

Содержание

<i>Джон Энрайт</i> ТЕХНИКИ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ. ВВЕДЕНИЕ	7
<i>Клаудио Наранхо</i> Я И ТЫ, ЗДЕСЬ И СЕЙЧАС. ВКЛАД ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ	32
<i>Джерри А. Гринуолд</i> БАЗОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ	52
<i>Лора Перлз</i> ДВА ПРИМЕРА ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ	67
<i>Ирвинг Польстер</i> АСПЕКТЫ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ	83
<i>Фредерик С. Перлз</i> ПОИСК САМОСТИ ПОСРЕДСТВОМ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ	94
<i>Арнольд Бейссер</i> ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ТЕОРИЯ ИЗМЕНЕНИЙ	115
<i>Гари Йонтеф</i> ОБЗОР ПРАКТИК ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ	121
<i>Джон Энрайт</i> ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ В ИНТЕРАКТИВНЫХ ГРУППАХ	166
<i>Уолтер Кемплер</i> ПСИХОТЕРАПИЯ С СЕМЬЯМИ	185
<i>Лора Перлз</i> БРАТЬ И ДАВАТЬ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАМЕТКИ	200
<i>Джерри А. Гринуолд</i> ИСКУССТВО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ: САМОВЫРАБАТЫВАЕМАЯ ПОДПИТКА И ТОКСИЧНОСТЬ	209

Джон Энрайт

ТЕХНИКИ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

Предисловие

Гештальт-терапия — совокупность теории и практических техник личностного развития, предлагающая структуру и методику изменения, которая обрела для меня большой смысл, помогла мне прояснить мой прошлый опыт и выработать ясный взгляд на опыт нынешний. Я решил написать это введение, потому что общедоступного источника по гештальт-терапии нет, и, возможно, кто-нибудь найдет эту идеи интересными и полезными. Мне посчастливилось лично работать с человеком, который разработал этот подход. Это, несомненно, объясняет оказанное на меня влияние, но, в отличие от некоторых теорий, которые являются отражением чьей-то конкретной личности, гештальт-терапию успешно изучают и развивают многие другие люди.

Большую часть того, что я знаю о гештальт-терапии, я почерпнул у Джеймса Симкина и Уолтера Кемплера и, прежде всего, у Фрица Перлза. Они, разумеется, не несут ответственности за то, что изложено на этих страницах. Это ведение представляет собой мою интерпретацию и дальнейшее развитие того, что они делали и говорили они. Работая над введением, я заметил, что непроизвольно перехожу от абстрактных предложений к конструкциям «мы» и «я». Перечитав написанное, я понял, что эти переходы вполне определенно указывают на те утверждения, с которыми, как мне

кажется, согласится большинство гештальт-терапевтов, и те, которые представляют мой личный взгляд на гештальт-терапию. Поэтому, несмотря на возникшую в результате угловатость стиля, я оставил эти стилистически разные разделы без изменений.

Гештальт-терапия была разработана Фредериком Перлзом, доктором медицины и доктором философии, а ее основными источниками стали психоанализ (особенно в изложении раннего Вильгельма Райха), европейская феноменология и экзистенциализм, а также гештальтпсихология. Гештальт-терапия Перлза представляет собой теорию структуры и развития личности, из которой может быть выведена терапия, а также серию экспериментов по самосознанию, которые могут использоваться читателем. Диапазон, разнообразие и мощь методов, разработанных Перлзом и его коллегами, заслуживают подробного описания как с точки зрения системы целей и процесса, так и конкретных типов терапевтического вмешательства. В этой статье основное внимание будет уделено терапевтическим целям и стратегиям, а также краткому обсуждению специфических тактик и техник.

С точки зрения гештальт-терапии здоровый организм-в-окружающей-среде постоянно сосредотачивается на вопросах, важных для его сохранения или выживания. Эти важные вопросы представляют собой взаимодействия организма с окружающей средой, которые поддерживают или восстанавливают баланс или спокойное функционирование. «Сосредоточение» здесь относится не к сознательному состоянию, а к поведенческой направленности организма на соответствующий аспект окружающей среды, сопровождающейся мышечным тонусом, сенсорной ориентацией и т.п. Это направленное поведение большей частью осуществляется на подвижной границе между организмом и средой, где происходит контакт с тем, что является в окружающей среде новым и чуждым и становится частью организма (например, пища проглатывается и усваивается; слова воспринимаются и понимаются и т.п.).

Осознание у человека развивается там, где новизна и сложность взаимодействий наиболее значительны и где имеется больше возможностей (для блага или вреда). По-видимому, осознание способствует максимальной эффективности, концентрируя всех силы

организма на самых сложных, наполненных возможностями ситуациях.

В этом очень упрощенном объяснении осознание — это состояние сознания, которое развивается спонтанно, когда внимание организма фокусируется на каком-то определенном участке контактной границы между организмом и окружающей средой, на котором происходит особенно важное и сложное взаимодействие. Если принять эту точку зрения, то можно сформулировать обезоруживающее простое определение психологической дисфункции. Что-то идет не так, если осознание в этой зоне сложного взаимодействия не развивается. Далее следует, соответственно, простая теория терапии в качестве первого приближения к формулировке цели гештальт-терапии: терапия заключается в реинтеграции внимания и осознания. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы помочь пациенту преодолеть барьеры (о которых будет сказано позже), блокирующие осознание, и позволить природе взять свое (то есть развить осознание), чтобы он мог действовать, используя все свои способности. Обратите внимание, что психотерапевт при этом не вмешивается непосредственно во взаимодействие — он не помогает решить проблему — он помогает восстановить условия, при которых пациент может максимально эффективно использовать свои способности для решения проблемы.

Из этой простой формулировки вытекает в значительной мере то, что гештальт-терапевт делает на практике. Он наблюдает за расщеплениями во внимании и осознании, за свидетельствами того, что сфокусированное внимание организма развивается вне сознания. Когда пациент рассказывает о какой-то проблеме, он мгновение за мгновением совершает множество сенсорных и моторных действий. Хотя его сознание обычно сосредоточено на вербальном содержании, он может пристально смотреть в пространство, двигать руками, перемещаться, улыбаться — иногда в соответствии с вербальным содержанием, а иногда, возможно, и нет. Его голос также изменяется, иногда адекватно изменениям в вербальном содержании, иногда нет. В дополнение к смыслу, вкладываемым в слова, имеет место богатый, но еле уловимый слой образов и метафор, выбор глагольных залогов, видов

и времен, смена местоимений и т.д. Они представляют собой ту лингвистическую «почву», которая изменяет и обогащает лексическое значение слов. Все это непосредственно связано с жизненными трудностями пациента, мешающими ему жить организмически удовлетворяющей его жизнью. Мгновение за мгновением он показывает нам, как он избегает полного контакта с действительностью, как он избегает осознания возникающих вопросов, имеющих значение для его организма.

До тех пор, пока пациент хорошо коммуницирует вербально, а сопутствующие действия минимальны или конгруэнтны, я слушаю. В это время, я полагаю, его осознание интегрировано с его организмическим вниманием, и он не делает ничего, что могло бы потребовать моей помощи как психотерапевта; его проблемы — это его проблемы, и он эффективно над ними работает в данный момент. В семье или в группе пациенты в такой период поддерживают хороший контакт, активно общаются и эффективно решают свои межличностные проблемы. Моя работа начинается тогда, когда описанные выше бессознательные действия начинают выделяться в общем гештальте и соперничать с вербальным содержанием в значимости и важности. Затем я побуждаю пациента (пациентов) обратить внимание на эти действия, прося описать то, что он делает, видит, чувствует и т.д. Я не делаю интерпретаций, а лишь кратковременно фокусирую внимание на этих явлениях и позволяю ему поступить с ними по своему усмотрению. Довольно часто, если я правильно рассчитываю момент и точно определяю возрастающую значимость, пациент может довольно ясно осмыслить их и осознать то, что он делает. Здесь могут быть полезны краткие конкретные примеры из практики.

Женщина, проходящая индивидуальную терапию, очень жалобным голосом перечисляет примеры того, как она недавно подвергалась жестокому обращению со стороны свекрови. Меня поражает в ее рассказе то, что она не сознает, что в значительной мере сама провоцирует это, и недооценивает свою способность прервать такое поведение, но я ничего не говорю. Мое внимание привлекает быстрое повторяющееся движение одной ее руки по другой, хотя я не могу его разглядеть.

Терапевт: Что вы делаете рукой?

Пациент (немного испуганно): Э-э-э... это крест.

Т: Крест?

П: Да (пауза).

Т: А что вы можете сделать с крестом?

П: Ну, конечно, повеситься на одном из них в эти выходные, наверное, так.

Она возвращается к своему рассказу, все больше осознавая свою позицию мученицы и свой вклад в происходящие события.

Супружеская пара в курсе семейной терапии довольно часто и бесплодно обсуждает свои проблемы. Жена, застыв, смотрит мимо меня.

Т: На что вы смотрите?

Ж: На магнитофон.

Т: Можете описать то, что видите?

Ж: Он просто крутится и крутится.

Т: Круг за кругом?

Ж: Да.

Т: Что-нибудь еще движется круг за кругом?

Муж и жена (одновременно и довольно нетерпеливо): Мы, конечно.

Они возвращаются к своему обсуждению с более полным осознанием своего бесплодного хождения по кругу, и начинают предпринимать более продуктивные шаги, чтобы вырваться из него.

Женщина, страдающая паранойей, свою первую сессию групповой терапии начинает с того, что ровным, бесстрастным голосом сообщает о попытке мужа ее отравить. Продолжая перечислять свои бредовые жалобы, она упоминает о сильной боли в затылке. Когда ее просят описать эту боль, она, в конце концов, отмечает, что это похоже на боль от захвата в дзюдо и замечает, что ее муж знает дзюдо. Затем она говорит, что чувствует себя так, будто муж действительно ударил ее, а когда ее просят рассказать о спо-

собах, которыми муж символически причиняет ей боль, она начинает очень быстро, со слезами и гневом, рассказывать группе, что муж ее не уважает, игнорирует и флиртует с другими женщинами. Она временно отказалась от параноидного способа решения своих проблем.

У подобных терапевтических вмешательств, направленных на то, чтобы помочь пациенту интегрировать внимание и осознание, имеется несколько важных характеристик. Вмешательство опирается на текущее поведение, в этом участвует некая актуальная потребность организма, хотя ни пациент, ни терапевт могут не иметь никакого представления о том, что это такое, когда вмешательство осуществляется, и она может оказаться совершенно не связанной с вербальным материалом, который в это время получает выражение. В идеале и, как правило, вмешательство не несет в себе интерпретаций. Я спрашиваю пациента, что происходит или что он делает; куда мы двинемся дальше, зависит от его ответа. Если он устанавливает связь с вербальным материалом или достигает некоего понимания того, что он делает, он это делает для себя, в собственных формулировках. Если он отрицает какую-либо связь или не отмечает ничего в своем поведении, это его ответственность; обычно я оставляю все как есть. Я неправильно выбрал момент или пациент был не готов. Если я буду настаивать на ответе или предложу свою интерпретацию, он, скорее всего, лишь мобилизует более мощную защиту от меня. Если это поведение значимо, оно проявится снова. Третья важная характеристика такого типа вмешательства в том, что оно усиливает и расширяет чувство ответственности пациента за собственное поведение. Ответственность в данном случае — это не общее чувство социальной ответственности, а скорее ощущение, что «я здесь и сейчас осознаю, что делаю то-то и то-то». (Тем не менее, по моему мнению, настоящая ответственность в широком смысле коренится именно в этом чувстве, что ты являешься подлинной активной силой). Таким образом, в процессе терапии, независимо от содержания, пациент учится делать все для себя, встречаться с собственной нерешительностью и совершать выбор — в небольшой, но во все возрастающей степени.

Вопросы, которые сопровождают эти вмешательства, это исключительно *что* и *как*, редко *зачем* и *почему*. Большинство людей действительно не знают в полной мере, что они делают большую часть времени, поэтому, если пациент оказывается способен достичь ясного и устойчивого осознания своего поведения и своего окружения, это становится значительным терапевтическим достижением. В определенном смысле достижение такого полного сознания — это все, что требуется от терапии. Когда человек ясно и в полной мере чувствует, что он делает, его беспокойство по поводу причин (*почему*) обычно исчезает. Если же у него сохраняется этот вопрос, то он находится в благоприятных условиях, чтобы разобраться с этим.

Поскольку гештальт-терапия склоняется к вопросам *что* и *как*, следующим нашим шагом будет более детальное рассмотрение способов, которыми область собственного функционирования удерживается вне сознания, и некоторых последствий такого блокирования. Рассмотрим четыре таких способа: ретрофлексия, десенсибилизация, интроекция и проекция. Можно заметить, как они действуют здесь и сейчас, чтобы блокировать сознание текущего поведения или как повторяющиеся остаточные явления предыдущих попыток избежать осознания. Краткое описание этих явлений может создать впечатление, что это лишь пересказ существующих концепций, и действительно, у них есть много общего с соответствующими концепциями психоанализа и общей психиатрии. Различия в акцентах часто оказываются очень тонкими, поэтому требуется более подробное обсуждение, чтобы прояснить их.

Проекция — склонность индивида приписывать другим отрицаемые аспекты самого себя, становясь при этом сверхчувствительным или критичным к незначительным проявлениям черты, которую он в себе отрицает. Представление о проекции в общей психиатрии очень схоже. Возможно, в гештальт-терапии больше внимания уделяется менее серьезным патологическим формам проекции, при которых индивид не грубо искажает реальность, а демонстрирует чрезмерную озабоченность только своей перцептивной избирательностью определенных явлений из всего диапазона происходящих в его окружении.

Ретрофлексия — это импульс или идея, укоренившиеся в сенсомоторном напряжении организма, отчасти сформированные внутренними потребностями и сфокусированные на событиях и объектах окружающей среды. Ретрофлексия описывает процесс отрицания, сдерживания или уравнивания связанного с импульсом напряжения с помощью дополнительного противоположного сенсомоторного напряжения. Это понятие включает в себя большую часть того, что часто называют вытеснением и сдерживанием, и акцентирует внимание на том, как протекают участвующие в этом процессы. Поскольку конечный эффект или результат этого нейтрализованного мышечного напряжения — ноль, то есть отсутствие какого-либо явного движения, никакого особого роста активности на контактной границе не происходит и осознание не развивается. Возможно позднее, поскольку в местах мышечного сопротивления наблюдается повышенная активность, там может развиваться осознание в виде боли или дискомфорта. Как отмечалось выше, процесс ретрофлексии может быть преходящим или хроническим. Крик отчаяния начинается с увлажнения глаз и характерного выражения лица. Плотно сжатые губы и буквальное удержание (сдавливание) слез представляют собой ретрофлексию. Это может длиться мгновение, прежде чем слезы прорвутся наружу или, как образно заметил Силвен Томкинс¹ — целую жизнь.

Влияние В. Райха на Перлза наиболее очевидно в развитии понятия ретрофлексии. Райхианская «броня характера» — это хроническая ретрофлексия. Важно отметить, что организм тратит энергию на поддержание как напряжения импульса, так и напряжения сопротивления, и оба этих процесса, как правило, отчуждены от самости и сознания. В процессе терапии они оба должны быть восстановлены и стать доступными для организмического удовлетворения, конструктивного использования.

Десенсибилизация является сенсорным аналогом моторной ретрофлексии. Скотомы, эмоциональная тупость, фригидность, помутнение зрения, хроническое «неслышание» и т.д. — по значению равны ретрофлексии в блокировке осознания. Они в большей степени зависят от вербального выражения и, следовательно, ме-

¹ Tomkins S. Affect, imagery, consciousness. Vol. 2. — N.Y.: Springer, 1963.

нее доступны для непосредственного наблюдения и изучения, чем моторные проявления.

Интроекции состоят из сложных интегрированных способов поведения или существования, которые развивающийся организм полностью перенял от значимых других без внутренней ассимиляции или интеграции. Они довольно точно соответствуют родительским или экстропсихическим эго-состояниям Эрика Берна². Их можно распознать по повторяющемуся сочетанию определенных голосовых характеристик, типа вербального содержания, жестов и позы, а также по сходству в реагировании других людей на этот единый поведенческий комплекс. Детали, касающиеся возникновения этих интроекций, сложны и выходят за рамки данной статьи. Наш интерес заключается, прежде всего, в той роли, которую они играют в повседневной жизни. А они являются главными действующими лицами в бесконечном самобичевании и внутренних конфликтах между идеальным и реальным «я», на которые многие люди растрачивают время своей жизни. Они также усложняют отношения, когда «я» играет одну из таких ролей со значимыми другими или проецирует одну из них на другого человека. Интроекты — одни из главных передатчиков патологии через поколения. Человек, который, возможно, успешно минимизировал использование интроектов в других сферах своей жизни, может активировать их, когда действует как родитель в отношениях со своими детьми.

В той мере, в какой индивид полагается на эти средства для временного или хронического блокирования осознания, он развивает в себе обширные отчужденные и недоступные зоны, усложняя, а не облегчая течение жизни. Он чувствует — и в определенном смысле небезосновательно — слабость и раздвоенность, подвластность внешним силам, которые толкают и дергают его. Его поведение, как правило, неуклюже, лишено изящества, дыхание и речь искажены. И в виду небольшого количества энергии, оставшейся для жизни, у него накапливается огромное количество незавершенных дел.

² Berne E. Transactional analysis in psychotherapy. — N.Y.: Grove, 1961.

Незавершенное дело, возможно, является основным следствием блокирования осознания. Циклы удовлетворения потребности не завершаются, напряжение активизируется, но не спадает; аффект нарастает и остается невыраженным. Поток поведения перекрыт невыраженными действиями; маловероятно, что может произойти что-то новое в возникшем состоянии сжатия и фрустрации. Индивид закикливается на невыраженном, жизнь наполняется отчаянием и скукой с отсутствием автономии, спонтанности и близости. Жизнь невротика нельзя назвать счастливой, даже если у него не развиваются никакие специфические симптомы, такие как фобия, навязчивые идеи, тревога и т.д., она останется совершенно серой и пустой. Часто сознательное эго невротика теряет контакт с тем, что является неправильным, поэтому его вербальный отчет о проблемах, как правило, далек от реального положения. Он успешно отводит внимание даже от знания того, где у него болит, от чего он страдает и жалобы, с которыми он обращается, не могут служить отправной точкой для терапии. Довольно часто пациент рад просто бесконечно отвлеченно рассуждать об абстрактной Проблеме, держась на безопасном расстоянии. Если он бывалый пациент, то будет готов поделиться нынешними фантазиями о своем детстве столь же отстраненно и с тем же результатом.

К счастью, стратегия гештальт-терапии в целом не зависит от точности отчета пациента о себе. Мы просто предлагаем ему сесть и жить, а затем замечаем, где и как он ошибается. Терапевтический смысл, который мы косвенно предлагаем ему принять, заключается в том, что его жизнь, вероятно, будет более полноценной и приятной в долгосрочной перспективе, если он будет полнее осознавать то, что делает каждую минуту и принимать ответственность за это поведение. Возможно, ему придется принять это на веру на какое-то время, но мы надеемся вскоре продемонстрировать наглядно и конкретно преимущества такой установки.

В этой ситуации организм немедленно обратится к одному из незавершенных дел, которое является актуальным и более или менее соответствует текущей ситуации. Его способы блокировки сознания тут же вступят в игру, он начнет через свои проекции,

напряжения и диссоциированные действия демонстрировать отчужденные и недоступные части своего «я». Терапевт может выбрать наиболее выделяющуюся из них, с которой следует начать. Меня впечатляет, насколько важное значение имеет тот момент, когда пациент начинает идти на уступки и делает — неважно, вербальный или нет — первый шаг. То, где он сидит, на кого смотрит, его дыхание, улыбка, поза, уникальный образ, содержащийся в его вступительной ремарке, все, что он говорит, прежде чем формально начнет рассказывать о проблеме — это содержательные намеки, указывающие на глубокий материал, до которого он, возможно, сможет добраться, если найдет безопасный способ пользоваться им.

Начать можно (и нужно) с какого-нибудь тривиального, очевидного события, например, улыбки, обращенной к терапевту. Когда пациент полнее и осознаннее выразит это, он будет готов перейти к следующему, немного менее очевидному факту — что теперь, когда он подумал об этом, он обнаружил, что немного сердится на этого славного терапевта. И так далее, послойно, через сопротивления и импульсы, задерживаясь на каждом слое столько, сколько необходимо, и не переходя к следующему до тех пор, пока энергия, вложенная в него, не станет доступной для использования, и пациент не перестанет слишком беспокоиться о следующем шаге в неизвестное и невыраженное. Сопротивление не пытаются сломить, пациент отождествляется с ним и делает его частью себя. Аффект или импульс не стараются уравновесить или заблокировать, пациента побуждают к более интенсивному и полному его выражению, завершая дело и расчищая пространство для нового действия. Не предпринимается никаких попыток, чтобы удерживать пациента на какой-либо из тем, которые он вербально озвучивает, но предпринимаются постоянные и настойчивые попытки держать его в постоянном контакте с тем, что он делает. Затем его поощряют выполнить все эти действия максимально полно и совершенно, с возрастающим осознанием того, что он делает. Если он прибегает к блокировкам, мы обращаем его внимание на то, как он блокирует себя и поощряем максимально полное и осознанное выражение этого. Терапевт тратит как можно меньше времени и

сил на размышления о том, что, скорее всего, произойдет после того или иного шага пациента, а вместо этого сосредотачивается на выборе момента для этого шага и максимально внимательно слушает пациента. Это, пожалуй, самое важное преимущество неинтерпретирующей терапии. Терапевт освобожден от бесконечных фантазий о том, что произойдет с пациентом в ближайшие несколько минут (с сопутствующей тревогой о том, прав он или нет), и вместо этого может просто слушать и помогать пациенту найти собственный путь через паузы и блоки.

Базовый постулат этого терапевтического подхода состоит в том, что люди способны адекватно справляться со своими жизненными проблемами, если они знают, что они собой представляют и могут использовать все свои способности для их решения. Наша задача — разблокировать осознание, помогая им высвободить связанную ретрофлексией энергию, восстановить восприимчивость, ассимилировать интроекты и обратить проекции в непосредственное выражение. Установив однажды хороший контакт со своими реальными проблемами и своим реальным окружением, они становятся способны справляться собственными силами.

Гештальт-техники в групповой и семейной терапии

До сих пор мы говорили о техниках гештальт-терапии, которые в целом применимы ко всем видам терапии — индивидуальной, групповой и семейной. Некоторые из представленных методов и приемов могут быть более эффективными в группе, когда мы просим пациента присоединиться к этим новым людям и научиться иметь с ними дело, или в семье, чтобы организовать жизнь с этими значимыми, но вызывающими фрустрацию другими. В группе абстрактные проблемы могут быть быстрее и проще перенесены на реальную почву. Пациента, который жалуется, что не может говорить громко и критиковать свою жену, можно попросить обратиться с критическим замечанием к каждому присутствующему члену группы, тем самым немедленно соприкоснуться со своими трудностями, вместо того, чтобы говорить о них. Пациентка, которая утверждает, что у нее комплекс неполноценности, может получить рекомендацию определить, с кем из присутствующих в

группе оно чувствует себя неполноценной и как это происходит. Поскольку в группе много доступных людей, диапазон незавершенных дел, с которыми можно довольно легко установить контакт, намного больше. Большое количество людей предоставляет больше экранов, на которые могут быть выведены проекции, и работа по их восстановлению и выражению их может быть более легкой. Так, пациента, который замечает, что один из участников «презрительно смотрит на группу», можно попросить самого попытаться презрительно посмотреть на группу, чтобы понять, может ли он установить контакт с собственным чувством презрения и выразить его прямо, а не через проективную сверхчувствительность. В дополнение к усиливающему эффекту, который дает объединение нескольких пациентов вместе, существуют методы, специфичные именно для группы. Помимо упомянутой терапевтической ценности осознания и ответственности, мы просим участников группы или членов семьи принять еще одну специфически групповую ценность. В конечном счете, они, вероятно, будут более эффективно и лучше общаться с окружающими людьми, если будут с ними откровеннее и будут слушать их с уважением к ним, как личностям. Опять же, они должны ненадолго принять это на веру, но мы надеемся вскоре явно продемонстрировать действенность этого принципа. В сущности, все представленные здесь методы вытекают из этого предположения и являются просто способами реализации представлений о человеческих отношениях. Цель, которую мы ставим перед пациентами, собравшимися в группу или членами семьи — это отношения «я – ты», в которых каждый человек осознает, принимает ответственность, является непосредственным в своем общении и с максимальным вниманием слушает другого человека как равного.

Первая техника, воплощающая эту точку зрения на человеческие отношения, заключается в том, чтобы попросить людей во всех взаимодействиях, осуществляющихся в группе, говорить непосредственно друг с другом без использования 3-го лица. Терапевт отказывается принимать комментарий пациента А по поводу поведения пациента Б и просит его адресовать свой комментарий непосредственно пациенту Б. Это звучит просто, почти тривиаль-

но, но на практике оказывает очень мощный эффект. Пациенты сначала, как правило, соглашались на это условие, говоря, что это слишком просто, чтобы волноваться о чем-то или что это просто пустяк, но когда они пытаются это сделать на практике, они начинают решительно протестовать против него. Аффект, вызванный такой прямой конфронтацией, очень отличается от того, который косвенно рассеивается в комментарии от 3-го лица. Как правило, пациент испытывает серьезные трудности, когда пытается сделать много прямых заявлений другому человеку. Чаще всего в результате попытки такого прямого обращения очевидной становится амбивалентность (обычно невербальная), и простое утверждение сразу же оказывается очень сложным. Эта амбивалентность и сложности с прямолинейностью становятся предметом терапии. Например, пациент может попытаться сделать критическое замечание другому человеку и отвернуться от него посреди высказывания или прервать его с улыбкой на лице. Тогда мы могли бы спросить его, от чего он отворачивается или попросить облечь его улыбку в слова. Если он говорит, что отвел взгляд от сердитого выражения лица другого участника, он может получить немедленную обратную связь и, возможно, выяснит, что гнев, который он видел, был его собственный, проецируемый. По мере того, как он пытается облечь свою умиротворяющую улыбку в слова, он все больше осознает, как блокирует и подрывает собственную самоуверенность. Когда ему удастся выразить умиротворение словами, он становится открыт для дальнейшего осознания того, в какой степени его умиротворение окрашено презрением к другому за то, что он был одурачен им и что сам по себе является сложным и амбивалентным. Преимущества прямолинейности, выражающиеся в более непосредственной и полной обратной связи от другого и расширение собственного осознания, проявляются при таком подходе почти сразу. Поскольку индивиды вовлечены лицом к лицу друг с другом в эту встречу ограниченного масштаба, они познают эти преимущества самым непосредственным образом, с наибольшей вероятностью переноса полученных навыков в повседневную жизнь.

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

e-Univers.ru