя разбитыми на части...» (DeYoung, 2015).

Аффект стыда связан с самоощущением. Клиенты с ПРЛ действительно чувствуют, что они неадекватны по самой своей сути как простые человеческие существа. ПРЛ создает хроническую центральную проблему стыда и отвращения к своему самоощущению. Следующие слова передают интенсивность состояния самоощущения, вызванного стыдом (с некоторым отвращением):

«Испорченный, ущербный, не хороший, плохой, неполноценный, несостоятельный, неопределённый, безосновательный, неуверенный, недостойный, дефектный, пустой, ненависть к себе, самоповреждение, вред себе».

В конечном итоге стыд может стать препятствием для дальнейшего позитивного воздействия. Со временем, если человек не чувствует достаточно позитивных аффектов (или позитивных нейронных связей, которые создают позитивные аффекты), он может начать терять доступ к ним. Именно это может произойти при избегающих, амбивалентных, резистентных, отстраненных или дезорганизованных формах не безопасной ранней привязанности. Такие формы травмы развития создают сложности эмоциональной дисрегуляции. Негативные состояния чувств, такие как стыд и отвращение, затрудняют сохранение присутствия. Человек может диссоциироваться от этих чувств, и они становятся бессознательными. Любая форма травмы имеет тенденцию тянуть человека назад или запускать его в петлю негативных чувств. Хорошее, безопасное, стабильное состояние в раннем периоде привязанности к матери испытывалось либо редко, либо никогда, и со временем становится все труднее и труднее вспомнить, что такое хорошее состояние.

Соматический аффект смущения (легкая поведенческая форма аффекта стыда) сначала проявляется в виде легкого румянца, покраснения, поднимающегося от груди, через шею и/или вверх по лицу. При аффекте стыда голова может незаметно наклониться, а глаза – опуститься, избегая зрительного контакта. Стыд может ощущаться и соматически – как большая резинка между двумя людьми, которая сначала удерживает их вместе в отношениях, а затем резко и внезапно обрывается. Чувство, когда она возвращается к человеку с ощущением стыда, можно писать так: «Должно быть, я сделал что-то плохое или неправильное, раз потерял связь». Это может произойти очень быстро и ощущаться как сильная пощечина, как отталкивание в центре тела или как колющее страшное чувство, будто что-то оборвалось внутри. Дети бессознательно интерпретируют такое состояние аффекта как то, что они должны быть неправы.

Когда дети теряют или не могут поддерживать постоянное и исполненное любви

⁵⁰ Baum, S. (2007) Living On Purpose: Reality, Unreality and the Life of the Body. *Clin. J. of IIBA*, V17, с. 157.

чувство связи с основным воспитателем, это похоже на конец света. Это вызывает ощущение уничтожения: повторяющееся снова и снова ощущение смерти, которое становится неотъемлемой частью их самоощущения. Это вызывает разорванное ощущение себя, которое, в свою очередь, создает трудности в эффективной регуляции эмоций.

Сначала они могут плакать в ответ на потребность в связи (чтобы быть успокоенными, снова чувствовать себя в безопасности и хорошо), но со временем их система разрушается, и в конце концов ребенок сдается и диссоциирует, чтобы справиться с болью от разрыва связи. В итоге это переходит в хронический триггер безнадежного или отчаянного состояния аффекта и/или заикленного состояния гнева, чтобы защититься от стыда.

Терапия пограничного расстройства личности (ПРЛ)

Интегрированные соматические (телесные) методы психотерапии могут улучшить работу по восстановительному лечению лиц с ПРЛ. Обнаружение подсказок через довербальные или невербальные формы выражения во время осознания младенца в первые два года жизни может помочь специалистам в том, как поддерживать клиентов с ПРЛ в реформировании и восстановлении стабильной регуляции аффекта, как более постоянных и стабилизирующих позитивных состояний чувств. Сюда входит выражение лица, зрительный контакт, тон голоса, звуки, прикосновения, поза, интенсивность контакта, а также темп или время.

Далее предлагается несколько методов, которые можно применять для излечения ПРЛ заново обучая отношениям, развивая стойкое позитивное самоощущение, модулируя дисрегуляции аффекта, усиливая контейнирование, развивая здоровые границы, интегрируя протоколы соматического переживания травмы и исцеляя хронический стыд.

1. Восстановите позитивное чувство собственного «я» с помощью реляционной телесно-ориентированной психотерапии (например, биоэнергетического анализа). Работая над развитием или реформированием тела и связей правого полушария мозга, разум может перестроить осознание на более сильное, более целостное чувство «я». Новый телесный опыт позитивных состояний аффекта, контейнирования и управления эмоциями станет дверью через правую часть мозга к пониманию себя как позитивной и здоровой личности. При ранней травме развития или шоковой травме терапевт может поддержать клиента, чтобы тот смог вырастить и развить то, чего ему не хватает. Использование телесно-ориентированных упражнений, введение нового позитивного зеркального опыта, исследование невербальных, соматических проблем привязанности и отношений позволяет клиенту сформировать новую доверительную и очень реальную связь с терапевтом. Это, в свою очередь, станет частью новых внутренних отношений.

Обучаясь методам, способствующим позитивным телесным связям и согласованной регуляции эмоциональных аффектов, клиент заполняет «пробелы» для поддержания здоровой и последовательной связи со своим «я». Вот несколько идей в качестве примеров, как работать с развитием позитивного базового самоощущения с помощью новых техник соматического осознания.

Необходимо развивать понимание присутствия или центрированности и заземленности в теле. Присутствие – это воплощение сознательного «я», полностью присутствующего здесь и сейчас. Травма фрагментирует «я» и мешает способности полностью присутствовать во всех аспектах своей жизни. Беспокойство о будущем (тревога/страхи), обусловленное травмами прошлого, мешает способности жить в

настоящем. Быть центрированным – значит привести свое сознание в равновесие внутри тела в текущей реальности. Это можно сделать, развивая способность сострадательного свидетеля, отслеживая сенсорное осознание разных частей себя или того, как человек организует осознание себя через голову, сердце или живот и в отношениях с другими⁵¹ (Maley, 2002).

Развитие последовательной практики сканирования тела для более регулярного присутствия в теле достигается обучением клиента новому языку для связи самоощущения с основными ощущениями тела – теплом, холодом, напряжением, давлением, покалыванием, пульсацией, болью (острая, рассеянная, форма, уровень?) и т. д. Этому можно научиться также с помощью прикосновений к телу, регулярного самомассажа и/или называния чувств и ощущений, чтобы более последовательно закрепить их в сознании. Простой и доступный биоэнергетический инструмент – работа с веревкой, палкой или шариками разных размеров и текстуры, которые можно использовать для работы с подошвами стоп, чтобы поддержать способность к заземлению.

Шретер (2009) говорит о важности понимания трудности заземления через ноги для клиентов с ПРЛ и о том, что в первую очередь необходимо делать упор на чувстве безопасности через отношения с терапевтом. Тело терапевта можно представить как новый контейнер для «я», где можно безопасно и мягко заземлиться, например, положив ноги или руки терапевта на ноги клиента или предложив клиенту положить ноги на область живота/бедер терапевта. Она пишет, что энергия либо распределяется «между верхней и нижней половинами с напряженной серединой, либо между головой и телом».⁵² Шретер предлагает упражнения, которые помогают развить позитивный, безопасный и заземляющий опыт в теле, например, удерживание головы и области затылка, а также «огибание» спины терапевта, когда клиент лежит на боку, обнимая терапевта всем телом⁵³.

Ежедневная практика осознания тела с помощью упражнений на заземление укрепляет связи между фрагментированными частями тела и ума. Клиенту с ПРЛ важно регулярно заниматься телом, растягивать его, напрягать и чувствовать воплощение своей силы. Простые упражнения на заземление – растягивание и вращение суставов, сгибание спины в четырех направлениях и растяжка позвоночника – помогают вернуть кровообращение, тепло, энергию, а также усилить связь тела и разума.

При работе с большим мячом для упражнений, когда клиент и терапевт сидят спина к спине на мяче, клиент может достичь большей связи с позвоночником и его осознания⁵⁴. Можно не только почувствовать поддержку и «опору», но и соответствующее самоощущение, которое постепенно начинает усваивать опыт контейнирования, связи, внутренней твердости и силы, а также мягко поощрять воплощение своих (недостающих или фрагментированных) частей. Возвращение позвоночника в реляционное осознание более полно интегрирует сознание мозга в тело и поддерживает более сильную связь с базовым чувством «я».

Поскольку ранняя форма небезопасной привязанности ПРЛ возникает где-то на стадии 6-12 месяцев, спина учится «стоять за себя», когда ребенок переходит от ползания к вертикальному положению. Соматическая работа с областями головы, живота и позвоночника позволяет терапевту интегрировать разделение между телом и разумом или нижней и верхней половиной тела на всех стадиях развития привязанности.

⁵¹ Maley, M. (2002) *Bioenergetic Fundamentals, A Self-Exploration Manual*. Body Smart Publications, с. 22-23.

⁵² Schroeter, V. (2009) Borderline Character Structure Revisited. *Clin. J. of IIBA*, V19:46.

⁵³ Там же, 48.

⁵⁴ Clauer, J. (2012) Neurobiology and Developmental Aspects of Grounding. *Bioenergetic Analysis. Clin. J. of IIBA*, V21:100-103.

Эти формы соматического вмешательства необходимо проводить многократно, чтобы постепенно выработать и закрепить в теле новую сознательную информацию. Их следует проводить только с телесным психотерапевтом, обученным тонкому и этичному осознанию прикосновений в работе с отношениями в раннем периоде развития, в отношении травм, сексуальных и/или культурных проблем телесного контакта. Через новые реляционные и соматические связи, через опыт безопасного, прочного и позитивного физического контакта с терапевтом клиент с ПРЛ может развить заземленную и последовательную позитивную основу «я».

2. Понимание регуляции аффекта и развитие новых навыков регуляции эмоций. Регуляция аффекта, физиологическое выражение эмоций, формируется в первые два года жизни младенца. Биоэнергетические терапевты знают, как научить клиентов управлять недостаточно регулируемыми проявлениями эмоций, такими как сильный страх или приступы гнева. Клиентов можно научить тому, что, взяв на себя ответственность за свои эмоции, они могут научиться перенаправлять их в более безопасное и здоровое русло. (Гнев, например, можно безопасно выразить, ударяя по кровати и подушкам или лежа и пинаясь обеими руками и/или ногами). Есть множество техник, которые можно изучить, для управления интенсивными эмоциональными аффектами и их замедления, а также стратегии управления чувствами подавленности, высокой тревожности, гнева и гипервозбужденного состояния.

Биоэнергетические терапевты могут помочь клиентам и установить более тесную связь со слишком сдерживаемыми или слишком регулируемыми эмоциями, которые могут быть подавлены или диссоциированы. Они могут направить клиента на поиск того, какие глубинные чувства лежат в основе конкретного интенсивного состояния или что может быть главной причиной того, что вызывает состояние негативного аффекта.

Клиентам с ПРЛ очень важно научиться развивать ряд здоровых, позитивных, ресурсных инструментов (см. пункт № 4 ниже), которые помогают успокоиться, сдерживать и регулировать интенсивные негативные состояния аффекта. Это можно сделать с помощью различных техник, например (но не ограничиваясь ими):

- Упражняйтесь в легком и глубоком дыхании, чтобы успокоить и замедлить тело и разум. Из-за расщепления или сжатия в средней части тела диафрагма у клиентов с ПРЛ слишком зажата и напряжена⁵⁵. Большинство людей с ПРЛ дышат верхней частью грудной клетки, не в состоянии полноценно сдерживать чувства в теле и поэтому недостаточно регулируют эмоции. Практикуйте дыхательные упражнения – счет при выдохе (выдыхайте дольше, чтобы выпустить больше воздуха), медленно считая до 5 или 7 перед вдохом. Это замедляет дыхание, заставляя делать более длинные и, следовательно, глубокие вдохи через диафрагмальный блок и в нижнюю часть живота.
- Расслабьте скрытые глубоко в теле зажимы и травмы с помощью простых упражнений, способствующих глубокой спонтанной вибрации. Одна из хороших форм практики, основанной на биоэнергетике, упражнения по высвобождению травм (TRE) Дэвида Берсели⁵⁶.
- Задействуйте метод диалектико-поведенческой терапии (dialectical behavior therapy, DBT). ДПТ – это более структурный (левосторонний) метод, который стимулирует вовлеченность клиента и его способность к самоконтролю и отслеживанию. Он включает в себя диалектический подход (синтез противоположностей, неабсолютность, текучесть изменений), практику

⁵⁵ Schroeter, V. (2009) Borderline Character Structure Revisited. *Clin. J. of IIBA*, V19:46.

⁵⁶ Berceli, D. (2005) Trauma Releasing Exercises (TRE): A revolutionary new method for stress/trauma recovery. Book Surge Publishing. www.traumaprevention.com

осознанности, обучение новым навыкам и последовательную работу над собой⁵⁷. ДПТ помогает клиентам осознавать и отслеживать триггеры, вызывающие эмоциональную дисрегуляцию, а также отслеживать, насколько эффективны новые приобретенные навыки и стратегии преодоления, что дает надежду на выход из состояния отчаяния. Этот вид индивидуальной терапии, интегрированный с групповой, хорошо работает, поскольку соединяет разум и тело.

- Выражение чувств через исследование правого полушария с помощью движения, звуков и творчества. Формы танца, которые стимулируют спонтанное, интуитивное, или аутентичное, движение, предоставляют телу здоровые формы для выражения сложных эмоциональных состояний. Рисование эмоциональных состояний с помощью интуитивных, абстрактных выражений цвета и формы может вывести негативную эмоциональную энергию через руки и кисти из тела. Рисунки можно впоследствии интерпретировать, по типу толкования снов, чтобы получить доступ к бессознательным смыслам. Спонтанные звуки, напевы и пение тоже могут перемещать негативную энергию через тело и переводить ее в более позитивные и успокаивающие энергетические состояния.

- Экспериментируйте с разными формами энергетической психологии. Многие виды энергетической психологии следуют традиционной китайской медицине (ТКМ), осознавая энергетические меридианы во всем теле и поддерживая сработавшие чувствительные системы, которые легко перегружаются⁵⁸.

- Изучите упражнения по простукиванию с помощью техники эмоциональной свободы (EFT) (тоже основанной на осознании смещения энергии ТКМ), которые помогают перепрограммировать связь мозга и тела с интенсивными негативными эмоциями и системами убеждений⁵⁹.

- Практика упражнений энергетической медицины Донны Иден, например, 5-минутная процедура балансировки энергии или метод тройного согревания, помогает успокоить гипервозбуждение, характерное для ПТСР и ПРЛ.^{60 61}

- Изучите структурированную терапию для аффективной межличностной регуляции с модифицированным пролонгированным воздействием (STAIR-MPE)⁶² или регуляцию аффекта при травме: Руководство по обучению и терапии (TARGET).⁶³

3. Работа по контейнированию. Важный аспект исцеления ядра ПРЛ – укрепление и создание новых связей для более сдержанного и связанного самоощущения. Изучение техник осознанности укрепляет разум, чтобы оставаться в настоящем моменте и отпустить беспокойство о будущем или постоянные, не сфокусированные мыслительные паттерны. Полезно записаться в центр медитации, пройти курсы и/или регулярно выбираться на выездные семинары, чтобы развивать эти навыки в присутствии других людей, поскольку групповая энергия может способствовать

⁵⁷ Pederson, L. (2015) *Dialectical Behavior Therapy: A Contemporary Guide for Practitioners*. Wiley-Blackwell.

⁵⁸ Aung, S.K.H., Heather, F., & Hobbs, R.F. (2013) *Traditional Chinese Medicine as a Basis for Treating Psychiatric Disorders: A Review of Theory with Illustrative Cases*. *Medical Acupuncture*, Mary Ann Liebert, Inc.

⁵⁹ Ortner, N. (2014) *The Tapping Solution*. Hay House Inc. 8th ed.

⁶⁰ Andrade, J., & Feinstein, D. (2004) Energy Psychology: Theory, Indications, Evidence. In D. Feinstein, *Energy psychology interactive Inner source*, Appendix 199-214.

⁶¹ Feinstein, D., & Eden, D. (2008) Six pillars of energy medicine: Clinical strengths of a complementary paradigm. *Alternative Therapies*, V14(1): 44-54.

⁶² Levitt, J.T., Cloitre, M. (2005) A clinician's guide to STAIR/MPE: Treatment for PTSD related to childhood abuse. *Cognitive and Behavioral Practice* V12(1):40-52.

⁶³ Ford, J.D., Russo E. (2006) Trauma-focused, present-centered, emotional self-regulation approach to integrated treatment for posttraumatic stress and addiction: trauma adaptive recovery group education and therapy (TARGET). *American Journal of Psychotherapy* V60(4):335-55.

формированию новых нейробиологических паттернов в мозге.

Записи в дневнике – тоже отличная форма для отслеживания, изучения и переписывания собственной персональной истории того, как люди с ПРЛ могут себя воспринимать. Это помогает сохранить память о разделенных частях, а также способствует самоанализу, решению проблем и принятию решений. Это также дает возможность переписать истории с учетом новой информации, по мере того как человек понимает себя на все более глубоких и интегрированных уровнях.

Работа с гневом и работа с границами часто оказывается эффективным способом помочь вернуть себе тело. Для многих людей аффект гнева необходимо реорганизовать, чтобы помочь «я» получить то, что ему нужно, а не обращать его на себя в виде самоповреждения или вовне в виде разрушения близких или рабочих отношений. При травме раннего развития гнев может быть очень сложным чувством, с которым трудно установить связь и почувствовать его. Травма также может отсечь чувство гнева и стыда из-за реакции «замораживания», диссоциации, необходимой, чтобы отделиться от болезненного события/событий.

Границам нужно учиться с упором на то, как их реально ощущать телом. Хотя традиционная разговорная терапия может быть очень полезной в создании более четкого представления о том, кто этот человек, работа с телом часто позволяет быстрее добиться значительных сдвигов, которые хорошо переходят в новые способы функционирования во внешнем мире. Упражнения в положении стоя с веревкой, свернутой на полу вокруг клиента (которую он выкладывает сам) и медленное приближение к нему (со всех четырех сторон его тела), могут показать, как он реагирует (нейтрально наблюдая за дыханием, микродвижениями, выражением лица, чувством давления и т.д.), и учат осознанию энергетической границы вокруг его тела. Или игра с отталкиванием руками терапевта (тоже в положении стоя) и выражение движений отталкивания и притяжения со словами «нет», «уйди» и/или «иди сюда» имитирует стадию сближения привязанности и может научить новым связям между телом и разумом, связанным с реальными потребностями клиента. Работа с границами также может быть изучена на ряде других уровней, например, в близких или профессиональных отношениях, в обучении составлению четких договоренностей с другими людьми и, возможно, в развитии дисциплины для организации и поддержания упорядоченного образа жизни и физической среды.

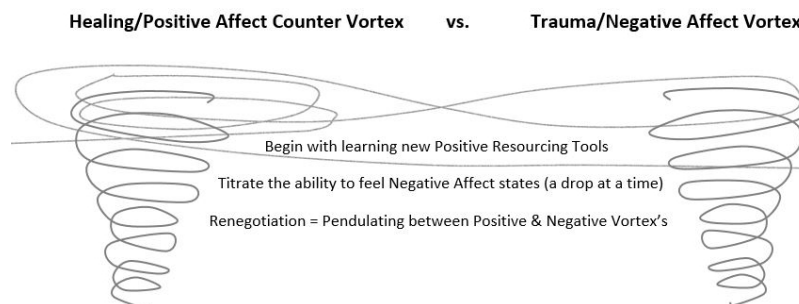
Работа Шапиро с биоэнергетическими упражнениями по сжатию и распрямлению тела через зарядку и сдерживание может быть чрезвычайно полезна для клиентов с ПРЛ. Разработанные как мягкий подход, помогающий восстановить естественную энергетическую пульсацию, упражнения Шапиро обеспечивают сдерживание для построения границ через соматический опыт. Некоторые из упражнений помогают успокоить систему, а другие могут ее зарядить (Shapiro, 2008)⁶⁴. Основополагающее руководство Шапиро «Биоэнергетическое построение границ» содержит чрезвычайно полезную серию упражнений, которые тоже полезно изучить (Shapiro, 2006)⁶⁵.

Одиночные прогулки на природе дают опыт более самостоятельных навыков, которые могут создать пространство для развития здоровой индивидуации самоощущения. Лица с ПРЛ могут иметь общую тенденцию слишком сильно сливаться с другими и полагаться на них в инициировании событий или принятии решений. Самостоятельные одиночные исследования включают простые прогулки в парке, велосипедные прогулки по отдаленным природным тропам, одиночные однодневные походы на каное или байдарках.

⁶⁴ Shapiro, B. (2008) Your Core Energy is Within Your Grasp. *Clin. J. of IIBA*, V18:65-91.

⁶⁵ Shapiro, B. (2006) Bioenergetic Boundary-Building. *Clin. J. of IIBA*, V16: 155-178.

Вихрь Исцеления/позитивного аффекта и противоположный вихрь травмы/отрицательного аффекта



*Начать с изучения новых инструментов получения положительного ресурса
Дозирование способности чувствовать состояния отрицательного аффекта
(каждый раз понемногу)*

Ренеготация = колебания между положительным и отрицательным вихрями

В конце концов можно отправиться в более длительное путешествие по дикой природе, на каноэ или в поход, чтобы бросить себе вызов и пережить успешные приключения по обретению независимости в одиночку.

Наконец, в работе по сдерживанию и работе с границами часто полезно развивать личную связь с какой-нибудь формой духовности, которая может преобразовать запутанные или негативные привязанности в постоянную, любящую, сострадательную форму привязанности. Например, переключение опыта негативной матери на позитивную форму «Божественной матери» может быть чрезвычайно полезным и освобождающим.

4. Медленно работайте с протоколами травмы соматического переживания: ресурсинг, титрование, ренеготация, вихрь исцеления/положительного аффекта против вихря травмы/отрицательного аффекта (этот раздел в значительной степени основан на работе Питера Левина⁶⁶).

Ресурсы: важно уметь реорганизовать значение того, как это – быть в теле, чтобы чувствовать и исцелять негативные состояния аффекта. Телесные ощущения, страх, гнев, стыд, покинутость и/или отвержение часто взаимосвязаны в травме или нарушениях раннего развития. Чтобы разорвать эти негативные связи, необходимо сначала научиться телесному осознанию переживаний уверенности и безопасности. Клиенту необходимо с нуля научиться сдерживать, регулировать и согласовывать интенсивность негативных эмоций. Это в конечном итоге даст некоторую степень контроля и безопасности, чтобы клиент мог самостоятельно выходить из состояний негативных чувств в теле. Левин называет это ресурсинг (1997), и есть множество инструментов, которые можно использовать, чтобы восстановить связь с позитивными состояниями аффекта⁶⁷.

Поскольку травма часто вызывает симптомы ПТСР, тело может застрять в одном или нескольких негативных состояниях аффекта. Гнев и стыд часто переживаются как негативные или плохие, дискомфортные чувства. Ощущение переполненности или перегруженности слишком сильными (интенсивными) чувствами – часть реакции аффекта страха. При травме страх вызывает реакцию бей, беги или замри. При замирании происходит оцепенение (присутствие при травме, но неспособность двигаться и реагировать борьбой или бегством) или диссоциация (когда сознание

⁶⁶ Levine, P.A. (1997) *Waking the Tiger*. North Atlantic Books.

⁶⁷ Там же, 199.

покидает тело и нет воспоминаний о событии). Это инстинктивный защитный механизм, который справляется с травмой, полученной в ходе события.

Если тело застыло в замершем состоянии, вернуться назад можно, медленно проходя через физические действия, связанные с бегством или борьбой в теле. Это позволяет разблокировать энергию и снова начать движение. Люди могут застрять на годы с энергетическими паттернами состояния аффекта, замороженными в виде фактического искривления позвоночника или туловища, тремора частей тела, онемения или омертвления части тела и т.д. При травме, как и при стыде, аспект страха заставляет часть «я» покинуть сознание тела. Это также является причиной сильной эмоциональной боли или дискомфорта, которые может вызвать самоповреждающее поведение, когда гнев прорывается через попытку изменения и попадает в блок – место застревания запертой, травмированной энергии – и вместо этого обращается против самой личности, что выражается в самопорезах и иногда даже самоубийстве.

В травмированном теле телесные ощущения могут изначально интерпретироваться как негативные. Ощущение переполненности или перегрузки – это реакция страха. Неприятно входить в тело, если оно находится в страхе. Обучение визуализации и переживанию приятных ощущений в теле – начальный этап работы по восстановлению эмоциональной регуляции тела-разума. Позитивные ресурсы могут быть использованы для создания новых систем, помогающих успокоиться и регулировать перегруженную природу травматической системы. В этом свете зависимости (алкоголь, курение, наркотики, еда и т.д.) тоже можно рассматривать как способ регуляции аффекта высокой тревоги и помощи в самоуспокоении. Если терапевт работает с клиентом с любой формой травмы, устранение зависимости до того, как появятся другие ресурсы, комплексные и эффективные, редко срабатывает.

Для клиента с ПРЛ, как только уровень кризисной угрозы причинения себе вреда будет безопасно снижен, основная цель – обучение техникам самоуспокоения, чтобы снизить дисрегуляцию эмоциональных аффектов. Лица с ПРЛ очень чувствительны, и их всегда легко спровоцировать. Обучение их тому, что не нужно чувствовать себя жертвами, которые не могут контролировать свои эмоциональные реакции, придает им силы. Обучение с помощью разнообразного нового опыта взаимоотношений и разных форм упражнений, которые они могут практиковать самостоятельно для управления интенсивными эмоциональными состояниями, дает им надежду. Они также могут обрести больше понимания, что они могут сделать, чтобы разрушить негативное состояние чувств в своей системе. Титрованию, реорганизации, позитивному ресурсингу нужно учиться медленно, на это требуется время, поскольку любое чувство (позитивное или негативное) производит заряд энергии в теле и тем самым создает больше кислорода и жизни в организме. Большой объем чувств может активировать подавляющую реакцию, которая переполняет систему, вызывая панику, оцепенение или диссоциацию.

Титрование, еще один термин, заимствованный у Левина⁶⁸, стандартная практика в такого рода работе. Добавляя в систему по капле, можно медленно и мягко реорганизовать первоначальный опыт, чтобы интегрировать безопасность в тело. Как утверждает Жаклин Карлтон, «...пауза в счете, позволяющая нервной системе перестроиться, позволяет избежать ятрогенной повторной травматизации. Это можно сделать несколькими способами: предоставлением ресурсов в начале и по мере развития событий, просьбой к пациенту сосредоточиться в настоящем, а также с помощью любого из ряда упражнений на заземление и стабилизацию»⁶⁹ (Carlton, 2009).

⁶⁸ Yalom, V., Yalom, M. (2010) Peter Levine on Somatic Experiencing. www.psychotherapy.net/interview/interview-peter-levine

⁶⁹ Carlton, J.A. (2009) Somatic Treatment of Attachment Issues: Applying Neuroscientific and Experimental Research to the Clinical Situation. CA-SPR (Canadian Society for Psychotherapy Research) Montreal.

Следующий шаг – создание новых информационных ресурсов, которые помогут телу и разуму подключиться к состояниям безопасности, удовольствия и связи. Обучение тому, как быстро успокоить тело, когда оно впадает в состояние страха, гнева или безнадежности/отчаяния, необходимо для понимания, как регулировать состояния аффекта, вызванные сильными эмоциями.

Ренеготация: вихрь исцеления/позитивного аффекта против вихря травмы/негативного аффекта⁷⁰. При повышенной чувствительности к негативным эмоциональным состояниям у человека с ПРЛ часто происходит что-то, перегружающее систему, и может возникнуть ощущение, что его отбрасывает назад в некоторые или все «старые» (из прошлого) чувства – негатива, отчаяния, безнадежности, уничтожения, самобичевания/разрушения, отвержения, истощения, краха и/или спазма. Может постоянно возникать ощущение, что прошлая травма или нарушение стабильности позитивных чувств вторгается в нынешнюю реальность. Работа с концепцией вихря исцеления/положительного аффекта включает в себя ряд различных инструментов ресурсного обеспечения для уравнивания переживания вихря травмы/отрицательного аффекта (Levine, 1994).

Как только тело начинает учиться чувствовать себя в безопасности и приобретает некоторый опыт покоя и удовольствия, можно начать позволять некоторым из более интенсивных, негативных чувств входить в терапию и реорганизовываться. Этот процесс называется «ренеготацией» (Levine, 1994), и это основная работа по возвращению эмоциональной регуляции в разрегулированную систему.

Колебание между вихрем травмы/негативного аффекта и контрвихрем исцеления/позитивного аффекта (Levine, 1994) позволяет постепенно увеличивать способность контейнировать и трансформировать триггеры и нарушения отношений тело-разум в новые, позитивные переживания в теле.

Включение юмора и более игровых подходов к соединению с телом тоже может быть чрезвычайно полезно в преобразовании, уменьшении или смещении негативных состояний аффекта, включая реакцию бег, бей или замри, которые могут возникать при попытке интегрировать сознание и эмоции. Это постепенно развивает способность к более мягкой регуляции аффектов с помощью тела.

5. Исцеление хронического стыда. Принятие себя и уважение к себе – противостояние от стыда. Через принятие несовершенного, негативного «я» (которое включает стыд, недовольство и/или ненависть) мы развиваем форму самоуважения, которая позволяет страдать от этих чувств, «а не страдать от последствий борьбы с ними» (Helfaer, 2007)⁷¹. Хелфаер подчеркивает, как важно понимать, что в диалектике нарциссизма могут разыгрываться полюса идеализированного/приниженного «я» через потребность в том, чтобы нас воспринимали как особенных (позитивный полюс), или как никчемных (негативный полюс) (Helfaer, 2007)⁷². Самоуважение развивается через здоровую интеграцию позитивного и негативного «я».

Исследуйте вместе с клиентом его постыдные, а также смелые и вызывающие гордость истории. Поддержка клиента с ПРЛ в утверждении нарратива прошлого стыда помогает связать и воссоединить диссоциированные части «я» в единое целое. Это должен делать терапевт, с которым у клиента установилось доверие и связь. Использование вышеописанных протоколов работы с травмой, заключающихся в титровании позитивных ресурсов в соматическую реакцию тела на стыд, медленно растворяет скрытые бреши (или блоки), которые стыд создает в ядре самоощущения

⁷⁰ Levine, P.A. (1997) *Waking the Tiger*. North Atlantic Books, с. 199.

⁷¹ Helfaer, P. M. (2007) Shame in the Light of Sex and Self-Respect. *Clin. J. of IIBA*, V17:74.

⁷² Там же.

клиентов с ПРЛ.

После рассказа о стыде с помощью историй о мужестве и гордости терапевт часто может переформулировать сегменты истории стыда через любящее принятие и неосуждение и заполнение нейронных сетей в мозге позитивными чувствами. Раскрытие истории стыда клиента с ПРЛ с важным соматическим и реляционным отзеркаливанием сострадательных и заботливых глаз терапевта, «видящего» его, когда он говорит об этом, может мягко трансформировать хронический стыд в более радостное и гордое осознание себя.

Когда клиент делится историями стыда и гордости в большой группе, это позволяет сообществу тоже «увидеть» его с состраданием в более широком коллективном отражении. Выслушивание историй стыда и гордости в групповой обстановке может дать другие подсказки о диссоциированных, фрагментированных частях, которые могут отсутствовать у клиента с ПРЛ, из-за того, что стыд часто теряется и скрывается от самого себя. Такой вид групповой работы восстанавливает недостающие части и имеет потенциал для трансформации стыда на более глубоких уровнях.

Кроме того, хотя это и не входит в общую сферу психотерапии, телесный психотерапевт стремится помочь клиенту жить сбалансированно. В качестве дополнения к терапии можно порекомендовать поддержку из смежных областей здорового питания и натуральных средств. Многие люди с ПРЛ обладают высокой чувствительностью или непереносимостью сахара и/или других продуктов питания.

Соблюдение здоровой диеты и возможная работа с натуральными средствами могут поддержать более сбалансированную эмоциональную регуляцию и помочь процессу выздоровления. Также, учитывая повышенную чувствительность людей с ПРЛ, они, скорее всего, будут очень подвержены влиянию электрических и электромагнитных энергий, а также алкоголя и других наркотиков. Это может постоянно дестабилизировать их энергию в негативных состояниях и сбивать энергию тела и разума, вызывая неспособность сосредоточиться и ясно мыслить.⁷³

Соматический контрперенос терапевта при работе с ПРЛ

У телесно-ориентированного терапевта есть много возможностей быть в курсе контрпереноса или соматического контрпереноса при работе с клиентами с ПРЛ.

Вообще, проблемы контрпереноса у многих клиентов, а также у клиентов с ПРЛ, могут включать следующие проблемы с удерживанием границ:⁷⁴

- Терапевт может быть втянут в более интимное физическое или сексуальное поведение из-за размывания четких этических границ.
- Терапевт может неуместно сам начать раскрываться и оказаться не в состоянии удержать границы «личной информации».
- Нарушение этических норм может произойти из-за чрезмерной ответственности за клиента, попыток спасти и решить проблемы клиента (вместо того, чтобы побудить его решать собственные проблемы).

При работе с клиентами с ПРЛ есть еще несколько возможных проблем с переносом:⁷⁵

- Терапевт может оказаться вовлеченным, ослабить свои профессиональные границы и слишком увлечься клиентом с ПРЛ.
- Терапевт может манипулировать клиентом с ПРЛ, предоставляя ему особые

⁷³ Cryns, Ingrid (2012) EMF & Radiation FAQ's. www.somaeearth.com/emf-radiation-faqs/

⁷⁴ Lane, C. (2015) *Borderline Personality Disorder*. www.toddlerstime.com/dx/borderline/bpd-ekleberry.htm

⁷⁵ Там же.

возможности, потому что считает его особенным, и чтобы предотвратить гневные реакции клиента.

У терапевта может появиться ослабление границ, если он продлит сеанс, разрешит дополнительную или избыточную связь по телефону, смс или электронной почте между сеансами, отложит оплату или не возьмет ее. Для терапевта может быть сложным процессом четко определить, что принадлежит ему, а что – клиенту. Хотя это верно вообще, с ПРЛ это может происходить чаще, поскольку им не хватает ясности в отношении личных границ. В зависимости от тяжести травмы профессиональному терапевту может понадобиться дополнительная поддержка в работе над контрпереносом в супервизии или поиск поддержки в клинической обстановке, собственной терапии и/или групповой супервизии.

Значительная проблема контрпереноса может возникнуть, если психотерапевт испытывает чередующиеся чувства страха, гнева или беспомощности/беснадежности/отчаяния, которые есть у клиента с ПРЛ, но диссоциированы от его осознания. Это может ощущаться соматически в теле психотерапевта как во время сеансов, так и между ними⁷⁶. Чтобы эффективно реагировать на клиента с ПРЛ, терапевту важно осознать собственную историю беспомощности и гнева и выяснить, как эти чувства могут проявляться соматически в текущей физиологии тела или отыгрываться.

«Они [клиенты с ПРЛ] могут провоцировать чувства беспомощности и гнева у терапевта. Поэтому жизненно важно установить ограничения и обеспечить их соблюдение, чтобы лечащий врач мог оставаться вовлеченным, сострадательным, надежным и последовательным (Oldham, 1990, с. 306). Сперри (Sperry, 1995, с. 65-66) выделил пять пунктов консенсуса в лечении лиц с ПРЛ:

- терапевт должен быть активным в выявлении, противостоянии и направлении поведения клиента;
- должна быть создана стабильная обстановка для терапии;
- клиенты с ПРЛ должны научиться связывать действия и чувства;
- саморазрушительное поведение должно стать не вознаграждаемым;
- контрпереносным чувствам должно уделяться пристальное внимание."⁷⁷

Возбуждение контрпереносного гнева у терапевта – сложный аффект для работы. Клиент может создавать небольшие намеренные игры, не осознавая, что это провоцирует конфликт. Из этого возможно два выхода. Во-первых, естественное желание индивидуации. Во-вторых, создание большего фокуса и интенсивности, чтобы удерживать связь и больше присутствовать в теле, а не отключаться. Чтобы работать с этим, важно удерживать собственный центр и просто не реагировать. Для начала вы можете снизить напряжение, быстро согласившись с другой точкой зрения клиента, чтобы разрядить конфликтную энергию.

Лучший способ работы с чередующимися состояниями гнева и беспомощности (или беснадежности/отчаяния) – мягко назвать это состояние в своем теле и спросить клиента, чувствует ли он это состояние. Важно делать это неоднократно, поскольку сначала клиент, скорее всего, будет отключен или диссоциирован от способности чувствовать такое состояние. Будьте готовы к отрицанию вначале и не позволяйте ему

⁷⁶ там же

⁷⁷ Там же.

вас остановить.

Что касается состояния беспомощности, просто назовите его, когда оно проявляется, и не показывайте страха, не поддавайтесь панике или безнадежности состояния «застывания». Важно уметь, как мать или сиделка, «отмечать» телесные ощущения и чувства с помощью точного отзеркаливания через голос, тон и язык тела. Это позволит в итоге просто присутствовать в этом состоянии внутри себя, без самоосуждения в защитной или диссоциированной реакции стыда. Затем работайте с мягкими техниками самоуспокоения, чтобы снова почувствовать безопасность и удовольствие, чтобы вернуть их к позитивному состоянию ощущений в теле.

Клиент с ПРЛ может создать у терапевта «...водоворот мертвенности, пустоты, отчаяния и ужаса, из которого нет выхода»⁷⁸ (Baum, 2007). Скотт Баум говорит о феномене «убийства души» как о прямом воздействии ужаса в теле, которое клиент с ПРЛ может испытывать в результате ранней реляционной травмы. Он называет это прямым опытом уничтожения, подобным «смерти при жизни». Баум считает, что для терапевта очень важно уметь присутствовать при таких ужасных и интенсивных негативных состояниях (включая беспомощность, покинутость, отверженность, стыд, отвращение, ненависть и т.д.) (Baum, 2007). Важно уметь называть и подтверждать эти негативные аффекты и утверждать реальную правду о мучительности их переживания. Это дает клиенту новую возможность научиться, как выйти через них в позитивную связь с другим, через трансформационные, исцеляющие отношения с терапевтом.

Ниже приводится список различных состояний чувств, которые могут быть пережиты терапевтом соматически как потенциальная проблема контрпереноса с клиентом с пограничным расстройством. Важно хорошо знать, как эти состояния ощущаются в теле терапевта, чтобы при их возникновении в присутствии клиента терапевт мог отмечать свои соматические состояния и получить подсказки относительно чувств, которые испытывает клиент. Эти подсказки могут быть исследованы терапевтом с точки зрения возможностей контрпереноса через осознание и владение собственными соматическими состояниями эмоциональных аффектов. Супервизия с биоэнергетическим терапевтом может значительно помочь в этом процессе.

Гнев

Клиенты с ПРЛ часто подвержены гневу и агрессии, а также иногда отрицают свое разрушительное или гневное состояние и создают динамику провокаций других на проявление гнева. Кроме того, они могут постоянно испытывать стыд и переходить к гневу как к вторичной эмоции, чтобы защитить и оправдать свою уязвимость от плохого отношения к себе. Они могут быть очень деструктивны, и их гнев может выйти из-под контроля, при этом аффективная регуляция для смягчения определенных ситуаций практически отсутствует.

Их общую агрессию можно интерпретировать как хроническую и неосознаваемую скрытую ярость на отсутствие, оставление и/или отвержение родителя.

Как вторичная эмоция, скрытая под гневом, может присутствовать глубокая эмоциональная боль – горе, страх, стыд. Гнев может существовать и вместе с одной или несколькими из таких вторичных эмоций. Это вносит путаницу в понимание, что на самом деле является основной причиной возникновения гнева и что гнев может пытаться выразить в клиенте. Тело стремится достичь баланса в той или иной форме. Иногда гнев может быть воспринят как информация от тела о потребности, которая не была четко определена.

Гнев обычно возникает потому, что мы не получаем того, чего хотим. Мы хотим,

⁷⁸ Baum, S. (2007) Living On Purpose: Reality, Unreality and the Life of the Body. *Clin. J. of IIBA*, V17:178-182.

чтобы что-то изменилось, чтобы освободиться от негативного эмоционального дискомфорта в теле. Гнев может заставить что-то произойти. Он может быть инструментом изменений, требующим затрат энергии. Некоторые понимают, что гнев – это сила, которая может заставить добиться желаемого.

Обучение самоанализу может начать процесс ослабления блока, который гнев создает внутри тела. Чтобы помочь клиенту, можно задать следующие вопросы:

Что я сдерживаю?

За что я держусь?

Что мне нужно?

Чего я не получаю?

Чего я боюсь?

Что я не хочу чувствовать или видеть?

От чего (чувства или вещи) я могу прятаться?

Для управления соматическим контрпереносом полезно уметь читать бессознательные проявления гнева, которые демонстрирует тело. Концентрируясь исключительно на аффекте гнева, его выражение в теле можно увидеть через базовое напряжение и сокращение тканей и мышц. Существует множество вариаций, например, покраснение лица (кожа воспаляется, сокращается), хмурый взгляд (мышцы рта опускаются вниз, сокращаются), крик (мышцы горла напрягаются) и/или взмах рукой для удара (мышцы рук и кистей напрягаются и сокращаются).

Гнев можно скрыть, подавить или сдержать разными способами. Некоторые способы скрыть гнев – напрячь плечи, сжать челюсть, сжать кулак или костяшки пальцев, постучать ногой.

Синдром раздраженного кишечника может быть следствием напряжения в кишечнике, связанного с чувством страха и обиды (затаивание гнева)⁷⁹. Традиционная китайская медицина (ТКМ) считает, что проблемы с печенью могут быть вызваны дисбалансом гнева, а проблемы с желчным пузырем – быть связаны с глубокой обидой или затаенным гневом⁸⁰. Кожные раздражения (экзема), воспаление мышц и артрит могут быть выражением соматизированного гнева или ярости в системе. Таким образом, гнев может быть соматизирован в теле без осознания его разумом.

Также полезно установить надежные доверительные отношения с клиентом с ПРЛ и создать позитивные ресурсы для восстановления связи, прежде чем приступать к противодействию защитной стратегии постоянного закливания гнева. Чтобы начать распутывать сложные негативные эмоциональные состояния, осознайте, что защита гневом позволила клиенту выжить до начала терапии. Также может быть полезно объяснить, что гнев пытается защитить его от того, что произошло в прошлом, но теперь пришло время его отпустить, трансформировать и реорганизовать, чтобы клиент был более эффективен в текущей жизни.

Очень важно понимать, как работать с повышенной чувствительностью клиента с ПРЛ. Боитесь, что при малейшем поводе можете вызвать у клиента гнев или ярость? Постарайтесь не обороняться. Отстранитесь, сделайте несколько легких дыхательных упражнений во время сеанса, чтобы вернуться в тело. Сосредоточьтесь на отражении гнева без осуждения в выражении лица или тоне голоса. Проявите заботу и повторите слова клиента или объясните ему действия его тела в состоянии гнева. Помогите ему установить связь между наблюдаемым состоянием и тем, о чем он на самом деле пытается попросить в реакции гнева. Будьте последовательны и четко обозначьте свои границы, что вам нужно для безопасности, и придерживайтесь своих границ. Он должен

⁷⁹ Rogers, M., McKay, D.J. (2003) *When Anger Hurts: Quieting the Storm Within*. New Harbinger Publications, с. 27

⁸⁰ Cutler, N. (2011) *Anger Inflames Liver Disease*. www.liversupport.com/anger-inflames-liver-disease/

почувствовать эти границы, чтобы самому ощущать себя в безопасности.

Покинутость

Клиенты могут пропускать встречи, им трудно сохранять присутствие и сосредоточенность во время сеанса. Замечаете, что они делают паузы, замирают или отключаются на несколько секунд, пока говорят? Это признак диссоциации, который тоже можно рассматривать как акт ухода от себя. Это отражение того, что то, что было сделано с ними в прошлом, происходит в них сейчас.

Соматическое выражение покинутости – это чувство отрыва от самоощущения. Ощущение изоляции и одиночества. Вы (или клиент) можете чувствовать себя «витающим» (в мечтательном состоянии) или не заземленным в своем самоощущении или теле. А можете вообще ничего не чувствовать в теле, что часто служит признаком диссоциации у клиента. Гнев тоже может быть реакцией на покинутость. Но при травме раннего развития гнев ребенка мог не получать никакой реакции, и в этом случае он стал диссоциированным у взрослого клиента, таким образом, с большой вероятностью он будет ощущаться в теле терапевта.

Проверьте и спросите себя, чувствуете вы раздражение от покинутости клиента, диссоциации и отрицания проблем? Чувствуете диссоциированный гнев клиента (от того, что его бросили)? Или ничего не чувствуете, а может, чувствуете, что вы один на сеансе с клиентом, возможно, слишком сильно пытаетесь заставить его что-то сделать? Если да, возможно, у вас клиент, находящийся во фрагментированном состоянии покинутости.

Уничтожение

Уничтожение ощущается так, как будто нет ни того человека, кто вы есть, ни его точки зрения. Ощущение, что вас не видят, не слышат, вы невидимы. Клиент может чувствовать себя призраком в невидимом теле. Это настолько невыносимое и пугающее чувство, что большинство людей диссоциируются от него.

Уничтожение имеет схожие соматические черты с покинутостью, когда в теле по сути нет никаких ощущений. Как терапевт, вы чувствуете, что для клиента вы не существуете или что ваша работа/воздействие практически не влияет на прогресс клиента? Если да, возможно, у вас клиент, переживающий состояние уничтожения.

Недоумение/замешательство

Недоумение – это чувство потерянности или растерянности по поводу того, что чувствовать и что происходит. Замешательство может быть вызвано постоянной перегруженностью или слишком большим количеством ощущений. Оно может ощущаться как своего рода шоковое состояние. Вы (или клиент) можете чувствовать себя в космосе. Глаза клиента могут быть открыты шире в состоянии удивления/испуга. Или могут бегать, пытаясь осознать что-то, находящееся за пределами понимания. Тело может чувствовать онемение или вообще ничего не чувствовать – оно может диссоциировать от слишком большого количества запутанных и разнообразных состояний и ощущений.

Вы, как терапевт, ничего не чувствуете в теле во время работы с клиентом? Или сами чувствуете себя застрявшим, озадаченным или сбитым с толку во время работы с клиентом? Клиент заставляет вас чувствовать себя немного сумасшедшим (постоянно и быстро переключаясь на множество разных эмоциональных состояний)? Если да, возможно, у вас клиент, находящийся в состоянии недоумения или замешательства.

Отчаяние/беспомощность/безнадежность

Вы можете обнаружить, что находитесь в растерянности, что делать и как отвечать клиенту, когда он находится в заторможенном или беспомощном состоянии. Сохранять присутствие при работе с ПРЛ в состоянии сильного ощущения безнадежности и отчаяния для большинства людей очень непросто.

Может быть, вам хочется отказаться от работы с этим клиентом? Или кажется, что вы уже не знаете, как ему помочь? Если да, возможно, у вас клиент в состоянии отчаяния/беспомощности/безнадежности.

Знакомо вам собственное внутреннее состояние отчаяния/беспомощности/безнадежности? Примирились вы с этим или у вас есть осознание принятия этого как части себя и человеческого состояния? Способны вы сидеть рядом с другими с принятием, состраданием и/или пространством для этого состояния? Личная терапия для терапевта, чтобы исследовать это сложное и интенсивное состояние негативного аффекта, может быть полезной для поддержки глубокого уровня работы с другими.

Отвращение

Аффект отвращения поднимается глубоко из живота, и может возникнуть ощущение легкой тошноты и даже как будто вас вот-вот вырвет. Рот может искривиться, сморщиться, язык немного высунут, имитируя рефлекс срыгивания. Нос может сморщиться, как будто вы чувствуете неприятный запах. Отвращение – это в основном неприязнь или ненависть самому ощущению себя.

Возможно, вам не нравится клиент, или вы действительно ненавидите работать с ним? Или просто знаете, что чувствуете себя лучше, чем этот клиент. Чувствуете свое превосходство над клиентом? Вас что-то отталкивает в нем? Если да, скорее всего, у вас клиент в состоянии отвращения.

Страх/ошеломление/ужас

Аффект страха имеет широкий спектр проявлений – от легкой подавленности, легкой тревоги, периодических приступов паники, различных страхов и фобий до крайнего ужаса. Страх заставляет энергию в теле отступать от периферии и концентрироваться в ядре, окружая органы и внутренности в центре тела. Образ состояния абсолютного страха – это тело в сжавшейся позе эмбриона, лежащее, свернувшись калачиком на одном боку. Сжимается как тело, так и самоощущение. До этого состояния тело переходит в режим бей, беги или замри. При полном сжатии тело находится в состоянии заморозки и может диссоциироваться от ощущений.

Ужас – более интенсивное чувство страха, ощущение, что тело разваливается на части и теряет контроль.

Это может вызвать полную эмоциональную дисрегуляцию.

И снова используйте соматическое осознание своего тела для получения подсказок о состоянии клиента. Наблюдаете вы диссоциированный страх или, возможно, скованность или напряженность в своем теле или в теле клиента? Иногда общение с клиентом с ПРЛ может показаться подавляющим, потому что его интенсивные аффективные состояния и постоянные колебания настроения для большинства людей тяжелы. Чувствуете, что кричите внутри, когда находитесь рядом с ним, или ощущаете его внутренний крик страха/ужаса? Если да, скорее всего, у вас клиент в состоянии страха, подавленности или ужаса.

Вред себе

Вред себе возникает как форма бессознательного гнева, который клиенты выплескивают наружу, что в конечном итоге приносит ущерб им самим. Вред себе – это когда энергия гнева распадается и направляется внутрь (часть реакции стыда) и в итоге неосознанно наносит вред или разрушает что-то для клиента. Это происходит, когда гнев искажается или подавляется и не работает конструктивным образом, чтобы помочь клиенту получить то, что ему нужно. Вред себе – это скорее не соматическое проявление, а то, как действия клиента вредят ему самому. Однако поведение, наносящее себе вред, например, самопорезы, – это соматическая форма нанесения вреда телу, когда гнев выплескивается и направляется внутрь.

Улавливаете вы, что злитесь на себя, что сделали что-то не так с клиентом? Или, возможно, позволили себе раздраженное или осуждающее замечание в его адрес? А может быть, допустили ошибку, потому что вас захлестнул его сильный гнев или страх? Если да, вы можете отзеркаливать своего клиента в состоянии сродительства себе.

Ярость

Ярость отличается от гнева. Под яростью скрывается беспомощность. Если она полностью выражается, телесные ощущения могут стать полностью дисрегулятивными. Ярость также может быть связана с ужасом. Это отражение выживания из очень первобытного места. Соматическое выражение ярости – крик, проходящий через все тело. Поддержка клиентов в выражении ярости позволяет им контейнироваться вашим присутствием, чтобы они могли распасться на части, пропустить крик через себя и найти после этого место покоя, выпустив это из тела.

Ощущаете крик внутри тела клиента? Есть у вас, как у терапевта, желание кричать, когда вы находитесь рядом с клиентом? Заставляет клиент иногда чувствовать такое страдание, что вам хочется кричать? Если да, скорее всего, вы работаете с клиентом, борющимся с диссоциированным состоянием ярости.

Отвержение

Соматическое переживание отвержения очень интенсивно, и большинство людей не хочет испытывать это негативное аффективное состояние. Клиенту может казаться, что он не может дышать или что он задыхается. Может возникнуть ощущение, что сердце раскололось пополам или разлетелось на миллион кусочков, что тело разрушается, а все мышцы сводит спазмом. Это может ощущаться как острая, как от ножа, боль или как резкая пощечина.

Чувствуете вы осуждение или презрение? Случайно вы заставляете клиента чувствовать себя плохо или неправильно во время сеанса? Осознаете собственную историю или чувство отвержения в вашем осознании соматической истории? Ваш клиент может находиться в состоянии острого или хронического отвержения, возможно, сопряженного со стыдом и/или состоянием покинутости.

Стыд

Как уже говорилось, соматический эффект стыда может проявляться в том, что голова едва заметно опущена, глаза опущены или зрительный контакт избегается.

Совершаете вы досадные ошибки или чувствуете, что никак не можете найти правильный подход к клиенту? Соединиться с чувством стыда в соматическом контрпереносе терапевта может быть непросто. Если вы знакомы с соматическими

состояниями, связанными с собственной историей стыда, будет легче определить, что вы испытываете при работе с клиентом. Стыд либо ваш, либо клиента, который находится в состоянии диссоциированного стыда.

Резюме клинических вопросов контрпереноса

Психотерапевтам может быть очень полезно использовать телесно-ориентированный подход при работе с клиентами с ПРЛ. Саморегуляции можно научить через осознание телесных ощущений, чтобы связать чувства с физиологическим выражением эмоций, а затем с их сознательными мыслительными паттернами. Невербальные сигналы могут быть ключом к тому, чтобы услышать, что тело на самом деле пытается выразить в соматических травматических паттернах. Также важно позволить клиентам проявлять способность присутствовать в работе (не диссоциироваться) и справляться с проблемами, связанными с медленной работой по восстановлению осознания телесных ощущений. Терапевту полезно потратить время на понимание нейробиологии привязанности и того, как связь может быть восстановлена через зрительный контакт, присутствие, подлинное отзеркаливание «я» клиента, ощущение безопасности, любящие нежные прикосновения и/или уважительный телесный контакт для работы по регуляции аффекта. Восстановление через соматическую ресинхронизацию возможно и возвращает фундаментальное доверие, эмоциональную регуляцию и здоровое созревание «я»⁸¹ (Bentzen, 2015).

Исцеление дисрегулированной системы требует способности научиться доверять тому, что, позволяя клиентам входить в состояние интенсивных негативных чувств, они естественным образом смогут вернуться в более регулируемое состояние. Они могут стать глубоко дизрегулятивными (например, переживать флэшбэки, распадаться на части), но, приобретая навыки позитивного ресурсинга, которые клиенты практикуют, они учатся безопасности и тому, как верить в то, что они могут снова вернуться в место отлаженной регуляции. Это позволяет им медленно выстраивать более сильное контейнирование своего самоощущения в новое, интегрированное целое, которое включает и медленно трансформирует интенсивность дисрегуляции их негативных состояний и чувств.

Подлинные и непосредственные отношения с психотерапевтом – тоже важный компонент исцеления нарушенной ранней привязанности у клиентов с ПРЛ. Психотерапевту может быть полезно обучить клиента, объяснив ему, что конфликт иногда может быть возможностью восстановить нарушенную связь или разрыв связи в прошлом и развить более последовательную и постоянную связь со своим «я» в настоящем. Обучение тому, как восстановить утраченное доверие с «другим» и вернуть его в свое «я», важный шаг к формированию новых нейронных связей в мозге, что приводит к более сильному, прочному и контейнированному ощущению «я». Научиться не терять себя в цикле разобщения, а знать, что можно постоянно восстанавливаться и возвращаться, снова и снова, – это важный и значительный новый опыт, который можно приобрести в рамках работы с терапевтом.

Важно найти терапевтическую поддержку, которая включает в себя обучение соматической регуляции аффекта и/или осознание травмы ПТСР.⁸² Эта работа может очень медленно сдвинуть тень самобичевания и стигмы, которые часто пронизывают клиентов ПРЛ, не рассматривая их проблемы как изоляцию, одиночество или вину, что позволяет им изменить хронический опыт бессилия или виктимизации на опыт

⁸¹ Bentzen, M. (2015) Shapes of Experience: Neuroscience, Developmental Psychology, and Somatic Character Formation. *The Handbook of Body Psychotherapy and Somatic Psychology*, North Atlantic Books.

⁸² Ford, J.D., Courtois, C.A. (2014) Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. BioMed Central Ltd.

растущей силы.

Заключение

В этой статье дано определение пограничного расстройства личности, а также описаны некоторые уникальные особенности его переживания. В ней сравнивались его черты с похожими расстройствами, такими как НРЛ, БР, ПТСР и СДВГ, чтобы помочь более четко определить различия между этими расстройствами. В статье описаны соматические последствия хронического стыда – отвращение, покинутость и отверженность, а также способы решения этих проблем в терапии. Также была представлена интегрированная модель лечения ПРЛ, включающая широкий спектр концепций, от протоколов соматического переживания до помощи в развитии сдерживания и регуляции аффекта. И, наконец, был рассмотрен сложный аспект контрпереноса с соматическим осознанием терапевта и то, как работать с этим осознанием, чтобы быть более эффективным в работе с клиентом с ПРЛ.

Литература

- Andrade, J., & Feinstein, D. (2004) Energy Psychology: Theory, Indications, Evidence. *In D. Feinstein, Energy psychology interactive, Innersource, Appendix 199-214*
- Aung, S.K.H., Heather, F., & Hobbs, R.F. (2013) Traditional Chinese Medicine as a Basis for Treating Psychiatric Disorders: A Review of Theory with Illustrative Cases. *Medical Acupuncture, Mary Ann Liebert, Inc.*
- Baum, S. (2007) Living On Purpose: Reality, Unreality and the Life of the Body. *Clin. J. of IIBA, V17*
- Bentzen, M. (2015) Shapes of Experience: Neuroscience, Developmental Psychology, and Somatic Character Formation. *The Handbook of Body Psychotherapy and Somatic Psychology, North Atlantic Books*
- Berceli, D. (2005) *Trauma Releasing Exercises (TRE): A revolutionary new method for stress/trauma recovery*. Book Surge Publishing. www.traumaprevention.com
- Carlton, J.A. (2009) *Somatic Treatment of Attachment Issues: Applying Neuroscientific and Experimental Research to the Clinical Situation*. CA-SPR (Canadian Society for Psychotherapy Research) Montreal www.jacquelineacarletonphd.com/text/pdfs/somatictreatmentofattachmentissues.pdf
- Chapman, A.L. (2006) *Dialectical Behavior Therapy, Current Indications and Unique Elements*. Psychiatry, Edgemont
- Clauer, J. (2012) Neurobiology and Developmental Aspects of Grounding. *Bioenergetic Analysis, Clin. J. of IIBA, V21:38-40*
- Conger, J. (2001) The Body of Shame: Character and Play. *Clin. J. of IIBA, V12: 71-85*
- DeYoung, P.A. (2015) *Understanding and Treating Chronic Shame: A Relational/Neurobiological Approach*. Routledge
- Distal, M., Rebollo-Mesa, I., et al (2009) Familial Resemblance of Borderline Personality Disorder Features: Genetic or Cultural Transmission? *PLoS ONE V4 (4): e5334*. DOI: 10.1371/journal.pone.0005334
- Feinstein, D., & Eden, D. (2008) *Six pillars of energy medicine: Clinical strengths of a complementary paradigm*. *Alternative Therapies, V14 (1): 44-54*. www.innersource.net/em/107-resources/publishedarticles/283-sixpillarsofem-dp1.html
- Ford, J.D., Courtois, C.A. (2014) *Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder*. BioMed Central Ltd.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4579513/

- Ford, J.D., Russo E. (2006) Trauma-focused, present-centered, emotional self-regulation approach to integrated treatment for posttraumatic stress and addiction: trauma adaptive recovery group education and therapy (TARGET). *American Journal of Psychotherapy* V60 (4): 335-55
- Gunderson, J.G., Hoffman, P.D. (2005) *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Publishing, Inc. ISBN 978-1-58562-135-4
- Helfaer, P.M. (2007) Shame in the Light of Sex and Self-Respect. *Clin. J. of IIBA*, V17: 57-79
- Kaess, M., Brunner, R., Chanen, A. (2014) Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics, Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, V134 (4) www.pediatrics.aappublications.org/content/134/4/782
- Linehan M. (1993) *Cognitive Behavior Therapy of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press
- Levine, PA. (1997) *Waking the Tiger*. North Atlantic Books. www.traumahealing.org
- Levitt, J.T., Cloitre, M. (2005) A clinician's guide to STAIR/MPE: Treatment for PTSD related to childhood abuse. *Cognitive and Behavioral Practice* V12 (1): 40-52 ·DOI: 10.1016/S1077-7229 (05) 80038-0
- Maley, M. (2002) *Bioenergetic Fundamentals, A Self-Exploration Manual*. Body Smart Publications
- Mason, P., Kreger, R. (2010) *Stop Walking on Eggshells*. New Harbinger Publications
- Matthies, S.D., Philipsen, A. (2014) *Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD): Review of Recent Findings*. McGraw, A. P. DOI: 10.1186/2051-6673-1-3
- Nathanson, D.L. (1994) *Pride and Shame, Affect, Sex and the birth of Self*. Norton & Co. Ltd.
- Ortner, N. (2014) *The Tapping Solution*. Hay House Inc. 8th Ed.
- Pederson, L. (2015) *Dialectical Behavior Therapy: A Contemporary Guide for Practitioners*. Wiley-Blackwell
- Resneck-Sannes, H. (2002) Psychobiology of Affects: Implications for a Somatic Psychotherapy. *Clin. J. of IIBA*, V13: 111-122
- Rogers, M., McKay, D.J. (2003) *When Anger Hurts: Quieting the Storm Within*. New Harbinger Publications
- Schroeter, V. (2009) Borderline Character Structure Revisited. *Clin. J. of IIBA*, V19: 31-51
- Shapiro, B. (2006) Bioenergetic Boundary-Building. *Clin. J. of IIBA*, V16: 155-178
- Shapiro, B. (2008) Your Core Energy is Within Your Grasp. *Clin. J. of IIBA*, V18: 65-91
- Stepp, S. D. (2011) Children of Mothers with Borderline Personality Disorder: Identifying Parenting Behaviors as Potential Targets for Intervention. *Personal Discord* V3 (1): 76-91 DOI: 10. 1037/a0023081
- Urich, F.L. et al (2014) *Neurobiology and Treatment of Traumatic Dissociation: Towards an Embodied Self*. Springer Publishing Company
- Van Gelder, K. (2010) *The Buddha and the Borderline: My Recovery from Borderline Personality Disorder through Dialectical Behavior Therapy*. New Harbinger Publications
- Wallen, D.J. (2007) *Attachment in Psychotherapy*. Guilford Press
- Warren C, et al. (2012) *Too close for comfort, or too far to care? Finding humor in distant tragedies and close mishaps*. Psychological Science Journal, Sage Publications. ISSN 1467-9280 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22941877
- Wolke, D, Schreier A, et al. (2012) Bullied by peers in childhood and borderline personality symp- toms at 11 years of age: A prospective study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. V53(8): 846-855 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22380520>

Статьи в Интернете

- Borderline Personality Disorder.* www.outoffthefog.website/personality-disorders-1/2015/12/6/borderline-personality-disorder-bpd
- Borderline Narcissistic Personality Disorder Differences.* www.clearviewwomenscenter.com/borderline-narcissistic-personality-disorder-differences.html
- Borderline Personality Disorder Quotes.* www.healthyplace.com/insight/quotes/borderline-personality-disorder-quotes/
- Cryns, Ingrid (2012) EMF & Radiation FAQ's. www.somaeearth.com/emf-radiation-faqs/
- Cutler, N. (2011) *Anger Inflames Liver Disease.* [www.liversupport.com/anger-inflames-liver-disease/](http://www.liversupport.com/anger-inflames-liver-disease/Formica, M. J. (2008) Understanding Constancy in Relationship. www.psychologytoday.com/blog/enlightened-living/200805/understanding-constancy-in-relationship)
- Formica, M. J. (2008) *Understanding Constancy in Relationship.* www.psychologytoday.com/blog/enlightened-living/200805/understanding-constancy-in-relationship
- Lane, C. (2015) *Borderline Personality Disorder.* Psyweb.com. www.toddlerstime.com/dx/borderline/bpd-ekleberry.htm
- Marahi, A. J. (2008) *Power and Control Struggles in Borderline Personality Disorder.* www.borderlinepersonality.typepad.com/my_weblog/2008/07/power-and-contr.html
- Neale, S. (2016) *Stop Walking on Eggshells: Taking Your Life Back When Someone You Care About Has Borderline Personality Disorder.* www.psychcentral.com/lib/stop-walking-on-eggshells-taking-your-life-back-when-someone-you-care-about-has-borderline-personality-disorder/
- Sarkis, S. (2011) *Borderline Personality Disorder: Big Changes in the DSM-5.* www.psychologytoday.com/blog/here-there-and-everywhere/201112/borderline-personality-disorder-big-changes-in-the-dsm-5
- Weill Cornell Medical Center (2007) *Brain Abnormalities Underlying Key Element Of Borderline Personality Disorder Identified.* www.sciencedaily.com/releases/2007/12/071221094757.htm
- Williams, K. (2016) *I Hate You, Don't Leave Me: Understanding the Borderline Personality.* www.psychcentral.com/lib/i-hate-you-dont-leave-me-understanding-the-borderline-personality/
- Yalom, V., Yalom, M. (2010) *Peter Levine on Somatic Experiencing.* www.psychotherapy.net/interview/interview-peter-levine

Об авторе

Ингрид Крайнс, BES, B Arch, ведет частную практику в Торонто, Ньюмаркете и Зефире, Онтарио. Сертифицированный биоэнергетический терапевт с 2004 года. Пишет стихи, публикует статьи по психотерапии, регулярно ведет блоги и более 15 лет преподает на различных вебинарах, семинарах и мастер-классах.

Ingrid Cryns, BES, B Arch, CBT 866-888-7662
Email: ingrid@buildingsoul.ca
www.buildingsoul.ca
www.earthsoul.ca



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 ИВА, член редакционного совета ИВА и приглашенный член LESSEX, группы исследователей бразильского университета в Сан-Паулу.

Маргит Коемеда-Лутц, д-р, дипл. психолог, лицензированный психотерапевт частной практики, преподаватель Швейцарского общества биоэнергетического анализа и терапии и член Международного факультета ИВА. Участвовала в двух крупных исследованиях эффективности в немецкоязычных странах и проводит исследования в области телесной психотерапии.

Винсенция Шретер, доктор наук, лицензированный психотерапевт, ведет частную практику в Эскондидо, Калифорния, преподаватель Института биоэнергетического анализа Южной Калифорнии. Член Международного факультета ИВА, главный редактор журнала ИВА, в соавторстве с Барбарой Томсон написала руководство по технике биоэнергетического анализа «Изгиб в форму».