



18+

ПАВЕЛ АВДЕЕВ

**ГЕШТАЛЬТ-
ТЕРАПИЯ,
ФОКУСИРОВАННАЯ
НА КОНФЛИКТЕ
(CGT)**



SIMPLEPSYCHOLOGY

Павел Авдеев
Гештальт-терапия,
фокусированная
на конфликте (CGT)

<https://litres.ru/74253399>

ISBN 9785007056021

Аннотация

Данная книга является продолжением работы «Гештальт-терапия, фокусированная на эмоциях». Если первая книга была посвящена краткосрочной, интенсивной работе с эмоциями, то это издание обращается к долгосрочной, системной терапии личностных структур и расстройств личности. Автор предлагает развёрнутую классификацию внутренних конфликтов, описывая каждый через поведенческие маркеры, триггеры, эмоциональные схемы и механизмы прерывания контакта, а также техники терапии.

Содержание

ОБ АВТОРЕ	7
ВВЕДЕНИЕ	9
БАЗОВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ	20
БАЗОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ, ФОКУСИРОВАННОЙ НА КОНФЛИКТЕ (SGT)	21
БАЗОВАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ: РАСШИРЕННАЯ СХЕМА КОНФЛИКТА (SED)	36
ИНДИКАТОРЫ ВНУТРЕННЕГО КОНФЛИКТА	54
КАРТА ЭМОЦИЙ В РАБОТЕ С КЛИЕНТОМ	55
ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ ЧУВСТВА В SGT	60
ИНДИКАТОРЫ КОНТАКТА	65
МЕХАНИЗМЫ ПРЕРЫВАНИЯ КОНТАКТА:	75
ДИФФУЗИЯ	
ДИФФУЗИЯ	76
ИНТРОЕКЦИЯ	82
ПРОЕКЦИЯ	91
ПРОФЛЕКСИЯ	99
РЕТРОФЛЕКСИЯ	107

ДЕФЛЕКСИЯ	116
СМЕЩЕНИЕ	124
ИМПУЛЬСИВНОСТЬ	131
ЭГОТИЗМ	137
ДИССОЦИАЦИЯ	147
ЗАСТРЕВАНИЕ	154
ТЕХНИКИ CGT	162
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ	163
ТЕХНИКИ ОТРАЖЕНИЯ	185
ТЕХНИКИ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ,	204
НОРМАЛИЗАЦИИ И РАТИФИКАЦИИ	
ТЕХНИКА ЭМПАТИЧЕСКОГО ОТКЛИКА	216
Конец ознакомительного фрагмента.	225

Гештальт-терапия, фокусированная на конflikте (CGT)

Павел Авдеев

© Павел Авдеев, 2026

ISBN 978-5-0070-5602-1

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero



ОБ АВТОРЕ



Авдеев Павел Сергеевич — клинический психолог, гештальт-терапевт, гипнотерапевт, когнитивно-поведенческий терапевт третьей волны (АСТ, ЕЕТ), создатель обучающего YouTube-канала SimplePsychology. Автор большого числа научных публикаций. Автор книг «Психология лидерства», «Гипноз и регрессивная гипнотерапия», «Энциклопедия психотерапии», «Гештальт-терапия, фокусированная на эмоциях». Член редколлегии научного журнала «Гипноз в клинической и экспериментальной психологии». Ведет прием с 2016 года. Участвовал в подготовке гипно-шоу на

федеральном телевидении. Периодически проводит лекции по гипнозу и гипнотерапии в Первом Московском государственном медицинском университете имени И. М. Сеченова, Зоомузее МГУ и других местах. Преподаватель Московского института психоанализа. Проводит курсы по гештальт-терапии, гипнотерапии и другим направлениям.

ВВЕДЕНИЕ

От эмоций к конфликту — зачем нужна гештальт-терапия, фокусированная на конфликте?

Эта книга является логическим продолжением и развитием тех идей, которые были заложены в работе «Гештальт-терапия, фокусированная на эмоциях (EGT)». Если EGT представляла собой краткосрочный, интенсивный протокол работы с острыми эмоциональными состояниями и актуальными жизненными ситуациями, то предлагаемая вашему вниманию гештальт-терапия, фокусированная на конфликте (Conflict-focused Gestalt Therapy, CGT) — это следующий, более глубокий уровень. Это долгосрочная, системная модель, предназначенная для работы с глубинными личностными структурами, хроническими повторяющимися паттернами и, что особенно важно, с расстройствами личности.

Актуальность метода: почему формализация необходима?

Сегодня гештальт-терапия переживает парадоксальную ситуацию. С одной стороны, она невероятно популярна: гештальт-терапевтов много, спрос на них стабилен, институты выпускают сотни специалистов ежегодно. С другой стороны, метод практически отсутствует в доказательной медицине, его редко можно найти в клинических рекоменда-

циях, а научные исследования гештальта исчисляются единицами. Почему так произошло? Потому что классический гештальт гордится своей «неформализуемостью». «Каждый клиент уникален», «Нельзя загнать душу в протокол», «Терапия — это искусство, а не ремесло» — эти красивые фразы десятилетиями служили оправданием для отсутствия четких учебных программ, воспроизводимых техник и, как следствие, научной проверяемости. В тоже время такие направления как ЭФТ, AEDP, краткосрочные методы психоанализа наглядно показывают, что гуманистические и психодинамические направления не просто могут быть доказательными, но и способны стать золотым стандартом доказательной психотерапии. И достигается это за счет обычной формализации метода. В этом и состоит одна из значимых задач создания CGT.

Наша модель операциональна: каждый термин имеет поведенческое определение, каждая техника снабжена речевым скриптом, каждый этап терапии описан так, что его можно воспроизвести. Это не делает терапию механистичной — это делает обучение терапии возможным. И, что не менее важно, это делает гештальт-терапию доступной для научного исследования, позволяя наконец доказать то, что практики знают и так: гештальт работает.

Вторая причина актуальности CGT — это работа с расстройствами личности. Классический гештальт, с его опорой на спонтанность, контакт и выражение чувств, блестяще ра-

ботаает с невротическим уровнем: ситуативные тревоги, фобии, острые реакции. Но как только на пороге кабинета появляется человек с пограничным, нарциссическим или шизоидным расстройством личности, многие гештальт-терапевты теряются. Принцип «следуй за клиентом» оборачивается бесконечным кружением по кругу, техника пустого стула вызывает ярость или диссоциацию, а попытка «быть в контакте» разбивается о ригидные защиты. CGT создана для этих клиентов. Мы не отказываемся от контакта — мы делаем его возможным, за счет того, что фокусируем внимание именно на прерываниях контакта.

И здесь мы также делаем акцент на внутреннем конфликте.

Для классического гештальта характерно устаревшее и ненаучное понимание внутреннего конфликта. Классический гештальт, будучи продуктом своего времени, впитал в себя множество психодинамических идей, особенно из психоанализа и неофрейдизма. Конфликт там понимается как борьба архетипических сил, как столкновение «частей личности», как драма между «top dog (собакой сверху)» и «underdog (собакой снизу)». Все это красивые метафоры, но они не операциональны. Они не поддаются проверке. И, что самое печальное, они не работают с теми клиентами, у которых конфликт не выглядит как драма между «Хочу» и «Надо».

Мы предлагаем иное понимание, опираясь на современ-

ную когнитивную психологию. В СГТ мы опираемся на теорию когнитивного диссонанса Леона Фестингера, которая имеет солидную экспериментальную и доказательную базу. Согласно этой теории, конфликт возникает тогда, когда в психике человека одновременно существуют два противоречащих друг другу элемента: два знания, две оценки, два импульса. Этот диссонанс вызывает психологический дискомфорт, и человек стремится его редуцировать — изменить один из элементов, добавить новые, или, что для нас особенно важно, вытеснить один из них из сознания.

Как это работает в терапии? Клиент с нарциссическим расстройством одновременно знает: «Я уникален и грандиозен» и «Я ничтожен и боюсь, что меня увидят». Эти два знания невыносимо конфликтуют. Диссонанс редуцируется за счет того, что второе знание (о своей ничтожности) вытесняется, а первое (грандиозность) гиперкомпенсируется. Но плата за это — колоссальные энергозатраты на поддержание защиты и полная невозможность выносить любую обратную связь, которая напоминает о вытесненном. Клиент с шизоидным расстройством одновременно знает: «Я хочу контакта, потому что я человек» и «Любой контакт уничтожит меня». Диссонанс редуцируется за счет вытеснения первой части (потребности в контакте). Клиент искренне верит, что он «одиночка по природе», что другие ему не нужны. Но плата — хроническая пустота, депрессия, отсутствие жизненной энергии, которая уходит на подавление собственной потреб-

ности.

Такое понимание конфликта принципиально меняет терапию. Мы не ищем «части», которые нужно примирить. Мы ищем диссонанс, который нужно сделать осознаваемым. Мы не спрашиваем: «Что говорит одна твоя часть, а что другая?». Мы спрашиваем: «Какую потребность ты скрываешь за этим фасадом? Как ты справляешься с этим противоречием? Что ты делаешь, чтобы его не замечать?».

Еще одна проблема классического гештальта — это отсутствие четкой теории того, как конфликт связан с симптомом. Почему, например, конфликт между желанием близости и страхом поглощения приводит именно к паническим атакам, а не к психосоматике или к Obsessive Compulsive Disorder? В классическом гештальте ответа нет. В CGT мы опираемся на современные представления о том, что симптом — это всегда способ редукции когнитивного диссонанса. Симптом — это «третье», которое позволяет не выбирать между двумя конфликтующими знаниями. Паническая атака позволяет избежать и близости (я не могу встретиться, у меня паника), и одиночества (в панике обо мне заботятся). Прокрастинация позволяет избежать и неудачи (я не писал, поэтому могло и не получиться), и осуждения (я просто не успел, а не бездарен). Понимание этого дает нам ясную мишень для терапии.

При этом классический гештальт-терапевт часто оказывается неготовым к встрече с более серьезной патологией, чем невротическая. Давайте будем честны: человек с нарцисси-

ческим расстройством не будет «просто доверять процессу» и садиться на пустой стул. Человек с пограничным расстройством не будет «проживать эмоции» — он будет в них тонуть, захлебываться и разрушать терапевтические отношения. Человек с шизоидным расстройством вообще не увидит смысла в этом «игрище», которое вы ему предлагаете. CGT предлагает иной путь. Мы не торопим клиента в контакт. Мы сначала работаем с тем, что делает контакт невозможным: с фундаментальными защитами, с ригидными паттернами, с непереносимостью собственных переживаний. И в этой работе нам помогает именно понимание конфликта как когнитивного диссонанса — мы не ломаем защиты, мы постепенно делаем осознаваемым тот диссонанс, который эти защиты призваны скрывать.

Наконец, классический гештальт отличается отсутствием четкого разграничения между краткосрочной эмоциональной работой и долгосрочной конфликтной терапией. Многие гештальт-терапевты пытаются лечить расстройства личности теми же методами, что и ситуативную тревогу. Это приводит к разочарованию, ретравматизации и преждевременному прекращению терапии. CGT предлагает принципиально иной уровень анализа. EGT спрашивает: «Что ты чувствуешь?». CGT спрашивает: «Какой конфликт заставляет тебя снова и снова чувствовать это и поступать так, как ты поступаешь?». EGT работает с эмоцией как с фигурой. CGT работает с конфликтом как с устойчивой структурой, орга-

низующей всю личность клиента.

Чем CGT отличается от EGT и от классического гештальта?

Чтобы окончательно прояснить место нашей модели, мы должны провести четкую границу. EGT, как было описано ранее, — это метод выбора для острой, ситуативной эмоциональной проблемы. EGT работает с эмоцией как с фигурой, помогая клиенту прожить то, что не было прожито, и завершить незавершенный гештальт. EGT краткосрочна, директивна и эмоционально интенсивна.

CGT — это метод выбора для хронической, личностно укорененной проблемы. CGT работает с конфликтом как с фигурой, рассматривая эмоции не как самоцель, а как дорожную карту к глубинному противоречию — к тому самому когнитивному конфликту, который клиент не может выносить и потому вытесняет одну из его частей. CGT долгосрочна, стратегична и требует от терапевта способности выдерживать отсутствие быстрых результатов. В EGT терапевт помогает клиенту *выразить* то, что подавлено. В CGT терапевт помогает клиенту *осознать, удержатъ и перестроить* то, что конфликтует внутри него, — сделать невыносимый диссонанс выносимым и изменить защитные стратегии поведения на более адаптивные.

Отличие от классического гештальта еще более принципиально. Классический гештальт часто исходит из гумани-

стической посылки: «просто будь в контакте, доверяй процессу, и все само собой разрешится». СGT исходит из другой посылки: «контакт невозможен, пока внутри клиента идет война между двумя несовместимыми знаниями о себе и о мире». Поэтому наша первая задача — не установление контакта любой ценой, а диагностика того, что этому контакту мешает. А мешает ему прежде всего конфликт между двумя противоречащими друг другу элементами психики, который клиент редуцирует ценой огромных энергозатрат и полной невозможности быть спонтанным.

Для кого эта книга?

Эта книга — **не для начинающих**. Эта книга для тех, кто уже столкнулся с профессиональным выгоранием от бесконечного кружения по кругу с пограничным клиентом. Для тех, кто устал чувствовать себя беспомощным перед нарциссической защитой. Для тех, кто подозревает, что классический гештальт что-то упускает, но не может сформулировать — что именно. Для тех, кто хочет не просто «быть в контакте», а понимать, почему этот контакт невозможен, и что с этим делать.

Мы также адресуем эту книгу преподавателям гештальт-терапии. Потому что сегодняшняя система обучения, построенная на «личном опыте», «проживании» и негласном требовании бесконечной личной терапии, часто работает не на профессионализацию, а на создание зависи-

мых, несамостоятельных учеников, которые не могут отличить свои собственные переносы от клиентских. CGT предлагает иной подход: теорию можно и нужно преподавать системно, техникам можно и нужно обучать алгоритмически, а личная терапия — это личная терапия, а не замена профессиональному образованию.

Наконец, эта книга для исследователей. Мы устали от ситуации, когда на вопрос «Докажите, что гештальт работает» мы вынуждены отмалчиваться или ссылаться на единичные исследования 70-х годов. CGT — это формализованная, операционализированная модель, которая может и должна быть проверена. Мы приглашаем коллег к сотрудничеству, критике и, что самое важное, к эмпирическим исследованиям. Потому что только так гештальт-терапия перестанет быть «маргинальным» методом в глазах научного сообщества и займет место, которое она заслуживает.

Об ограничениях метода

Ни одна модель психотерапии не может быть панацеей. CGT — не исключение. Мы должны четко обозначить границы применимости нашего подхода.

CGT предназначена для работы с невротическим и пограничным уровнем организации личности. Она эффективна при расстройствах личности (нарциссическом, пограничном, шизоидном, избегающем, зависимом), при хронических повторяющихся паттернах, при состояниях, которые не

поддаются краткосрочной эмоциональной работе.

CGT не подходит (или требует существенных модификаций, выходящих за рамки этой книги) для работы с психотическим уровнем, с острыми психотическими состояниями, с тяжелыми органическими поражениями головного мозга, с активной зависимостью, требующей первичной реабилитации.

Мы также должны сказать о противопоказаниях для терапевта. CGT требует от терапевта высокой толерантности к неопределенности, способности выдерживать длительное отсутствие видимых результатов и, что особенно важно, умения работать с собственными контрпереносными реакциями, которые при работе с расстройствами личности достигают высокой интенсивности. Если вы склонны к спасательству, если вам нужно быстрое подкрепление в виде «успехов» клиента, если вы не умеете выдерживать агрессию и обесценивание, — работа в CGT может стать для вас источником профессионального выгорания. Мы рекомендуем таким коллегам пройти дополнительную личную терапию и супервизию, прежде чем применять эту модель.

О стиле и содержании книги

Мы сознательно отказались от «поэтического» языка, которым так богата гештальт-литература. В этой книге вы не найдете призывов «доверять процессу», метафорических описаний «встречи Я и Ты» или экзистенциальных рассужде-

ний о свободе и ответственности. Не потому, что эти вещи не важны. А потому, что они уже описаны в сотнях других книг. Наша задача — иная. Мы даем рабочие инструменты. Четкие алгоритмы. Поведенческие маркеры. Речевые скрипты. Классификации, которые можно использовать в реальной сессии.

Книга построена следующим образом. В первой части мы повторяем базовые понятия гештальт-терапии и EGT.

Во второй части мы резюмируем техники нашей работы.

В третьей части мы рассмотрим классификацию внутренних конфликтов в CGT и специфику применения гештальт-техник к каждому из них.

БАЗОВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В данном разделе мы повторим базовые положения классической гештальт-терапии и гештальт-терапии, фокусированной на эмоциях (EGT) в контексте исследования и терапии внутреннего конфликта. Надо понимать, что CGT не вынуждает вас перестраивать весь метод терапии, который вы уже применяете, но смещает акценты внимания с поверхностной (симптоматической/ситуационной) на глубинную (личностную/обобщенную) работу, с эмоциональной разрядки (как это делается в EGT) на поведенческие изменения, однако, арсенал методов и теоретическая база, которую мы применяем остаются прежними.

БАЗОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ, ФОКУСИРОВАННОЙ НА КОНФЛИКТЕ (CGT)

Любой метод психотерапии опирается на определенные теоретические принципы, которые определяют, на что терапевт обращает внимание, как он интерпретирует происходящее и какие интервенции выбирает. CGT не является исключением. Однако, поскольку наш подход смещает фокус с эмоции как таковой на внутренний конфликт, который эту эмоцию порождает, нам необходимо пересмотреть ряд классических положений гештальт-терапии.

Ниже представлены основные принципы CGT. Они не являются декларативными философскими утверждениями, а представляют собой рабочие правила, которые терапевт может непосредственно применять в процессе сессии.

Принцип 1. Примат внутреннего конфликта над эмоцией. Классическая гештальт-терапия, особенно в ее популярном изложении, часто фокусируется на эмоции как на первичной реальности. «Вырази свой гнев», «побудь со своей печалью» — такие интервенции предполагают, что сам факт эмоционального отреагирования является терапевтичным. CGT исходит из иного предположения: эмоция — это

вторичный феномен. Она возникает тогда, когда внутренний конфликт активируется внешним триггером. Работать напрямую с эмоцией — значит работать со следствием, а не с причиной.

Из этого принципа вытекает конкретное правило для терапевта: каждый раз, когда клиент предъявляет интенсивную эмоцию (гнев, страх, обиду, отчаяние), мы не поддерживаем ее выражение автоматически, а задаем себе и клиенту вопрос: «О каком конфликте говорит эта эмоция? Какая потребность здесь фрустрирована?».

Пример. Клиент кричит: «Я ненавижу свою жену за то, что она меня не слушает!». Вместо того чтобы поддерживать выражение гнева («скажи ей это прямо сейчас»), терапевт в CGT исследует конфликт: «Если она тебя не слушает, что для тебя самое страшное в этом? Что ты теряешь?». Ответ может быть: «Я теряю чувство, что я для нее важен». Тогда становится понятно, что за гневом стоит конфликт между потребностью в признании и убеждением «если меня не слушают — значит я ничего не значу». Работать нужно не с гневом, а с этой схемой.

Принцип 2. Осознавание защиты как путь к конфликту. В классической гештальт-терапии механизмы прерывания контакта (слияние, интроекцию, проекцию и др.) часто рассматривают как мишень для изменения. Терапевт стремится помочь клиенту отказаться от неадаптивного способа контакта и заменить его на более прямой. В CGT мы

смотрим на защиты иначе. Защита — это не враг, с которым нужно бороться. Это ценнейший диагностический признак. Каждая защита указывает на то, какой именно конфликт клиент не может выдержать и от какой эмоции он спасается.

Соответственно, правило для терапевта: не стремиться «сломать» защиту или убедить клиента отказаться от нее. Вместо этого мы используем защиту как указатель. Замечая дефлексию (уход от темы), мы спрашиваем: «чего ты сейчас избегаешь?». Замечая проекцию (обвинение другого), мы спрашиваем: «что в тебе самом вызывает такой сильный отклик?». Замечая ретрофлексию (самообвинение), мы спрашиваем: «на кого на самом деле направлен этот гнев?». Защита перестает быть препятствием и становится картой, ведущей к глубинному конфликту.

Принцип 3. Потребность как критерий завершения работы. В классической гештальт-терапии критерием успеха часто служит эмоциональный катарсис: клиент расплакался, прокричал, «завершил гештальт». В CGT мы относимся к катарсису с осторожностью. Эмоциональное отреагирование само по себе не разрешает конфликт. Оно может временно снизить напряжение, но, если базовая схема не изменилась, конфликт будет воспроизводиться снова и снова.

Критерием успешной терапии в CGT является восстановление способности клиента удовлетворять свою фрустрированную потребность адаптивным способом. Работа с кон-

фликом считается завершенной не тогда, когда клиент перестал испытывать боль, а когда он может ответить на вопросы: «Чего я на самом деле хочу в этой ситуации?», «Что мне мешает это получить?», «Что я могу сделать прямо сейчас, чтобы приблизиться к удовлетворению этой потребности, не разрушая отношения с другими и с собой?».

Соответственно, терапевтический процесс в CGT всегда движется от защиты к триггеру, от триггера к схеме, от схемы к фрустрированной потребности, и затем — от потребности к новому, более адаптивному поведению. Эмоциональное отреагирование — лишь промежуточный этап, который позволяет ослабить заряд старой боли, но не конечная цель.

Принцип 4. Феноменологическая позиция при работе со схемой. Несмотря на то, что CGT оперирует понятиями «схема», «конфликт», «триггер», мы не должны впадать в искушение объяснять клиенту его проблему с позиции всезнающего эксперта. Фразы вроде «у тебя нарциссическая травма» или «ты проецируешь на жену образ матери» могут быть интерпретативно верными, но терапевтически бесполезными, а часто и вредными.

Феноменологическая позиция означает, что терапевт не навязывает клиенту свою картину его внутреннего мира, а помогает клиенту самому обнаружить и осознать свои паттерны. Мы не говорим клиенту: «Ты боишься одиночества, потому что мать тебя отвергала». Мы задаем вопросы: «Кто еще в твоей жизни заставлял тебя так чувствовать?», «Ты и

в этой ситуации остаешься одиноким, похоже, что одиночество — это значимое чувство, которое сопровождает тебя по жизни». Схема должна быть открыта клиентом, а не сообщена ему терапевтом.

Терапевт в CGT — это не хирург, который вскрывает и удаляет конфликт. Это проводник, который помогает клиенту самому пройти путь от симптома к его глубинным основаниям, а затем — к новым способам быть в контакте с собой и с миром. Интерпретации допустимы, но только как рабочие гипотезы, которые предлагаются клиенту для проверки, а не как истина в последней инстанции.

Принцип 5. Директивность. Наш подход не является директивным в целом, однако он намного более директивен чем классическая гештальт-терапия. В данном подходе терапевт может активно направлять клиента на решение его проблемы, настаивать на описании конкретных ситуаций в ущерб абстрактным рассуждениям, предлагать личные рекомендации, настаивать на погружении клиента в болезненные чувства вместо того, чтобы ожидать его «готовности» как это делают в классическом варианте гештальт-терапии.

Принцип 6. Холизм: поведение в кабинете как модель поведения в жизни. Этот принцип является методологическим основанием для всей терапевтической работы в CGT. Холизм в данном контексте означает, что клиент не может быть одним человеком в кабинете терапевта и совершенно другим — за его пределами. Способ, которым кли-

ент строит контакт с терапевтом, его типичные защиты, его эмоциональные реакции, его манера прерывать, соглашаться, избегать, конфликтовать — все это не случайные особенности взаимодействия с конкретным специалистом. Это презентация тех же самых внутренних схем и конфликтов, которые клиент воспроизводит в своей повседневной жизни, в отношениях с партнером, детьми, коллегами.

Из этого принципа вытекает два важных следствия.

Первое: терапевту не нужно спрашивать клиента, «как он обычно себя ведет» — достаточно внимательно посмотреть, как он ведет себя сейчас. Клиент, который жалуется на то, что его никто не слушает, и при этом перебивает терапевта на каждой фразе, демонстрирует свой конфликт непосредственно в кабинете. Клиент, который жалуется на невозможность сказать «нет» начальнику, но при этом безропотно соглашается на любые предложения терапевта, также проигрывает свой паттерн здесь и сейчас. Клиент, который жалуется на холодность партнера, но сам избегает зрительного контакта и отвечает односложно, делает то же самое. Холизм позволяет нам видеть конфликт не в рассказах клиента о жизни, а в самой ткани терапевтического взаимодействия.

Второе следствие: кабинет терапевта становится безопасной средой для коррекции этих паттернов. Если поведение клиента в кабинете отражает его конфликт, то, изменяя это поведение в кабинете, мы можем изменить и сам конфликт. Терапевт получает возможность не просто обсуждать с кли-

ентом его проблемы, а предоставлять ему новый, корректирующий опыт здесь и сейчас.

Пример. Клиент с ретрофлексией сдерживает свой гнев на протяжении нескольких сессий, не высказывая недовольства терапевтом, даже когда тот ошибается или задает неудобные вопросы. Вместо того чтобы интерпретировать это (и тем более вместо того, чтобы игнорировать), терапевт может указать на сам паттерн: «Я замечая, что ты часто молчишь, даже когда, как мне кажется, у тебя есть повод возразить. Не происходит ли сейчас то же самое, что и в твоих отношениях с женой, когда ты терпишь, а потом взрываешься?». Затем терапевт может предложить эксперимент: «А давай сейчас, прямо здесь, ты попробуешь сказать мне, что тебя не устраивает в нашей работе. Даже если это будет звучать неидеально. Я обещаю не обижаться и не защищаться. Это будет просто тренировка, которую ты потом сможешь перенести в свою жизнь».

Таким образом, кабинет превращается из места, где клиент *рассказывает* о своих проблемах, в место, где он *проживает* и *изменяет* их. Терапевт становится не просто слушателем и интерпретатором, но и участником взаимодействия, в рамках которого клиент может получить новый, не травмирующий опыт отстаивания своих границ, выражения своих чувств или принятия уязвимости. Холизм — это не отвлеченный философский принцип, а практический инструмент, позволяющий делать терапию более интенсивной, конкрет-

ной и эффективной.

Принцип 7. Приоритет процессуальной диагностики над категориальной. Традиционная психиатрическая диагностика (МКБ, DSM) отвечает на вопрос «что у клиента?». Для CGT этого недостаточно. Нам нужно отвечать на вопрос «как устроен конфликт клиента?». Категориальный диагноз (например, «тревожное расстройство») описывает симптом, но не объясняет его механизм. Процессуальная диагностика описывает, *как* клиент создает и поддерживает свой симптом: какой триггер его запускает, какая схема активируется, какая защита включается, какая потребность фрустрирована.

Правило для терапевта: в процессе работы мы постоянно уточняем и переформулируем процессуальный диагноз. Он не статичен, а динамичен. На первой сессии мы можем видеть проекцию. На десятой — обнаружить схему «если я разозлюсь, меня бросят». Процессуальная диагностика разворачивается вместе с терапией и является ее неотъемлемой частью, а не предварительным этапом.

Принцип 8. Неизбежность сопротивления и его терапевтическая ценность. В краткосрочных и симптом-ориентированных подходах сопротивление клиента (пропуск сессий, невыполнение заданий, уход от тем) часто рассматривается как помеха или даже как повод для прекращения терапии («клиент не мотивирован»). CGT исходит из противоположного предположения: сопротивление неиз-

бежно, потому что терапия конфликта по определению болезненна. Клиент сопротивляется не потому, что он «ленив» или «безответственен», а потому что приближение к конфликту активирует его защитные механизмы.

Правило для терапевта: сопротивление не преодолевается давлением. Оно исследуется. Если клиент пропустил сессию, мы не игнорируем это и не наказываем, а спрашиваем: «Что происходило перед тем, как ты решил не приходить? Какой страх или какое чувство могло сработать?». Сопротивление становится не врагом, а диагностическим материалом, указывающим на то, что мы подошли к чему-то действительно значимому. Чем сильнее сопротивление, тем ближе мы к ядру конфликта.

Принцип 9. Приоритет структурного изменения над симптоматическим облегчением. Симптоматическое облегчение (снижение тревоги, исчезновение панической атаки, временное улучшение настроения) может быть достигнуто множеством способов: лекарствами, отвлечением, внушением, эмоциональной разрядкой. CGT не отвергает важность облегчения страданий клиента, но отказывается считать его конечной целью. Симптоматическое облегчение без структурного изменения конфликта приводит либо к рецидиву, либо к формированию симптома-заместителя (например, панические атаки прошли, но началась соматическая боль).

Правило для терапевта: мы не успокаиваемся, когда кли-

енту стало легче. Мы проверяем, изменилась ли его способность справляться с триггерной ситуацией. Если раньше он срывался на жену, а теперь терпит и молчит — структурного изменения не произошло, просто симптом перешел из одной формы в другую. Структурное изменение происходит тогда, когда клиент может выдержать триггер, осознать активированную схему, выбрать новую стратегию поведения и реализовать ее. Это более долгий и сложный процесс, но именно он ведет к устойчивому результату.

Принцип 10. Глобальное изменение через отдельные поведенческие акты (принцип «малого шага»). Этот принцип является методологическим мостом между глубинной работой с конфликтом и поведенческими изменениями в жизни клиента. В CGT существует риск уйти в бесконечное исследование прошлого, анализ схем и интерпретацию переноса, так и не приведя клиента к реальным изменениям. Чтобы этого избежать, мы утверждаем: глобальное изменение личности и разрешение хронического конфликта происходит не в результате одного грандиозного инсайта, а через последовательность малых, конкретных, повторяющихся поведенческих актов, в которых клиент пробует новый способ быть в контакте с собой и с другими.

Этот принцип опирается на два эмпирических наблюдения. Первое: инсайт сам по себе недостаточен для изменения. Клиент может прекрасно понимать, что его страх отвержения связан с детским опытом, но при встрече с партнером

все равно будет вести себя по-старому. Второе: изменение поведения, даже небольшое и временное, запускает обратную связь, которая постепенно перестраивает и когнитивные схемы. Человек не перестает бояться, а затем начинает действовать. Он начинает действовать (в безопасных, дозированных формах), и затем страх уменьшается.

Из этого принципа вытекает несколько конкретных правил для терапевта.

Первое: любая сессия, в которой была проведена глубинная работа (регрессия, диалог частей, анализ схемы), должна завершаться формулировкой конкретного поведенческого задания. Задание должно быть:

— Малым — таким, которое клиент заведомо может выполнить, даже если ему страшно. Не «перестань бояться общаться с людьми», а «на этой неделе один раз поздоровайся первым с коллегой, к которому ты обычно не подходишь».

— Конкретным — с четкими параметрами: где, когда, с кем, что именно сказать или сделать.

— Измеримым — чтобы на следующей сессии можно было однозначно сказать, выполнено оно или нет.

Второе: терапевт помогает клиенту отслеживать связь между новым поведением и внутренним состоянием. Не просто «сделал — не сделал», а «что ты чувствовал до, во время и после? Как твоя схема отреагировала на этот новый опыт? Что было самым трудным?». Таким образом, каждый поведенческий акт становится не просто упражнением,

а экспериментом, проверяющим и постепенно перестраивающим старую схему.

Третье: неудача в выполнении задания не рассматривается как повод для критики или отказа от терапии. Она рассматривается как диагностический материал. Если клиент не смог поздороваться с коллегой, мы не говорим «давай попробуем еще раз». Мы исследуем: «Что остановило тебя? Какая мысль возникла? Какое чувство? Какая часть тебя сказала „нет“?». Таким образом, сопротивление новому поведению становится прямым доступом к конфликту, который мы еще не проработали достаточно глубоко.

Пример. Клиент с перфекционизмом и страхом ошибки после сессии, посвященной его схеме «если я сделаю неидеально — меня отвергнут», получает задание: написать черновик рабочего отчета не за два часа, как обычно, а за двадцать минут, сознательно сделав его «достаточно хорошим», а не идеальным. На следующей сессии он сообщает, что не смог — страх был слишком силен. Вместо того чтобы настаивать, терапевт исследует: «Что именно произошло в тот момент, когда ты сел за отчет? Какая мысль пришла первой? Что ты почувствовал в теле?». Клиент описывает интенсивный стыд еще до того, как начал писать. Это указывает на то, что в работе со схемой нужно углубиться именно в переживание стыда, а не просто обсуждать перфекционизм. Затем задание модифицируется: «А можешь ли ты написать не двадцать минут, а пять? Просто набросать план, даже не связ-

ными предложениями?». Малый шаг становится еще меньше, и клиент его выполняет.

Глобальное изменение происходит не в момент инсайта, а в серии таких малых шагов, каждый из которых — крошечная победа над старой схемой. CGT потому и называется терапией конфликта, что она не пытается устранить конфликт магически. Она помогает клиенту научиться действовать *в присутствии* конфликта, постепенно, шаг за шагом, расширяя зону своего адаптивного поведения.

Принцип 11. Циркулярность: изменение схемы через изменение поведения и наоборот. Этот принцип является прямым дополнением к предыдущему и уточняет механизм изменений в CGT. В классическом психодинамическом подходе часто предполагается линейная последовательность: сначала нужно осознать и переработать бессознательный конфликт (изменить схему), и только потом изменится поведение. CGT исходит из модели циркулярной каузальности: схема влияет на поведение, но и поведение влияет на схему. Эти два процесса взаимно усиливают друг друга.

Правило для терапевта: мы не ждем, пока клиент «полностью проработает» конфликт, чтобы начать менять поведение. Мы начинаем поведенческие эксперименты как можно раньше, сразу после того, как конфликт был хотя бы частично идентифицирован. При этом мы используем два параллельных пути:

— Путь глубинной работы: регрессия к травматическому

опыту, диалог частей, трансформация схемы.

— Путь поведенческой активации: малые шаги в реальной жизни, эксперименты в кабинете, ролевые игры.

Эти пути питают друг друга. Новое поведение дает клиенту опыт, который противоречит старой схеме, и этот опыт ослабляет ее. Ослабленная схема, в свою очередь, позволяет клиенту совершать более смелые поведенческие шаги. Терапия не движется линейно, а разворачивается по спирали, где каждый виток объединяет и инсайт, и действие.

Принцип 12. Толерантность к неопределенности как условие работы с конфликтом. Внутренний конфликт, в отличие от острого симптома, не имеет быстрого и однозначного решения. Клиент, приходя в CGT, часто хочет получить ясный ответ: «что мне делать?», «почему со мной это происходит?», «когда это закончится?». Терапевт, в свою очередь, может испытывать собственное напряжение от неопределенности и стремиться дать клиенту ложную ясность в виде преждевременных интерпретаций или директивных советов.

Этот принцип утверждает: способность терапевта и клиента выдерживать неопределенность является необходимым условием для реального изменения конфликта. Конфликт потому и называется конфликтом, что у него нет простого решения. Поиск этого решения требует времени, терпимости к временному ухудшению, готовности пробовать и ошибаться.

Правило для терапевта: мы не даем ложных гарантий. Мы честно говорим клиенту: «Мы не знаем точно, сколько времени это займет. Мы не знаем, какой именно путь приведет к результату. Но у нас есть метод, который работает, если мы готовы исследовать вместе». Терапевт транслирует собственную толерантность к неопределенности через спокойное отношение к паузам, к «незнанию», к временным рецидивам. Мы не паникуем, если клиенту стало хуже после глубокой сессии — мы исследуем, что это значит. Мы не даем быстрых ответов на вопрос «почему», а помогаем клиенту самому находить свои смыслы.

БАЗОВАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ: РАСШИРЕННАЯ СХЕМА КОНФЛИКТА (SED)

В EGT мы использовали модель SED (ситуация — эмоции — избегание). Она позволяла достаточно быстро выходить на эмоциональное содержание проблемы. Однако для CGT, где мы целенаправленно работаем с глубинными структурами характера, этой схемы недостаточно. Нам нужно более детальное понимание того, *как именно* ситуация превращается в эмоцию и какую роль в этом играет прошлый опыт.

Поэтому в CGT мы используем расширенную пятикомпонентную модель: «ситуация — эмоциональный триггер — внутренняя схема (конфликт) — эмоция — защита».

Рассмотрим каждый компонент по порядку.

Ситуация

Ситуация — это конкретные, повторяющиеся обстоятельства в жизни клиента, на которые он жалуется. В CGT мы не работаем с абстрактными запросами вроде «я хочу понять себя» или «у меня экзистенциальный кризис». Такие формулировки для нас — не более чем защита, способ избежать конкретики. Задача терапевта — перевести любую абстракт-

ную жалобу в язык конкретных ситуаций.

Например, вместо «меня никто не ценит на работе» мы выясняем: «Кто именно? В какие моменты? Что конкретно происходит?». Вместо «Мы с женой постоянно ссоримся» — «Что происходит перед ссорой? Как обычно ваша ссора выглядит». Ситуация должна быть описана так, чтобы ее можно было представить как сцену из фильма. Только после этого мы можем двигаться дальше.

Стоит отметить, что не определение конкретной ситуации часто является основной ошибкой студентов в работе с клиентом, поскольку именно определение проблемной ситуацией позволяет спланировать цели терапии и отслеживать прогресс, а также в целом определить наличие мотивации у клиента на дальнейшую работу

Эмоциональный триггер

В модели SED, которая лежит в основе CGT, эмоциональный триггер занимает особое место. Это тот самый мостик между внешней ситуацией и внутренним конфликтом, который часто ускользает от внимания как клиента, так и начинающего терапевта. Без понимания триггеров наша работа с конфликтом будет либо поверхностной, либо бесконечно долгой.

Эмоциональный триггер — это стимул (внешний или внутренний), который автоматически активирует внутрен-

ний конфликт клиента и запускает связанную с ним эмоциональную реакцию.

Важно понимать, что триггером может быть практически что угодно. Это может быть конкретное событие во внешней среде: недовольный взгляд начальника, молчание партнера, громкий звук. Это может быть определенный смысл, который клиент приписывает ситуации: «меня не уважают», «со мной не согласны», «меня игнорируют». Это может быть образ, всплывающий в сознании: картинка из прошлого, воображаемая сцена отвержения. Это может быть внутреннее телесное ощущение: учащенное сердцебиение, ком в горле, напряжение в плечах. Это может быть даже собственная мысль: «а что, если я не справлюсь?», «опять у меня ничего не получится».

Триггер потому и называется триггером, что он действует как спусковой крючок. До его появления клиент может находиться в относительно стабильном состоянии. В момент его появления (или даже за долю секунды до того, как он будет осознан) запускается весь каскад: конфликт активизируется, возникает эмоция, включается защита. Сам триггер при этом может оставаться за пределами сознания клиента.

Выделим пять ключевых характеристик эмоционального триггера.

Характеристика 1. Автоматичность. Триггер срабатывает вне волевого контроля. Клиент не выбирает, реагировать ему или нет. Реакция возникает до того, как он успе-

вает что-либо обдумать. Именно поэтому попытки убедить клиента «не реагировать так остро» или «взять себя в руки» бесполезны — они адресованы к коре головного мозга, в то время как триггер запускается на подкорковом уровне, в миндалевидном теле, которое действует намного быстрее рационального мышления.

Характеристика 2. Досознательность. В момент срабатывания триггера клиент может не осознавать, что именно произошло. Он замечает только последствия: изменение настроения, телесное напряжение, импульс к действию. Сам триггер часто остается за кадром сознания. Клиент может искренне говорить: «я не знаю, почему я так взбесился», «ничего не случилось, а мне вдруг стало страшно». Задача терапии — сделать этот невидимый процесс видимым, помочь клиенту заметить, какой именно стимул запускает его реакцию.

Характеристика 3. Связь с внутренним конфликтом. Триггер не является причиной эмоции сам по себе. Один и тот же стимул у разных людей вызывает совершенно разные реакции, а у одного и того же человека в разное время — тоже разные. Это происходит потому, что триггер активирует конкретный внутренний конфликт, который уже существует в психике клиента. Конфликт — это устойчивая структура, сформированная прошлым опытом. Триггер — это ключ, который эту структуру «отпирает». Без конфликта триггер бессилен. Клиент, у которого нет конфликта вокруг

темы отвержения, никак не отреагирует на стимул, который другого клиента повергает в панику.

Характеристика 4. Аффективная насыщенность. Триггер всегда связан с сильным, хотя и кратковременным, аффектом. Это может быть вспышка страха, волна гнева, укол стыда или ощущение падения в пустоту. Интенсивность триггерной реакции обычно несоразмерна объективной значимости стимула. Именно эта несоразмерность — один из главных диагностических признаков того, что сработал именно триггер, а не адекватная реакция на реальную угрозу.

Характеристика 5. Стереотипность. Один и тот же триггер у одного и того же клиента срабатывает однотипно. Клиент не изобретает каждый раз новый способ реагирования. Он реагирует по одному и тому же шаблону: один и тот же конфликт активируется, одна и та же эмоция возникает, одна и та же защита включается. Именно эта стереотипность делает триггеры диагностически ценными. Если мы видим, что клиент в разных ситуациях реагирует одинаково — скорее всего, во всех этих ситуациях срабатывает один и тот же триггер, запускающий один и тот же конфликт.

Чтобы не путать триггер со смежными феноменами, необходимо четко их разграничить.

Триггер и ситуация. Ситуация — это объективное описание внешних обстоятельств. «Жена задержалась на работе» — это ситуация. Триггер — это тот аспект ситуации, ко-

торый воспринимается как значимый. Для одного клиента значимым будет сам факт задержки («она не пришла вовремя»). Для другого — то, что она не ответила на звонок («меня игнорируют»). Для третьего — то, что она не предупредила заранее («со мной не считаются»). Одна и та же ситуация может содержать множество потенциальных триггеров, и активируется тот, который резонирует с конфликтом клиента.

Триггер и конфликт. Конфликт — это устойчивое внутреннее противоречие, сформированное прошлым опытом. Например: «я хочу близости, но боюсь, что, если приближусь — меня отвергнут». Триггер — это стимул, который активирует этот конфликт. Когда партнер делает шаг навстречу, конфликт может активироваться через триггер «сейчас я стану уязвимым, и меня ударят». Когда партнер отстраняется, конфликт может активироваться через триггер «меня бросают, я снова один». Один и тот же конфликт может иметь множество триггеров.

Триггер и эмоция. Эмоция — это то, что клиент переживает как «злость», «страх», «стыд», «печаль». Триггер — это стимул, который эту эмоцию запускает. Клиент знает про эмоцию, но часто не знает про триггер. Он говорит: «я разочлился», но не замечает, что злость возникла в ответ на специфический стимул: тон голоса партнера, паузу в разговоре, определенное слово. Задача терапевта — помочь клиенту увидеть связь между стимулом и эмоцией.

Триггер и мысль. Мысль — это вербальная рационализация, которую сознание производит постфактум, пытается объяснить уже возникшую эмоцию. Клиент может искренне верить, что он разозлился «потому что жена опять не убрала посуду». Но на самом деле посуда — лишь ситуация. Триггер сработал на более глубинном уровне: «меня не ценят», «мои потребности игнорируются», «я здесь не хозяин». Мысль про посуду — это рационализация, которую сознание подставляет задним числом. Триггер всегда предшествует мысли.

Триггер и защита. Защита — это действие, которое клиент совершает, чтобы избавиться от эмоции, вызванной триггером. Триггер запускает конфликт, конфликт порождает эмоцию, эмоция становится невыносимой — и включает защиту. Скандал с женой, уход в молчание, погружение в работу, самообвинение — все это защиты. Триггер — то, что запускает всю эту цепочку. Если работать только с защитой (учить клиента не скандалить), не затрагивая триггер и конфликт, защита просто сменит форму: вместо скандалов клиент начнет уходить в молчание или соматизировать.

Триггеры можно классифицировать по нескольким основаниям. Для практической работы в CGT наиболее полезны три классификации: по модальности стимула, по содержанию активируемого конфликта и по временной принадлежности.

Классификация по модальности стимула. По тому,

в какой форме предъявляется стимул, триггеры делятся на внешние и внутренние.

Внешние триггеры запускаются событиями, объектами или действиями во внешней среде. Это наиболее очевидный вид триггеров, именно на них чаще всего жалуются клиенты. Клиент может сказать: «меня бесит, когда он так смотрит» (зрительный стимул), «я не выношу, когда на меня повышают голос» (слуховой стимул), «меня передергивает, когда кто-то вторгается в мое личное пространство» (тактильный стимул). Внешние триггеры легче поддаются диагностике, потому что их можно наблюдать и описывать.

Однако важно понимать, что внешний стимул действует как триггер не сам по себе, а через тот смысл, который клиент ему приписывает. Не взгляд сам по себе, а значение этого взгляда: «он меня осуждает», «он надо мной смеется», «он хочет меня уничтожить». Один и тот же внешний стимул (например, долгий пристальный взгляд) для одного клиента будет триггером «меня оценивают», для другого — «меня хотят», для третьего — «сейчас нападут». Поэтому, работая с внешним триггером, мы всегда должны выяснять, какой именно смысл клиент в него вкладывает.

Внутренние триггеры запускаются стимулами, возникающими внутри психики клиента: собственными мыслями, образами, телесными ощущениями, воспоминаниями. Они менее очевидны и потому часто остаются нераспознанными. Клиент может жаловаться на «беспричинную тревогу», не

замечая, что тревога возникает каждый раз, когда он ловит себя на мысли о предстоящем публичном выступлении, или когда его сердце начинает биться быстрее после кофе, или когда он случайно вспоминает унижительную ситуацию из прошлого.

Внутренние триггеры особенно коварны тем, что создают иллюзию беспричинности. Клиент искренне не понимает, почему ему вдруг стало плохо, ведь «ничего не случилось». На самом деле случилось — просто событие произошло внутри него, а не снаружи. Диагностика внутренних триггеров требует более пристального внимания к последовательности: «Что происходило в твоём сознании за секунду до того, как ты почувствовал тревогу?», «Какая мысль мелькнула?», «Какой образ возник?», «Что ты почувствовал в теле?».

Особую роль среди внутренних триггеров играют телесные ощущения. Для клиентов с паническими расстройствами или соматоформными нарушениями именно телесные сигналы (учащенное сердцебиение, головокружение, ощущение нехватки воздуха) часто являются основным триггером. Эти ощущения запускают интерпретацию: «со мной что-то не так», «сейчас случится инфаркт», «я теряю контроль». Затем эта интерпретация усиливает исходное телесное ощущение, запуская порочный круг.

Зачем нужны триггеры? Надо понимать, что мы ввели эмоциональные триггеры в нашу схему с конкретной целью,

ведь именно триггеры используются нами в работе с клиентом для доступа к эмоциональному содержанию (а наше направление все же сфокусировано на эмоциях, а не на мыслях, травмах или чем-то еще). Именно воздействие на клиента через триггер позволяет актуализировать эмоциональное содержание, которое часто бывает недоступно при использовании одной лишь объективной ситуации. Например, при фобии собак на предложение представить собаку клиент вполне может ответить, что его это представление никак не пугает. Однако, если мы в ходе расспроса выясним, что его глубинный страх, это возможность того, что собака его покусает и «сделает никому не нужным инвалидом», и затем предъявим ему именно такое представление как стимул, к эмоции вполне может открыться доступ. Поэтому одним показателем мастерства для гештальт-терапевта и является выяснение подобных триггеров.

Как не спутать ситуацию, мысли и триггер? Действительно, если вы рассматриваете данные понятия формально у вас может возникнуть сложность в разделении данных понятий, однако такое разделение является иллюзией. По сути триггер — это именно тот стимул или та, кнопка, нажав на которую, мы получаем эмоцию от клиента. Поэтому, если ваш клиент с фобией собак эмоционально реагирует на представление собаки, то тогда такое представление мы также будем считать триггером несмотря на то, что оно совпадает с ситуацией. Однако, если клиент никак не реагирует, то

вполне возможно, что он среагирует на какие-то конкретные мысли, и тогда триггером будут именно они. Все же чаще всего в качестве триггеров мы встречаемся именно со смысловыми значениями событий: ссора с женой (значит «она меня не ценит»), сердце бьется при паническом расстройстве (значит «Со мной что-то не так и я умираю»), боюсь общаться с представителями мужского пола (перед глазами встает фигура отца, который бил меня все детство (да, травма также может являться триггером)).

Внутренняя схема (конфликт)

Если триггер — это быстрая оценка «здесь опасно», то схема — это устойчивая структура, которая говорит *почему* здесь опасно и *что именно* опасно. Схема — это обобщенное знание о себе и о мире, сформированное прошлым опытом и закрепленное многократным повторением.

В CGT мы рассматриваем схему как внутренний конфликт между двумя силами. Первая сила — это базовая потребность (в безопасности, в принятии, в любви, в признании и др.). Вторая сила — это условная реакция на ситуацию, которую человек воспринимает как стрессовую и включает защитные механизмы, не давая самому себе реализовать свою потребность.

Пример. У человека, которого в детстве часто оставляли одного надолго, могла сформироваться схема: «Быть одному = быть в опасности». Потребность в безопасности здесь стал-

живается с убеждением, что эту безопасность может обеспечить только постоянное присутствие другого. И поэтому он постоянно начинает искать компанию других людей и испытывает панику, при их отсутствии. Или у человека, чьи родители хвалили его только за отличные оценки «Меня любят только за достижения. Если я не идеален — я ничего не стою», потребность в любви и принятии заблокирована условным характером этой любви. Вместо того, чтобы искренне любить и принимать любовь, он пытается выслужиться и сделать все идеально.

Подобная схема — это фильтр восприятия. Она заставляет клиента видеть в нейтральных или даже позитивных событиях подтверждение своей старой боли. Начальник сделал замечание по работе — схема говорит: «Вот, ты снова неудачник, тебя сейчас уволят, и никто тебя не полюбит». Партнер задумался о своем — схема говорит: «Он охладел, сейчас уйдет, ты снова один».

В отличие от триггера, который переживается как вспышка, схема — это фон, на котором эта вспышка происходит. Триггер можно сравнить с ударом по клавише. Схема — с тем, как эта клавиша соединена с динамиками, которые выдают звук определенной тональности. У разных клиентов один и тот же триггер (меня бросают) может запускать разные схемы: у одного — «я никому не нужен», у другого — «меня предали», у третьего — «я умру от одиночества».

Эмоция

Эмоция в модели SED — это не причина, а следствие. Это сигнал о том, что триггер сработал и схема активировалась. Эмоция — это энергия, которая высвобождается в результате столкновения потребности и запрета.

В этом смысле мы различаем эмоции адекватные и эмоции, индуцированные схемой. Адекватный страх возникает при реальной угрозе. Страх, индуцированный схемой, возникает при активации триггера «меня бросят», когда объективно никто никого не бросает. Адекватный гнев возникает при реальном нарушении границ. Гнев, индуцированный схемой, возникает, когда клиент проецирует на ситуацию старую обиду.

Именно индуцированные схемой эмоции являются для нас мишенью. Они всегда несоразмерны стимулу. Они стереотипны — клиент реагирует одним и тем же способом в разных, на первый взгляд, ситуациях. И они не поддаются прямой когнитивной коррекции: бесполезно объяснять клиенту, что жена не собирается его бросать, если его схема кричит об обратном. Эмоцию нужно не оспаривать, а использовать как компас, указывающий на схему и фрустрированную потребность.

Защита (механизм прерывания контакта)

Завершающий компонент модели — защита. Это то, что клиент делает с возникшей эмоцией. Эмоция, особенно ин-

дуцированная схемой, как правило, субъективно невыносима. Она слишком интенсивна, слишком болезненна, слишком угрожает представлению о себе. Поэтому психика мобилизует защитные механизмы, чтобы от этой эмоции избавиться или хотя бы снизить ее интенсивность.

В EGT мы подробно описали механизмы прерывания контакта. В CGT эти механизмы выполняют ту же функцию, но уже как ригидный паттерн, связанный с внутренним конфликтом. Защита — это всегда выбор в пользу временного облегчения ценой отказа от реального контакта с собой, с другим или с ситуацией. Например, клиент с проекцией вместо того, чтобы выдержать свой страх отвержения, начинает обвинять партнера в холодности. Клиент с дефлексией вместо того, чтобы встретиться с чувством собственной никчемности, уходит в работу или в бесконечные разговоры на отвлеченные темы. Клиент с ретрофлексией вместо того, чтобы выразить гнев в адрес того, кто его обесценил, направляет этот гнев на себя в виде самокритики или соматических симптомов.

Защита — это и есть симптом, с которым клиент чаще всего и приходит. Его жалоба — это всегда жалоба на последствия защиты, а не на саму эмоцию и тем более не на схему. «Я прокрастинирую» — это дефлексия. «Я сам себя ненавижу» — это ретрофлексия. «Все вокруг идиоты» — это проекция. Наша задача — не бороться с защитой, а использовать ее как входную дверь ко всей цепочке.

Рассмотрим работу модели SED на конкретном клиническом примере.

Клиент, мужчина 35 лет, жалуется на вспышки неконтролируемой ревности. Основная ситуация, которую он описывает: его жена задерживается на работе и не отвечает на телефонные звонки. В эти моменты он начинает ей многократно звонить, а когда она приходит домой — устраивает скандал с обвинениями в измене, после чего испытывает сильное чувство вины.

Разложим это по модели.

Ситуация (S): Жена задерживается на работе, не берет трубку.

Эмоциональный триггер (T): В процессе расспроса выясняется, что первое, что возникает у клиента в этой ситуации — не мысль об измене, а смутное, но очень интенсивное телесное ощущение в груди, которое он описывает как «меня бросают, я остаюсь один». Это ощущение возникает за доли секунды, до любых рациональных объяснений.

Внутренняя схема (C): Дальнейшая работа (через регрессию и анализ ранних воспоминаний) показывает, что в детстве клиента мать часто оставляла его одного дома, когда уходила к любовникам. Он помнит чувство ужаса и беспомощности. Сформировавшаяся схема: «Быть одному = смертельная опасность. Значимый другой всегда может исчезнуть без предупреждения, и я ничего не могу с этим сделать». Потребность в безопасности здесь сталкивается с

убеждением, что эта безопасность полностью находится во власти другого человека и что другой человек ненадежен.

Эмоция (Е): Активация схемы порождает панический страх потери, который затем трансформируется в ярость. Ярость здесь — вторичная эмоция, она служит защитой от переживания беспомощности и ужаса («я не беспомощная жертва, я атакую»).

Защита (D): Клиент не выдерживает ни страха, ни ярости. Его защитная стратегия — проекция (он приписывает жене намерение его бросить и обвиняет ее в измене) и поведенческий контроль (многократные звонки, скандал). Скандал позволяет ему сбросить напряжение и на время почувствовать, что он контролирует ситуацию. Однако плата за это — реальная близость с женой разрушается, и его страх только усиливается в долгосрочной перспективе.

Данная модель используется нами для концептуализации (описания) внутреннего конфликта конкретного клиента. В отличие от краткосрочной терапии, где модель SED в основном используется единожды для определенной жизненной проблемы, при работе с внутренним конфликтом мы описываем множество ситуаций через данную модель, затем создавая обобщенную концептуализацию и выделяя общий знаменатель в виде того самого конфликта и исходя из нее планируем дальнейшую терапию. Возьмем пример выше и опишем концептуализацию внутреннего конфликта.

Клиент, мужчина 35 лет, жалуется на вспышки неконтро-

лируемой ревности к жене. Однако, анализируя его случай, мы замечаем, что он ревнует не только к жене, но и к своим друзьям, начальнику на работе, и даже к нам. Или он может не просто ревновать, а подозревать нас и других в злых намерениях. В таком случае мы обычно говорим о механизме проекции, т.е. о стремлении неверно интерпретировать поведение других людей и помещать в них свои собственные негативные переживания. Мы также от случая к случаю видим, что за его подозрениями скрывается страх потерять близость с другим. Таким образом мы видоизменяем нашу схему.

Ситуация (S): Другие люди не демонстрирует полного вовлечения в отношения с клиентом.

Эмоциональный триггер (Т): «Меня бросают, я остаюсь один», «Меня могут предать», «Если я доверюсь, они воспользуются мной».

Внутренняя схема (С): Теперь схема также приобретает обобщенное наименование «Покинутость». Человек боится, что его оставят, и, более того, он уже имеет в биографии подобный опыт.

Эмоция (Е): Первичная — страх покинутости, вторичная — гнев и попытки за счет давления получить подтверждение преданности.

Защита (D): Проекция — вытеснение первичных чувств и помещение их причины в других людей, что вызывает соответствующий гнев и нападение.

Таким образом при анализе конфликта наша конкретизированная схема SED приобретает обобщенный вид, который позволяет описать характер человека в целом (а CGT — это работа именно с характером и личностью). Это, однако, не позволяет нам заявлять, что теперь мы просто можем устранить какую-то травму или осознать конфликт, чтобы изменить человека. Дальнейшая работа также как и обычно пойдет через анализ конкретных проблемных ситуаций в жизни клиента и через составление новых схем SED. Однако, теперь мы будем иметь более обобщенные ориентиры. Более того, у нас появляется новая информация о базовой неудовлетворенной потребности (потребности в стабильном контакте), исходя из которой мы также будем планировать новое поведение и наши интервенции, в том числе и те, которые мы производим в контакте, работая с переносом.

ИНДИКАТОРЫ ВНУТРЕННЕГО КОНФЛИКТА

Одной из главных задач создания данного метода стала формализация классических моделей гештальт-терапии, и в том числе, привнесение конкретных поведенческих описаний в гештальт-работу. Именно поэтому здесь мы будем говорить о тех индикаторах, на которые мы опираемся при диагностики внутреннего конфликта. Здесь мы упомянем как классические критерии (перенос, конгруэнтность и т.д.), так и оригинальные находки, которые мы также применяем и в гештальт-терапии, фокусированной на эмоциях. С последних мы и начнем, а, в частности, обсудим карту эмоций. Ниже вы получите общую информацию об этих индикаторах, однако в последнем разделе книги, мы будем их рассматривать уже в разрезе каждого конфликта.

КАРТА ЭМОЦИЙ В РАБОТЕ С КЛИЕНТОМ

Одной из оригинальных находок нашего направления является так называемая карта эмоций, которая позволяет диагностировать, классифицировать и выбрать стратегию работы для текущих переживаний клиента. В нашей карте эмоций выделяются следующие типы переживаний клиента.

1. Неадекватное (проективное) чувство. Это эмоция, источник которой находится не в текущей реальности, а в прошлом опыте. Клиент реагирует на ситуацию «здесь и сейчас» так, как если бы он всё ещё находился в травмирующих отношениях «там и тогда» (например, боится терапевта, как когда-то боялся отца). Ключевое отличие этого типа эмоций — неадекватность по отношению к ситуации. Задача терапевта здесь — это помочь клиенту осознать истинные причины переживаний, а затем привести их к угасанию.

2. Вторично-сдерживающие / диссоциативные чувства. Это чувство по поводу другого чувства, которое активно его подавляет или блокирует. Клиент не может свободно выразить гнев, потому что стыдится своей злости; не может заплакать, потому что злится на свои слезы; не может порадоваться успеху, потому что боится последующей зависти окружающих. Это внутренний «надзиратель», который запрещает первичное переживание. Терапевтическая стра-

тегия — не искать под стыдом еще более глубокий стыд, а обнажить сам конфликт между чувством и сдерживающим-чувством: «Я слышу, что ты злишься. И одновременно ты стыдишься этой злости. Что бы произошло, если бы ты разрешил себе злиться, не стыдясь?» — помогая снять запрет, а не углубляться в регрессию.

3. Дефлективные чувства (эмоция как способ не брать ответственность). Это не уход в другую тему (классическая дефлексия), а погружение в само переживание как в защиту от действия. Клиент не решает проблему, а «залипает» в эмоции (слезы, обида, жалость к себе, отчаяние), получая от этого вторичную выгоду. Слезы здесь — не катарсис, а способ сказать: «Видишь, как мне плохо? Поэтому я ничего не могу поменять». Чувство становится убежищем, оправдывающим бездействие. Терапевтическая стратегия — не поддерживать это переживание сочувствием, а конфронтировать: «Ты сейчас плачешь, чтобы не брать на себя ответственность за решение? Если бы ты перестал плакать прямо сейчас, что бы тебе пришлось сделать?» — переводя фокус с эмоции на действие.

4. Амбивалентные чувства. Состояние выбора, когда клиент одновременно испытывает две противоположные эмоции по отношению к одному и тому же объекту (хочу развестись, но не могу оставить ребенка одного). Терапия строится через мотивационное интервью: терапевт не давит на одну из сторон, а помогает клиенту поочередно исследовать

и проговаривать обе части дилеммы, осознавая цену и выгоду каждого выбора, пока не созреет собственное решение.

5. Манипулятивное чувство. Эмоция, используемая как инструмент для воздействия на других людей с целью получить желаемое, не заявляя о своем намерении прямо. Классические примеры: обида, чтобы вызвать вину; беспомощность, чтобы получить заботу; ярость, чтобы подавить. Такая эмоция всегда адресована зрителю. Стратегия терапевта — не подкреплять её сочувствием и не вступать в игру, а переводить в плоскость прямой коммуникации: «Ты сейчас обижаешься, чтобы я что-то сделал? Скажи прямо, чего ты хочешь», тем самым лишая манипуляцию смысла.

6. Застойное чувство (незавершенный гештальт). Эмоция, которая застряла во времени и не получила своего завершения. Это непрожитое горе, невысказанная злоба, непрощённая обида, которые продолжают влиять на текущую жизнь клиента несмотря на то, что событие давно прошло. Застойное чувство не угасает само собой, а требует намеренного проживания. Терапевтическая стратегия — создание безопасных условий для катарсиса: завершение диалога с ушедшим человеком (техника пустого стула), выражение подавленной агрессии, прощание с несбывшимися надеждами.

7. Аффективная реакция (неконтролируемый выброс). Это не сама эмоция, а её поведенческая разрядка, которую клиент не способен сдержать: паническая атака, ис-

терика, удар кулаком по столу, побег из ситуации. В отличие от проживания, здесь нет осознанности — есть захваченность. Первая задача терапевта — не углублять и не выражать, а тормозить: заземлять, возвращать дыхание, контейнировать. Только после того, как аффект спадет, можно исследовать, какое именно чувство (страх, ярость, стыд) оказалось для клиента настолько непереносимым, что психика выбрала взрыв вместо переживания.

8. Недифференцированные чувства (тревога, пустота). Клиент не может назвать конкретную эмоцию, заменяя её абстрактными ярлыками: «просто тревожно», «пустота внутри», «какая-то муть», «дурное предчувствие». Это говорит либо о низкой эмоциональной грамотности (алекситимии), либо о том, что первичное чувство слишком травматично для осознания. Работа начинается не с выражения, а с дифференциации: «А где в теле эта пустота? У неё есть форма, цвет, температура? Если бы у этой тревоги было имя, как бы её звали?» — помогая клиенту спуститься от абстракции к конкретному телесному и эмоциональному опыту.

9. Ретроспективно-оценочное чувство. Это эмоция, которая возникает *после* совершённого действия, как его вторичная оценка. Например: стыд после вспышки гнева, вина после отказа, гордость после поступка, сожаление о сказанном. Здесь проблема не в первичном поведении, а в том, как клиент оценивает себя задним числом. Такие чувства

могут быть как адаптивными (помогают скорректировать будущее поведение), так и дезадаптивными (бесконечное самобичевание). Терапевт помогает отделить факт действия от его посмертной оценки, исследуя: «Тогда ты поступил так, как мог. А сейчас, оглядываясь назад, ты к себе — с пониманием или с приговором?».

Данные эмоции находятся на разных этапах цикла контакта, соответствуют различным прерываниям контакта и в целом составляют равноценную часть системы диагностики клиента, которого мы можем рассматривать в разрезе разных критериев (эмоции, перенос, конгруэнтность, уровень возбуждения и т.д.).

ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ ЧУВСТВА В CGT

В гештальт-терапии, фокусированной на эмоциях (EGT), различие первичных и вторичных эмоций является одним из ключевых диагностических инструментов. Оно позволяет терапевту не попасть в ловушку работы с тем, что клиент предъявляет на поверхности, а добраться до истинного источника его страдания. Это различие заимствовано из эмоционально-фокусированной терапии (ЭФТ) Лесли Гринберга, но полностью интегрировано в гештальт-парадигму контакта и прерываний. При этом деление на первичные и вторичные чувства не противоречит карте эмоций, рассмотренной выше, а дополняет ее. Так в различных чувствах из карты эмоций мы можем обнаружить и эти типы чувств. Например, если у человека есть сдерживающее чувство «Гнев на собственные слезы», этот самый гнев является вторичным — защитным чувством, а вот первичным наверняка будет «Страх оказаться слабым».

Первичные эмоции — это первичный, неискаженный, эмоциональный ответ на ситуацию «здесь и сейчас» или на актуальную потребность организма.

Они возникают автоматически как часть врожденной системы оценки значимости событий для выживания и благополучия человека. Первичная эмоция всегда несет в себе ин-

формацию о потребности: страх сигнализирует об угрозе и побуждает к бегству или защите; печаль — о потере и побуждает к поиску поддержки или перестройке привязанности; гнев — о нарушении границ и побуждает к их восстановлению; радость — об удовлетворении потребности и побуждает к закреплению успешного поведения. Хотя, в ЭФТ предполагается, что первичные эмоции — это адаптивный ответ организма на ситуацию, мы так не считаем, так как первичные эмоции, также как и вторичные вполне могут быть напрямую не связаны с ситуацией, а быть отражением травматического опыта. Например, замечание женщины по поводу криво прибитой полки вполне может вызвать у мужа вторичные эмоции — гнев — который скрывает первичные эмоции — страх, что ты не нужен и тебя не ценят, однако, такой страх скорее будет являться результатом обесценивания в прошлом, нежели замечанием жены, которая не хотела обесценивать мужа, а лишь желала, чтобы он нормально перевесил полку.

Ключевые характеристики первичной эмоции:

— **Скрытость.** Первичные эмоции, как правило, скрыты за защитами и вторичными эмоциями, поскольку человек не желает их испытывать, и они доставляют ему боль.

— **Адаптивность.** В отличие от ЭФТ, которая делает упор на то, что первичные эмоции в большей мере соответствуют ситуации, мы воспринимаем адаптивность, скорее как соответствие первичным потребностям человека. Дей-

ствительно, если мужчина просто наорет на свою жену, он скорее всего не добьётся того результата, которого мог бы добиться прямо, сказав: «Когда ты напоминаешь мне о моих недостатках, мне становится очень больно».

— **Неконтролируемость возникновения.** Она появляется до того, как мы успеваем её обдумать и не является следствием наших размышлений и мыслей.

— **Полярность.** Часто первичные эмоции отражают то, что в гештальт-терапии зовется полярностями, т.е. они могут воплощать в себе противоположность от того, что человек проявляется во вне. Например, за внешним гневом (вторичной эмоцией) может скрываться страх (первичная эмоция), за внешней заботой — внутренний гнев, за яркими проявлениями — стыд и т. д.

Проблема возникает не из-за самой первичной эмоции, а из-за того, что клиент не может её распознать, выразить или действовать на её основе — чаще всего из-за внутренних запретов, травматического опыта или вторичных эмоциональных наслоений.

Чаще всего первичные эмоции проявляются в виде различного рода страхов: страх подавления, страх не справиться, страх неприятия, страх отчуждения, страх ненужности, страх будущего разочарования. Также часто в качестве первичной эмоции выступает одиночество. Например, мужчина узнает об измене партнерши. Первично он чувствует боль и печаль (потеря близости, разрушение доверия). Это адап-

тивная реакция на потерю важных отношений. Однако, во вне он проявляет гнев, что не помогает ему восстановить отношения.

Вторичные эмоции — это эмоциональная защитная реакция на первичную эмоцию или реакция на ситуацию, искаженная прошлым опытом, убеждениями, интроектами и защитными механизмами.

Вторичная эмоция не адаптивна — она маскирует, подавляет, замещает или искажает первичный сигнал. Именно с вторичными эмоциями клиент чаще всего приходит в терапию: «Я так зол на нее!», «Меня охватывает паника», «Я чувствую обиду и ничего не могу с собой поделать». За этими предъявляемыми эмоциями почти всегда скрывается что-то другое, более уязвимое и истинное.

Ключевые характеристики вторичной эмоции:

— **Дезадаптивность.** Она не помогает решить ситуацию, а часто усугубляет её. Выражение вторичной эмоции не направлено на решение проблемы, оно направлено на бегство от собственных первичных чувств.

— **Несоответствие стимулу.** Эмоция чрезмерно интенсивна, неадекватна по качеству или возникает «не вовремя».

— **Защитная функция.** Вторичная эмоция защищает от переживания более болезненной первичной эмоции (часто — страха, стыда, печали, уязвимости).

— **Ригидность.** Клиент проживает одну и ту же вторичную эмоцию в схожих ситуациях снова и снова, без измене-

ния исхода.

Классические примеры вторичных эмоций.

Ярость вместо страха. Мужчина, который боится близости, вместо того чтобы признать свой страх, взрывается гневом на партнершу за «приставания». Ярость позволяет ему чувствовать себя сильным, а не уязвимым.

Паника вместо печали. Женщина, потерявшая близкого, вместо того чтобы погрузиться в проживание горя и печали, впадает в панические атаки. Паника — это активное состояние, которое отвлекает от пассивной и более болезненной печали.

Обида вместо прямого требования. Клиентка обижается на мужа за то, что он мало времени проводит с ней, вместо того чтобы прямо попросить: «Мне нужно твое внимание, я боюсь оставаться одна». Обида позволяет не брать ответственность за свою потребность.

Вина вместо гнева. Человек, на которого несправедливо накричали, вместо того чтобы разозлиться в ответ, чувствует вину. Вина — более привычная и «безопасная» эмоция в его семейной истории.

Для каждого внутреннего конфликта и для каждого прерывания из гештальт-терапии характерны различные типы первичных и вторичных эмоций.

ИНДИКАТОРЫ КОНТАКТА

В диагностике конфликта свою роль играют и индикаторы контакта, то есть то, что мы замечаем во взаимодействии с клиентом здесь и сейчас. Такие индикаторы, конечно, имеют большее значение в гештальт-терапии, фокусированной на защитах (DGT), однако они стабильно вплетаются и в CGT.

Конгруэнтность как индикатор конфликта

Конгруэнтность — это степень соответствия между различными каналами выражения человека во времени и пространстве. Когда клиент конгруэнтен, его слова совпадают с интонацией, поза — с содержанием речи, мимика — с сообщаемыми чувствами. Конгруэнтность — это признак того, что в данный момент психика клиента целостна, что никакой внутренний конфликт не требует вытеснения или искажения.

Неконгруэнтность возникает именно там, где два противоречащих элемента психики сталкиваются, и один из них вытесняется, но прорывается в невербальных каналах или в разрыве поведения во времени. Клиент говорит: «Я спокоен», но его ноги трясутся под столом. Он утверждает «Я люблю маму», но его кулаки сжимаются. Он заявляет: «Меня это не волнует», но его голос срывается на шепот. В каждом таком рассогласовании — след конфликта.

В CGT мы различаем три типа неконгруэнтности, каждый из которых указывает на разный тип конфликта.

— **Вербально-невербальная неконгруэнтность** — это рассогласование между тем, что клиент говорит словами, и тем, что транслирует его тело, мимика, жесты, поза, голос. Если клиент рассказывает о травме с улыбкой — значит, есть конфликт между знанием «мне было больно» и запретом на проявление этой боли. Если клиент жалуется на одиночество, но сидит, скрестив руки на груди и отодвинувшись от терапевта, — значит, есть конфликт между потребностью в контакте и страхом близости.

— **Интравербальная неконгруэнтность** — это рассогласование внутри самой речи. Клиент говорит противоречащие друг другу вещи в рамках одного высказывания или соседних фраз. «Я хочу от него уйти, но я не могу без него жить». «Я очень зла, но я не злюсь, я просто расстроена». «Мой брак идеален, просто мы не разговариваем уже два года». Такие противоречия — прямое указание на два конфликтующих элемента, которые клиент не может удержать одновременно.

— **Последовательная неконгруэнтность** — это рассогласование в поведении клиента с течением времени. «На прошлой неделе ты говорил, что любишь свою жену. А сейчас говоришь, что не чувствуешь к ней ничего. Что произошло между этими двумя утверждениями?». Наша цель не в том, чтобы поймать клиента на противоречии, а в том, что-

бы понять, какая часть конфликта активировалась сейчас, а какая — тогда.

Перенос и контрперенос как индикаторы конфликта

Перенос в понимании CGT — это не «перенос детских чувств на терапевта» в классическом психоаналитическом смысле. Это актуальное, происходящее здесь и сейчас проявление внутреннего конфликта клиента в отношениях с терапевтом. Клиент неизбежно воспроизводит в кабинете те же паттерны, которые он воспроизводит в своей жизни. И если мы внимательны, мы можем увидеть в его реакциях на нас структуру его внутреннего конфликта.

Контрперенос — это наша собственная реакция на перенос клиента. Это не «недостаток профессионализма» и не «личная проблема терапевта», которую нужно срочно убирать. Это мощнейший диагностический инструмент, если мы умеем им пользоваться. Контрперенос говорит нам о том, какую роль клиент бессознательно навязывает нам в воспроизведении его конфликта. Если терапевт чувствует скуку — возможно, клиент вытесняет свой гнев и проецирует апатию. Если терапевт чувствует желание спасти — возможно, клиент проецирует свою беспомощность. Если терапевт чувствует раздражение — возможно, клиент проецирует свою невыносимую агрессию. Если терапевт чувствует себя невидимым — возможно, клиент вытеснил свою потребность в

контакте и теперь не видит никого вокруг.

Границы как индикатор конфликта

Границы в CGT — это не абстрактное понятие из популярной психологии. Это конкретный феномен контакта, который проявляется в том, как клиент регулирует дистанцию между собой и другим (в том числе терапевтом), между собой и своими собственными чувствами, между разными частями своей личности.

Внутренний конфликт всегда проявляется в нарушениях границ. Конфликт между потребностью в близости и страхом поглощения — это конфликт границ: хочу открыться, но боюсь исчезнуть. Конфликт между желанием автономии и страхом одиночества — это тоже конфликт границ: хочу отделиться, но боюсь потерять связь. Умение диагностировать характер нарушения границ дает нам ключ к структуре конфликта.

В CGT мы различаем три типа нарушений границ, каждый из которых указывает на разный полюс конфликта.

Слияние (отсутствие границ). Клиент не может отличить свои чувства от чувств других людей. «Моя мама очень страдает, мне нужно ей помочь» — вместо «Я чувствую вину, когда вижу мамино страдание». Клиент не может сказать «нет», потому что отказ другому переживается как уничтожение себя. Слияние — это результат конфликта, в котором потребность в контакте была настолько травматично фруст-

рирована, что единственным способом выжить стало полное подчинение другому. Задача терапии — не разрушать слияние агрессией, а постепенно, бережно создавать пространство, где «я» и «ты» могут существовать раздельно.

Непроницаемость. Клиент не пускает терапевта внутрь, не делится чувствами, отвечает общими фразами, избегает личных тем. За этим стоит конфликт, в котором потребность в контакте была настолько болезненно наказана, что единственным безопасным состоянием стала изоляция. Ригидные границы — это не «сопротивление», которое нужно ломать. Это адаптация, которая когда-то спасла жизнь. Задача терапии — не атаковать эти границы, а уважать их, постепенно показывая, что контакт возможен без уничтожения.

Диффузные границы (нестабильность). Клиент то открывается чрезмерно, рассказывая интимные подробности незнакомому человеку, то резко закрывается, заявляя, что «ничего не чувствует». Эти качели характерны для пограничной структуры конфликта. За ними стоит невозможность удерживать стабильную границу: потребность в контакте так велика, что граница исчезает, а страх поглощения так силен, что граница становится бетонной стеной. Задача терапии — стать устойчивым контейнером, который выдержит и то и другое, не разрушаясь и не мстя.

Границы также можно оценивать в контексте ригидности — гибкости, то есть насколько человек вообще способен выстраивать разные правила взаимодействия с разными

людьми, и насколько подобные изменения адекватны контексту.

Фигура и фон как индикаторы конфликта

Фигура и фон — это фундаментальная категория гештальт-терапии, но в CGT мы используем ее как диагностический инструмент. Фигура — это то, на чем в данный момент сфокусировано внимание клиента. Фон — это все остальное, что остается за рамками осознания. Внутренний конфликт всегда проявляется в том, что один из его полюсов становится фигурой, а другой — остается в фоне, вытесненный, неосознаваемый.

Клиент с зависимым расстройством говорит только о других: «Она сказала, он сделал, они решили». Фигура — внешний мир. Фон — собственные желания. Конфликт между потребностью в автономии и страхом одиночества проявляется в том, что собственные желания не могут выйти в фигуру. Клиент с нарциссическим расстройством говорит только о себе: «Я достиг, я победил, я лучший». Фигура — грандиозное «Я». Фон — стыд, уязвимость, потребность в признании, которая так и не была удовлетворена. Конфликт проявляется в том, что один полюс (уязвимость) не может выйти в фигуру.

В CGT мы задаем три диагностических вопроса, чтобы понять, как конфликт организует фигуру и фон:

— **Что в фигуре клиента?** Что он обсуждает больше

всего? На что жалуется? Чем гордится? О чем может говорить часами? Фигура — это не то, что клиент хочет обсуждать. Фигура — это то, что он вынужден обсуждать, потому что альтернатива (то, что в фоне) слишком болезненна.

— **Что остается в фоне?** О чем клиент не говорит? Какие темы он избегает? Какие вопросы переводятся в другую плоскость? Какие чувства он называет «слабостью» или «ерундой»? Фон — это не просто «неважное». Фон — это вытесненный полюс конфликта, который требует колоссальной энергии для удержания за пределами сознания.

— **Как фигура и фон меняются в процессе терапии?** Когда мы приближаемся к конфликту, фигура и фон начинают колебаться. Клиент может резко сменить тему, замолчать, начать говорить о другом. Эти «сдвиги» — прямое указание на то, что мы коснулись болезненного. Наша задача — не игнорировать эти сдвиги, а исследовать их: «Только что мы говорили о твоей работе, и вдруг ты начал рассказывать о маме. Что произошло между этими двумя темами?».

Направление энергии как индикатор конфликта

Направление энергии — это, пожалуй, самый тонкий, но и самый информативный индикатор внутреннего конфликта. Энергия в CGT понимается не метафорически, а вполне конкретно — как наблюдаемое возбуждение, напряжение, импульс к действию, которые проявляются в теле клиента, в его речи, в его отношении к терапевту.

Внутренний конфликт — это всегда борьба за энергию. Энергия, которая должна была пойти на удовлетворение потребности, перехватывается защитой и уходит на подавление вытесненного содержания. Чем больше конфликт, тем больше энергии уходит на его поддержание. И тем меньше энергии остается на спонтанную жизнь, творческое приспособление, радость.

В CGT мы различаем три типа направления энергии, каждый из которых указывает на разную структуру конфликта.

— **Энергия вовне.** Клиент активен, экспрессивен, много говорит, жестикулирует, перебивает. Но его энергия направлена на других: на то, чтобы их изменить, проконтролировать, впечатлить, наказать. Это часто встречается при проективных защитах. Клиент не чувствует своей собственной агрессии — он видит агрессию в других. Не чувствует своей зависти — он обвиняет других в зависти к нему. Энергия уходит вовне, потому что встреча с собственным содержанием (тем, что проецируется) была бы слишком болезненна.

— **Энергия внутрь.** Клиент зажат, сдержан, его тело сковано, речь монотонна. Он много держит в себе: не высказывает претензий, не плачет, не злится. Его энергия направлена на сдерживание — на то, чтобы импульс не вышел наружу. За этим часто стоит конфликт между спонтанным желанием и запретом на его выражение. Клиент тратит колоссальные ресурсы на то, чтобы не делать то, что он хочет делать. Результат — хроническое напряжение, психосоматика, депрес-

сия, отсутствие жизненной силы.

— **Энергия в рассеивание.** Клиент активен, но его активность не достигает цели. Он говорит много, но не по делу. Он переключается с темы на тему. Он шутит, когда нужно плакать. Он уходит в фантазии, когда нужно принимать решение. Его энергия рассеивается, не доходя ни до другого, ни до самого себя. За этим стоит конфликт, в котором любое прямое попадание в цель (в контакт, в чувство, в решение) слишком опасно. Единственный способ выжить — быть везде и нигде одновременно.

В CGT мы используем несколько способов диагностики направления энергии.

— **Наблюдение за телом.** Куда направлен взгляд клиента? На терапевта, в пол, в окно? Какова его поза: открытая или закрытая? Есть ли напряжение в челюсти, плечах, руках, ногах? Каков характер движений: резкие и порывистые или плавные и заторможенные?

— **Наблюдение за речью.** Говорит ли клиент о себе или о других? Его высказывания завершены или обрываются на полуслове? Есть ли в речи много «но», «однако», «с другой стороны» — маркеров, указывающих на разрыв между импульсом и его выражением?

— **Наблюдение за контактом.** Как клиент входит в контакт с терапевтом и выходит из него? Ищет ли он встречи глазами или избегает ее? Способен ли он выдерживать паузу или заполняет каждую секунду словами? Как он реагирует

на наши интервенции — принимает, отбивает, игнорирует?

МЕХАНИЗМЫ ПРЕРЫВАНИЯ КОНТАКТА: ДИФФУЗИЯ

Одним из наиболее важных индикаторов для диагностики конфликта, а также непосредственной работы с ним являются механизмы прерывания контакта или механизмы защиты, которые использует клиент, чтобы избежать переживания стресса, вызванного конфликтом. Если идея конфликта является более интерпретативной, то есть терапевт, по сути, предполагает и интерпретирует его наличие, обобщая совокупность жизненных ситуаций клиента и взаимодействий с ним, то механизм прерываний контакта — это именно то, что мы можем наблюдать наглядно в виде поведенческих проявлений клиента здесь и сейчас. При этом в CGT, мы пользуемся не классической классификацией из гештальт-терапии, а видоизменённой, так как именно классификация, которую вы увидите ниже кажется нам более наглядно и объективной с поведенческой точки зрения. Рассмотрим ее подробно.

ДИФФУЗИЯ

Диффузия — это механизм прерывания контакта, при котором фигура не формируется. Клиент не может выделить из фона то, что для него значимо, потому что само это выделение было бы слишком болезненным. Проще говоря, при диффузии клиент не видит проблемы, не знает, что чувствует, не может назвать, чего хочет. Не потому, что он скрывает или сопротивляется, а потому что его психика работает таким образом, что значимый стимул просто не попадает в фокус внимания. Вместо конкретной фигуры — размытое поле. Вместо эмоции — соматическое ощущение или пустота. Вместо желания — «не знаю».

В терминах модели SED диффузия расположена на самом раннем этапе переработки опыта. Если при других защитах клиент что-то чувствует, но не дает этому выход (ретрофлексия), или что-то чувствует, но переключается на другое (дефлексия), или что-то чувствует, но приписывает это другому (проекция), то при диффузии клиент вообще не доходит до стадии сформированного чувства. Его опыт выглядит как смутное напряжение в теле, как ощущение, что «что-то не так», или как полное отсутствие каких-либо переживаний по поводу событий, которые объективно должны были бы его затронуть.

Логика диффузии может быть сформулирована в одной

фразе: ситуация слишком страшная, поэтому я просто не буду её видеть. Это не сознательное решение. Клиент не говорит себе: «Лучше я сделаю вид, что проблемы нет». Это автоматический, довербальный, подкорковый процесс, который происходит в миндалевидном теле, гиппокампе и префронтальной коре. Когда стимул слишком интенсивен для психики, включается торможение. Стимул не доходит до сознания в переработанном виде. Он остается где-то на периферии, в виде смутного телесного ощущения или вовсе не оставляет следа.

В терминах конфликтологии, представленной в классификации CGT, диффузия наиболее характерна для конфликтов «Невидимость», «Потеря» (в форме отрицания утраты), «Небезопасность» (когда клиент отрицает саму угрозу, чтобы не сталкиваться со страхом), а также для тяжелых форм «Дефектности» и «Покинутости», когда признание себя дефектным или покинутым означало бы крах всей самооценки.

Однако важно понимать, что диффузия — это не просто отсутствие фигуры. Это активное, энергозатратное поддержание этого отсутствия. Чтобы не заметить проблему, психика тратит ресурсы на постоянное торможение. Именно поэтому клиенты с диффузией часто жалуются на хроническую усталость, соматические симптомы, «туман в голове». Их психика постоянно работает в режиме подавления, и эта работа отнимает энергию, которая не идет на реальную адап-

тацию к среде.

Диагностика диффузии в значительной степени опирается на то, чего *нет* в контакте с клиентом, а также на то, как клиент отвечает на попытки терапевта конкретизировать его опыт. Ниже приведены основные индикаторы, сгруппированные по модальностям.

Речевые маркеры. Клиент систематически использует ответы «не знаю», «ничего», «не понимаю», «всё нормально», «ничего особенного», «не помню». Характерно также обилие абстрактных и обобщенных формулировок. Вместо «я обиделся, когда она сказала это» — «меня это как-то задело». Вместо «я боюсь потерять работу» — «ну, работа — это всегда стресс». Клиент говорит общими фразами, как будто описывает не свой опыт, а опыт любого человека в подобной ситуации. Отсутствуют конкретные детали: он не может сказать, что именно его задело, какое слово, какая интонация, какой жест. Но главный критерий — это все же противоречия в повествовании клиента и игнорирование определенных тем в речи. Именно по ним мы понимаем, что эмоционально-значимая тема упущена из виду. Например, фраза «У нас в семье все хорошо, хотя он постоянно задерживается на работе до утра» вполне может говорить о вытеснении болезненного факта измены. Однако, пока терапевт сам не обратит на это внимание, клиент может продолжать предлагать абстрактные запросы вместо реальной проблемы.

Конгруэнтность. Клиент также проявляет эмоциональ-

ную уплощенность или полное отсутствие эмоций при обсуждении тем, которые объективно должны были бы вызывать реакцию. Он рассказывает о смерти близкого с таким же выражением лица, как о покупке продуктов. При этом он не выглядит диссоциированным (как при эготизме, где есть отстраненный наблюдатель) — он просто не заряжен аффектом.

Может наблюдаться смещение аффекта с вербального содержания на соматику. Клиент не говорит «мне грустно», но жалуется на тяжесть в груди, ком в горле, головную боль. Эмоция есть, но она не достигает уровня сознания в виде названного чувства, оставаясь на уровне телесного ощущения. Терапевту важно уметь различать это: когда клиент говорит «у меня болит голова» и при этом только что рассказывал о конфликте с женой, это с большой вероятностью диффузия, а не органическое заболевание.

Поведенческие индикаторы. Клиент проявляет пассивность в структурировании контента сессии. Он не приходит с конкретным запросом, не может сформулировать, чего хочет от терапии, не предлагает тем для обсуждения. Он как будто ждет, что терапевт сам найдет проблему, сам ее сформулирует, сам предложит решение.

При попытках терапевта конкретизировать опыт клиент либо дает односложные ответы, либо уходит в еще большую абстракцию. Например, на вопрос «что ты чувствуешь?» клиент может ответить «ничего», на вопрос «а что в теле?»

— «не знаю», на вопрос «может быть, напряжение?» — «да, наверное». Важно, что клиент легко соглашается с любыми предположениями терапевта, не потому что они точны, а потому что для него не имеет значения — его опыт настолько размыт, что любая формулировка кажется одинаково возможной и одинаково далекой.

Индикаторы в теле. Как уже было сказано, клиент может предъявлять соматические жалобы как замещение недифференцированного аффекта. Кроме того, часто наблюдается общая мышечная вялость, отсутствие тонуса, «плохая осанка» — как будто тело тоже не формирует четкой фигуры, а расплывается. Мимика бедна, жестикуляция скудная или отсутствует.

Характерно также отсутствие конгруэнтности между вербальным и невербальным сообщением, но не в форме противоречия (как при ретрофлексии, где тело напряжено, а голос спокоен), а в форме простого отсутствия невербального сообщения. Клиент говорит о важных вещах, и при этом его тело не реагирует — нет ни напряжения, ни расслабления, ни слез, ни улыбки. Тело как бы не участвует в разговоре.

Перенос и контрперенос. Терапевт, работая с клиентом с диффузией, часто испытывает специфические чувства, которые сами по себе являются диагностическим признаком. Самое частое из них — **скука**. Терапевту становится скучно слушать клиента, потому что в его речи нет фигуры, нет напряжения, нет того, за что можно было бы зацепиться.

Речь течет ровно, без эмоциональных пиков, без неожиданных поворотов. Терапевт ловит себя на том, что его мысли улетают, что он смотрит на часы.

Другое характерное чувство — **беспомощность**. Терапевт не знает, куда двигаться. Он задает вопросы — клиент отвечает «не знаю». Он предлагает техники — клиент пассивно соглашается, но ничего не происходит. Он интерпретирует — клиент говорит «может быть» и забывает об этом через минуту. Терапевту кажется, что он пытается ухватить руками воду или туман.

Третье чувство — **усталость**. После сессии с таким клиентом терапевт чувствует себя истощенным, как будто вся энергия ушла в никуда. Это происходит потому, что терапевт вынужден выполнять функцию, которую обычно выполняет клиент — формировать фигуру, удерживать фокус, задавать направление. Клиент не дает энергии, и терапевт вкладывает свою.

ИНТРОЕКЦИЯ

Интроекция в том понимании, которое мы используем в CGT, — это не просто склонность следовать чужим правилам или некритически усваивать внешнюю информацию. Это более фундаментальное явление, касающееся самой структуры личности. Речь идет о ситуации, когда у человека в принципе нет устойчивой самоидентификации. Его «Я» не имеет собственной внутренней опоры. Оно существует только в контакте с другим, только через отражение в чужом взгляде, только через оценку, внимание, реакцию.

Такой человек не знает, кто он, чего хочет, что чувствует, когда остается один. Внутри него — пустота или смутное напряжение, но не оформленное чувство, не четкое желание, не устойчивое мнение. Его идентичность собирается каждый раз заново из того, что он видит в глазах других людей. Он хороший, потому что его похвалили. Он ценный, потому что на него обратили внимание. Он существует, потому что кто-то его заметил. Без другого он перестает ощущать себя реальным. В его внутреннем мире нет «заводской» самости, которая позволяла бы ему опираться на собственные ощущения. Он вынужден каждый раз «заимствовать» себя у другого.

В терминах цикла контакта интроекция локализуется на этапе преконтакта — на уровне зарождения потребности и

мотивации. Человек с интроекцией не может ответить на вопрос «чего я хочу?», потому что для этого нужно иметь контакт с собой, а его нет. Вместо этого он ищет ответ в окружающей среде: «чего от меня хотят?», «что правильно?», «что скажут другие?». Его энергия направлена не внутрь себя, а наружу — на сканирование другого, на поиск того, что можно «проглотить» и присвоить себе в качестве идентичности.

Важно различать интроекцию как процесс и интроект как продукт. Интроект — это конкретное убеждение, правило или оценка, которые человек когда-то принял без критической проверки («надо быть сильным», «нельзя плакать»). Интроекты (убеждения) не являются отдельным прерыванием и вполне могут быть задействованы в любых прерываниях контакта. Например, убеждение «Мужчины не плачут» вполне может послужить основой для ретрофлексии, когда человек сдерживает свою слезы. Интроекция как процесс — это сам способ существования, при котором человек постоянно ищет вовне материал для сборки своей идентичности. При интроекции как процессе человек не просто имеет отдельные интроецированные убеждения — он вообще не умеет иначе. Его личность состоит из заимствованных фрагментов, не скрепленных внутренним стержнем. При истероидной структуре, которая наиболее тесно связана с этим механизмом, интроекция становится главным способом контакта с миром.

В отличие от диффузии, где фигура не формируется, при

интроекции фигура формируется, но она приходит извне. Клиент не видит свою потребность — он видит то, что, как ему кажется, другие от него хотят. Он не чувствует свое желание — он ощущает долженствование. Он не знает, что для него хорошо — он знает, что «правильно».

Логика интроекции как процесса может быть сформулирована следующим образом: «у меня нет своего внутреннего стержня, своей идентичности, своих критериев. Поэтому я буду искать их вовне — в реакции другого человека. Если он меня замечает, оценивает, одобряет — я существую. Если нет — я пустота, меня нет. Я боюсь брать ответственность за решение — поэтому я найду это решение в другом».

В терминах модели SED интроекция располагается на самом раннем этапе — после ситуации, но до формирования собственной эмоции. Ситуация активизирует потребность, но вместо того, чтобы обратиться к своим ощущениям, клиент сразу же обращается к внешнему «архиву»: что говорят другие? что правильно? что от меня хотят? Он не знает, что он чувствует, потому что чувства у него не формируются сами собой — они формируются через отражение другого. Его эмоциональный отклик — это не прямое переживание, а реакция на реакцию другого.

В терминах классификации конфликтов CGT интроекция наиболее характерна для конфликта «**Ответственность**» (я не автор своей жизни, жизнь по чужим правилам), где человек перекладывает решения на других; конфликта «**Де-**

фектность» (я слабый и неспособный на решение, поэтому пусть его примет другой); **«Покинутость»** (я не допущу, чтобы меня покинули, поэтому я сделаю все, чтобы они меня ценили).

Диагностика интроекции требует внимания к широкому спектру поведенческих, речевых, телесных и коммуникативных проявлений.

Речевые индикаторы. Речь клиента с интроекцией постоянно обращена к терапевту. После каждой фразы — взгляд, вопрос, пауза в ожидании реакции. Типичные речевые обороты: «Вы так не думаете?», «Правильно ли я понимаю?», «Что вы на это скажете?», «Как вам кажется?». Даже когда клиент говорит о себе, он говорит как бы от третьего лица, сверяясь с тем, как его слова воспринимаются. Характерно отсутствие уверенных утверждений — вместо «я злюсь» будет «мне кажется, я злюсь», «наверное, я чувствую обиду», «я так думаю, но не уверен». Любое высказывание о себе требует подтверждения извне.

В речи преобладают слова долженствования, но в отличие от ретрофлексии, где эти слова направлены на себя («я должен, я обязан»), здесь они чаще отражают ориентацию на внешние нормы: «надо», «правильно», «так принято», «так не делают», «люди так не поступают». При этом клиент не может объяснить, почему именно так надо — он просто ссылается на «всех» или на абстрактную норму.

Клиент часто пересказывает чужие мнения как свои соб-

ственные, но при этом не присваивает их. Он может сказать «астролог сказал», «мама считает», «в интернете пишут», «психолог говорит», и при этом говорить от первого лица, как будто это его позиция. При попытке терапевта отделить чужое мнение от своего («а что ты сам думаешь?») клиент теряется, отвечает «не знаю» или повторяет то же самое чужими словами. Собственной позиции у него нет — есть набор заимствованных фрагментов, которые не склеены в единое целое.

Характерны также вопросы, направленные на получение оценки: «Я правильно говорю?», «Это нормально?», «А вы бы так сделали?». Клиенту важно не просто поделиться — ему важно получить подтверждение, что он делает все правильно, что его приняли, что его не отвергнут.

Поведенческие индикаторы. Клиент с интроекцией постоянно «сканирует» терапевта. Он замечает малейшие изменения в выражении лица, в позе, в интонации. Его взгляд часто направлен на лицо терапевта, он как бы считывает реакцию. При этом он может не осознавать, что делает это.

Клиент легко меняет поведение в зависимости от реакции терапевта. Если терапевт проявляет одобрение, клиент становится более оживленным, говорит больше. Если терапевт молчит или выглядит нейтральным, клиент начинает тревожиться, может менять тему, пытаться «разбудить» реакцию. При паузе в разговоре возникает двигательное беспокойство

— ерзание, смена позы, поиск контакта глазами. Клиент не может выдержать ситуацию, когда его не видят и не оценивают.

Клиент часто проявляет конформное поведение. Он соглашается с терапевтом, даже если внутри не согласен. Он подстраивается под предполагаемые ожидания. Он стремится быть «хорошим клиентом» — делать то, что, как ему кажется, от него ждут. При этом он может искренне не замечать собственного несогласия — оно вытесняется, потому что быть несогласным означает риск отвержения.

В социальных ситуациях такой клиент — хамелеон. Он меняет свое поведение, манеру говорить, даже мнения в зависимости от того, с кем находится. Он сам может не замечать этих изменений, потому что у него нет устойчивого «я», которое нужно было бы сохранять. На вопрос «кто ты на самом деле?» он искренне затрудняется ответить.

Характерна также неспособность принимать решения. Клиент может долго взвешивать варианты, но не потому, что боится ошибиться (как при конфликте «Выбор»), а потому что у него нет внутреннего критерия, на который можно опереться. Он ищет внешний критерий — что скажут другие, что правильное, что принято. Даже маленькое решение (что заказать в кафе, какую тему выбрать для обсуждения) может вызывать трудность.

Телесные индикаторы. Тело клиента с интроекцией постоянно обращено к терапевту. Корпус часто наклонен

вперед, как будто клиент тянется к другому человеку. Плечи могут быть приподняты или направлены вперед. Взгляд — напряженный, всматривающийся, считавающий. Клиент может подолгу смотреть в глаза терапевту, ожидая реакции, или, наоборот, «сканировать» лицо, перебегая взглядом с глаза на глаза, на рот, на позу.

Характерно, что при этом сам клиент может не осознавать своего тела. На вопрос «что ты сейчас чувствуешь в теле?» он часто отвечает «не знаю» или дает общий ответ («напряжение»). Его внимание направлено на терапевта, а не на себя. Он может не замечать, напряжены у него плечи или нет, сжата челюсть или расслаблена. Тело существует для него не как источник информации о себе, а как инструмент для воздействия на другого.

Мимика клиента часто бывает яркой, даже театральной — это способ привлечь внимание и транслировать реакцию, которую ждут от него. Однако эта мимика может быстро меняться, не имея устойчивой связи с внутренним состоянием, потому что внутреннего состояния как такового нет — есть реакция на реакцию другого.

Индикаторы в переносе. Перенос при интроекции строится вокруг поиска «идеального объекта», который даст клиенту недостающую идентичность. Терапевт воспринимается как тот, кто знает, кто может оценить, кто может дать клиенту чувство реальности. Клиент может идеализировать терапевта, приписывать ему всемогущество, всеведе-

ние, непогрешимость. «Вы меня точно поймете», «только вы можете мне помочь», «вы лучший специалист».

Клиент нуждается в постоянном внимании терапевта. Ему важно, чтобы терапевт смотрел на него, реагировал, задавал вопросы, выражал эмоции. Молчание, нейтральность, отведение взгляда воспринимаются как отвержение. Клиент может требовать внеплановых контактов, писать сообщения между сессиями, просить уделить ему больше времени. Ему трудно выдерживать границы — не потому, что он хочет их нарушить, а потому что без контакта с терапевтом он перестает ощущать себя.

При этом клиент не воспринимает терапевта как отдельную личность со своими границами и потребностями. Терапевт для него — функция, источник отражения. Вопросы о терапевте («а как вы?», «а вам не трудно?») часто являются не искренним интересом, а способом получить подтверждение, что терапевт все еще здесь и все еще к нему расположен.

Индикаторы в контрпереносе. Терапевт может чувствовать себя «кормильцем идентичности» — он испытывает давление, как будто должен дать клиенту ответ, иначе клиент «рассыпется». Терапевту трудно выдерживать молчание и паузы, потому что клиент демонстрирует выраженную тревогу, и терапевту хочется эту тревогу снять, дав обратную связь.

Может возникать раздражение — от зависимости клиента, от его неспособности принять решение, от его постоян-

ного «а вы как думаете?». Терапевт ловит себя на мысли «да реши уже что-нибудь сам!», «сколько можно спрашивать одно и то же?». Это раздражение важно отслеживать, потому что оно указывает на то, что интроективный процесс развернулся в полную силу.

С другой стороны, терапевт может чувствовать себя всемогущим, важным, нужным. Клиент так явно зависит от него, так ищет его одобрения, что это может подпитывать нарциссические потребности самого терапевта. Терапевт может начать получать удовольствие от этой зависимости, не замечая, что она мешает терапии.

Также может возникать скука — от однообразия запросов, от бесконечных поисков одобрения, от невозможности продвинуться к более глубоким слоям. Клиент застревает на уровне «скажите, как правильно», и терапевт может чувствовать, что топчется на месте.

ПРОЕКЦИЯ

Проекция — это механизм прерывания контакта, при котором человек приписывает другим людям (или внешним объектам) собственные чувства, импульсы, качества или намерения, которые он не может признать в себе. В отличие от интроекции, где клиент впускает в себя внешнее содержание, при проекции он, наоборот, выносит вовне то, что находится внутри.

В терминах цикла контакта проекция локализуется на этапе **преконтакта** — на уровне формирования фигуры. Клиент с проекцией не может отличить свой собственный импульс от сигналов, поступающих из среды. Он переживает свою злость как агрессию другого, свою зависть — как несправедливое отношение окружающих, свой страх — как враждебность мира. Фигура формируется, но она «вынесена наружу» и не воспринимается как принадлежащая себе.

Важно понимать, что проекция в норме — это необходимый механизм познания мира. Мы всегда воспринимаем реальность через призму своего опыта, и в этом смысле любое восприятие содержит элемент проекции. Здоровая проекция отличается тем, что она подвергается проверке реальностью и коррекции. Человек может сказать себе: «Мне кажется, он злится, но, возможно, я ошибаюсь, и у него просто усталый вид». При патологической проекции такой провер-

ки нет. Проецируемое качество переживается как абсолютная, не вызывающая сомнений реальность. Другой человек действительно злой, мир действительно враждебен, коллеги действительно завидуют — клиент не сомневается в этом ни на секунду.

Логика проекции может быть сформулирована следующим образом: ситуация вызывает у меня неприемлемые чувства или импульсы, но я не могу их в себе признать, потому что это разрушит мой образ себя. Поэтому я припишу эти чувства другому человеку. Тогда не я буду злым, а он — агрессивным. Я буду не завистливым, а он — несправедливым. Я буду не бояться, а он — угрожать.

Более развернуто эта логика выглядит так. У клиента возникает некоторое неприятное переживание — например, злость на близкого человека, зависть к коллеге, сексуальное влечение к запретному объекту. Это переживание конфликтует с его представлением о себе («я не злой человек», «я не завистлив», «я порядочный»). Если бы он признал это чувство своим, его самооценка рухнула бы. Поэтому психика использует проекцию: чувство вытесняется из сознания, но остается в теле, и тогда человеку приходится как-то объяснять свои ощущения, находя релевантный объект во вне («Ведь это именно в его присутствии я это переживаю»). По сути проекция — это механизм оправдания, напрямую связанный с эффектом когнитивного диссонанса и с соответствующими когнитивными искажениями.

Однако «новая реальность» имеет свою цену. Поскольку клиент не признает свои импульсы, он не может ими управлять. Он не может спросить себя: «Почему я злюсь на жену? Может быть, я чего-то от нее хочу, но не получаю?». Вместо этого он просто реагирует на «агрессию» жены — защищается, нападает в ответ, обижается. Его поведение становится реактивным, а не осознанным. Кроме того, проекция искажает реальность, что приводит к межличностным конфликтам. Клиент обвиняет других в том, что делают они, по его мнению, тогда как на самом деле это он сам.

В терминах классификации конфликтов CGT проекция наиболее характерна для конфликтов «Недоверие» (человек подозревает других в предательстве, проецируя собственные агрессивные импульсы); «Несправедливость» (человек выносит на другого свою обиду или чувство вины); Дефектность (это они считают, что я неудачник, а не у меня низкая самооценка) а также для параноидной структуры личности.

Диагностика проекции требует внимания к тому, как клиент говорит о других людях, как он объясняет свои проблемы и как он реагирует на терапевта.

Речевые индикаторы. Речь клиента с проекцией фокусируется на других людях. Он говорит о том, что делают другие, что они думают, что они чувствуют. Чтение мыслей — классический речевой маркер проекции: «я знаю, что он думает», «мне не нужно спрашивать, я и так вижу».

Клиент часто использует местоимения «они», «он»,

«она», «вы» в обвинительном контексте. «Меня не уважают», «меня провоцируют», «люди злые», «вы на меня давите». При этом он не говорит о своих чувствах, а говорит о действиях и намерениях других. Вместо «я чувствую давление» — «вы на меня давите». Вместо «я боюсь, что меня осудят» — «вы меня осуждаете». Вместо «я злюсь» — «вы меня раздражаете».

Характерны также **сверхобобщения**: «все мужчины — козлы», «все женщины хотят только одного», «психологи — шарлатаны», «никому нельзя верить». Клиент не делает исключений, потому что его проекция работает тотально. Если он проецирует свой страх близости на мужчин, то все мужчины становятся ненадежными. Если он проецирует свою зависимость на женщин, то все женщины становятся контролирующими.

Клиент редко говорит о своей роли в проблемной ситуации. Он не спрашивает себя «что я сделал, чтобы спровоцировать эту реакцию?», он уверен, что проблема исходит от других. Его рассказы — это истории о том, как другие поступают плохо, как другие несправедливы, как другие его обижают. Он — жертва обстоятельств или действий других, а не автор своей жизни.

Поведенческие индикаторы. Клиент с проекцией часто проявляет настороженность и подозрительность. Он постоянно «сканирует» окружающих на предмет угрозы, недобрых намерений, скрытых мотивов. Его взгляд может

быть острым, «сканирующим», оценивающим. Он замечает мелочи, которые, как ему кажется, выдают истинные намерения других: не тот взгляд, не та интонация, не та поза.

В контакте с терапевтом клиент с проекцией может проявлять те же качества, которые приписывает другим. Если он считает, что люди агрессивны, он сам может вести себя агрессивно по отношению к терапевту, не замечая этого. Если он считает, что люди его используют, он сам может пытаться использовать терапевта в своих целях. Если он считает, что люди лгут, он сам может быть неискренним. Это важный диагностический признак: качество, которое клиент громче всего осуждает в других, скорее всего, присутствует в нем самом.

Телесные индикаторы. Тело клиента с проекцией часто напряжено, особенно в верхней части — плечи, шея, челюсть. Это напряжение связано с постоянной готовностью к отражению угрозы. Взгляд может быть острым, «сканирующим», или, наоборот, избегающим — в зависимости от того, что клиент проецирует. Поза часто закрытая — скрещенные руки, скрещенные ноги, отклонение корпуса назад.

Характерно напряжение в глазах — клиент напряженно всматривается в терапевта, пытаясь уловить его «истинные» намерения. Он может фиксировать взгляд на лице терапевта, «сканируя» мимику. При этом он сам может быть беден на мимические проявления, потому что его внимание направлено наружу, а не внутрь.

При приближении к теме, которая активирует проекцию, могут возникать выраженные телесные реакции — учащение дыхания, покраснение, напряжение в руках (как будто готовится к удару или защите). Клиент может не замечать этих реакций, потому что его внимание захвачено «угрозой» извне.

Индикаторы в переносе. Перенос при проекции строится вокруг темы «кто кому угрожает». Клиент воспринимает терапевта в соответствии со своим проецируемым материалом. Если клиент проецирует агрессию, терапевт будет казаться ему агрессивным. Если клиент проецирует недоверие, терапевт будет казаться ему обманщиком. Если клиент проецирует свою зависимость, терапевт будет казаться ему контролирующим.

Это проявляется в конкретных действиях. Клиент может обвинять терапевта в том, что тот его не понимает, не слушает, не уважает. Может подозревать терапевта в корыстных мотивах («вы просто хотите, чтобы я ходил дольше»). Может интерпретировать нейтральные действия терапевта как враждебные (посмотрел на часы — значит, хочет поскорее избавиться). Может проверять терапевта на честность — задавать провокационные вопросы, ловить на противоречиях.

Важно, что клиент не сомневается в своей интерпретации. Он не говорит «мне кажется, вы меня не слушаете», он говорит «вы меня не слушаете». Он не спрашивает «что вы имели в виду?», он убежден, что знает. Проекция не оставляет

пространства для сомнения — она переживается как прямая реальность.

Индикаторы в контрпереносе. Контрперенос терапевта при работе с проекцией очень характерен. Терапевт может чувствовать себя несправедливо обвиненным. Он слышит от клиента, что он агрессивный, невнимательный, некомпетентный, хотя внутренне знает, что это не так. Это вызывает естественную реакцию — желание защититься, оправдаться, объяснить клиенту, что он неправ.

Также у терапевта может возникать ответная агрессия — раздражение на клиента, который постоянно его атакует. «Да сколько можно оправдываться?», «Почему он все время нападает?». Это важно отслеживать, потому что ответная агрессия терапевта подтверждает проекцию клиента («все люди агрессивны, даже терапевт»).

С другой стороны, терапевт может чувствовать себя виноватым, даже если объективно не сделал ничего плохого. Клиент так уверенно обвиняет, так убедительно говорит о своих страданиях, что терапевт начинает сомневаться в себе. «Может быть, я действительно его не слушаю? Может быть, я действительно допустил ошибку?». Это тоже часть контрпереноса, на которую стоит обратить внимание.

Терапевт также может чувствовать себя истощенным, потому что работа с проекцией требует постоянного удержания реальности без вступления в защиту. Терапевт не может ни согласиться с обвинением (это подтвердило бы искажение),

ни агрессивно отвергнуть его (это подтвердило бы проекцию). Он должен удерживать нейтральную, устойчивую позицию, что энергетически затратно.

ПРОФЛЕКСИЯ

Профлексия — это комбинированный механизм прерывания контакта, при котором человек ведет себя таким образом, что неосознанно провоцирует окружающих или иные внешние факторы на определенное поведение. В классическом смысле этот механизм проявляется в том, что человек делает для других то, чего хотел бы для себя. Однако в CGT мы понимаем данный механизм более широко — именно как неосознаваемое манипулятивное поведение, которое обычно состоит из проекции (попытка воздействовать на другого и приписывание ему определенных качеств) и ретрофлексии (невозможность прямой коммуникации с другим и сдерживание импульса). Своя собственная потребность не осознается или не признается, а вместо нее возникает активность, направленная на побуждение другого к определенному поведению.

В терминах цикла контакта профлексия локализуется на этапе **финального контакта** — на уровне выбора способа взаимодействия со средой. Вместо того чтобы прямо заявить о своем желании («я хочу, чтобы ты меня обнял», «я хочу, чтобы ты меня похвалил», «я хочу, чтобы ты уделил мне время»), клиент использует обходной путь. Он сам делает то, чего хочет (обнимает, хвалит, уделяет время), ожидая, что другой последует его примеру. Прямая коммуникация под-

меняется косвенной манипуляцией.

В отличие от проекции, где человек приписывает другому свои неприемлемые качества, при профлексии человек приписывает другому свои собственные желания и потребности, но не в форме «он хочет», а в форме «я сделаю для него, потому что ему это нужно». При этом сам клиент искренне верит, что действует из заботы и альтруизма. Он не осознает, что его «помощь» на самом деле является замаскированной просьбой о помощи для себя.

Ключевой элемент профлексии — негласный договор. Человек с профлексией убежден, что мир устроен по принципу взаимности: если я сделаю так, то другой обязан ответить тем же. Проблема в том, что этот договор не озвучивается. Другой человек часто не догадывается, что от него чего-то ждут. Он может искренне принимать помощь или заботу, не понимая, что это аванс, который нужно возвращать. Когда ответного действия не происходит, клиент испытывает обиду, разочарование, чувство несправедливости. «Я же для него столько сделал, а он даже не позвонил». Хотя возможны и более негативные проявления этого механизма. Например, когда девушка боится потерять любовь и начинает «откармливать» своего мужа, который пытается сесть на диету, все время предлагая ему булки и сладости, потому что знает, что он это любит. Однако, в результате такой «заботы» он лишь злится на нее, и осознает, что она его ни в чем не поддерживает. Создается классический порочный круг. Клиент

не выражает свою потребность прямо — он действует обходным путем — ожидания не оправдываются — он обижается — его потребность по-прежнему не удовлетворена — он снова действует обходным путем, но теперь с еще большей интенсивностью («буду делать для него еще больше, тогда он наконец заметит»). Чем больше клиент вкладывает в другого, тем сильнее его обида, когда ответного действия не происходит. И тем больше он сам отдаляется от осознания своей собственной потребности. И таким образом образуются жизненные сценарии (в данном случае девушка будет жаловаться на то, что от нее уходят все ее мужчины, хотя она «так заботиться о них»).

Логика профлексии: я хочу получить от другого определенное действие, но я не могу или не хочу просить об этом прямо. Вместо этого я сделаю это действие для другого, чтобы показать ему пример, и буду ждать, что он поступит так же. Если он не отвечает — я имею право обидеться, ведь я же старался.

В терминах классификации конфликтов CGT профлексия наиболее характерна для конфликта «**Дефектность**» (человек действует из убеждения о своей дефектности, и другие тоже начинают в это верить), «**Недоверие**» (человек не доверяет другим людям и идет на конфликт, чем раздражает других людей, которые начинают конфликтовать в ответ).

Диагностика профлексии требует внимания к тому, как клиент описывает свои отношения, как он жалуется на дру-

гих и как он взаимодействует с терапевтом.

Речевые индикаторы. Речь клиента с профлексией часто содержит описания того, что он сделал для других. «Я для него столько сделал», «я всю жизнь на нее работала», «я всегда готов помочь», «я всех выручаю, а они...». Перечисление своих добрых дел — характерный речевой маркер. При этом клиент не говорит о том, что он хочет получить в ответ. Он говорит о том, что он уже дал, и о том, что он не получил.

Характерны жалобы на неблагодарность. «Они не ценят», «никто не сказал спасибо», «на его месте я бы сделал то-то», «я же для них старался, а они...». Эти жалобы содержат скрытое требование: «вы должны были ответить тем же». Но это требование не формулируется прямо — оно выражается через обиду на то, что ответа не последовало.

Клиент часто использует намеки вместо прямых просьб. «Хорошо бы сейчас чаю...», «было бы неплохо, если бы...», «не знаю, может быть, вы хотите...». Вместо «я хочу чаю» или «вы не могли бы мне помочь?» — он высказывает пожелание в безличной форме, оставляя другому возможность «догадаться». Он также может использовать вопросы о состоянии другого как замаскированную просьбу. «Вы не устали?» может означать «я хочу, чтобы мы закончили», «вы не голодны?» может означать «я хочу есть».

Клиент редко говорит «я хочу». Вместо этого он говорит «я думаю, вам нужно», «я считаю, что будет лучше, если»,

«давайте я помогу». Его желания маскируются под заботу о другом. Он может давать советы, предлагать помощь, делать одолжения, но при этом не озвучивать свои собственные потребности.

Поведенческие индикаторы. В поведении клиент с профлексией часто проявляет гиперзаботу. Он может предлагать помощь, даже когда его не просят. Может давать советы, даже когда их не ждут. Может делать одолжения, которые никто не просил. При этом он не осознает, что его «помощь» может быть навязчивой или нежелательной. Он искренне верит, что делает доброе дело.

Клиент может быть очень чувствителен к невысказанным потребностям других. Он предвосхищает желания, «читает» настроение, старается угодить. Эта гиперчувствительность — обратная сторона его собственной невысказанной потребности. Он хочет, чтобы и с ним поступали так же, чтобы его желания предвосхищали, чтобы о нем заботились, не дожидаясь просьбы.

Телесные индикаторы. Тело клиента с профлексией часто напряжено в верхней части — плечи, руки, спина. Это напряжение связано с «деланием» — клиент постоянно готов действовать, помогать, заботиться. Руки могут быть подвижными, жестикуляция — активной, как будто клиент что-то «протягивает» другому.

Взгляд часто направлен на терапевта, но не сканирующий (как при проекции) и не ищущий оценки (как при интроек-

ции), а скорее ожидающий. Клиент смотрит и ждет — ждет, что терапевт ответит на его вложение. В этом взгляде может читаться надежда, тревога, а затем разочарование, если ожидание не оправдывается.

При разговоре о неблагодарности других клиент может проявлять напряжение в челюсти и диафрагме — сдерживание гнева и обиды. Он может говорить тихим голосом, как будто боится выразить свою агрессию прямо. Или, наоборот, голос может становиться громче, с нотками возмущения.

Индикаторы в переносе. Перенос при профлексии строится вокруг темы «договора». Клиент воспринимает терапевта как того, кто должен ответить на его вложения. Если клиент старается быть хорошим, он ожидает, что терапевт будет особенно внимателен к нему, будет давать ценные советы, будет продвигать терапию быстрее. Если клиент делает терапевту комплименты, он ожидает комплиментов в ответ. Если клиент дает терапевту советы, он ожидает, что терапевт последует им.

При этом ожидания не проговариваются. Клиент не говорит «я хочу, чтобы вы меня хвалили» или «я хочу, чтобы вы следовали моим советам». Он просто обижается, когда этого не происходит. В переносе это может проявляться как чувство, что терапевт «не ценит» его усилий, «не замечает» его стараний.

Клиент может также проецировать на терапевта свою собственную неспособность просить. Он может считать, что те-

терапевт тоже чего-то хочет, но не говорит прямо, и тогда клиент начинает угадывать потребности терапевта и удовлетворять их — например, заканчивать сессию раньше времени, потому что «терапевт, наверное, устал», или не задавать вопросов, потому что «ему, наверное, неприятно отвечать».

Индикаторы в контрпереносе. Терапевт может чувствовать себя обязанным. Клиент столько сделал для терапевта (поправил стул, принес подарок, был таким удобным), что терапевт испытывает желание отблагодарить. Возникает давление: «я должен сделать что-то для него, иначе я неблагодарный». Это прямое отражение профлексивного паттерна клиента.

Терапевт может чувствовать себя **раздавленным заботой**. Клиент так активно помогает, дает советы, интересуется, что терапевт начинает чувствовать себя неловко, как будто его «душат» вниманием. Может возникать желание отстраниться, установить дистанцию.

Также может возникать **раздражение** — от намеков вместо прямых просьб, от жалоб на неблагодарность, от скрытой агрессии. «Почему он не может сказать прямо, чего хочет?», «Опять эти намеки», «Снова обиделся, а я даже не понял на что». Терапевт может ловить себя на мысли, что ему хочется сказать клиенту: «просто попросите, и я сделаю, если смогу!».

С другой стороны, терапевт может чувствовать себя **виноватым**. Ему кажется, что он действительно недостаточно

ценит усилия клиента, недостаточно заботится о нем, недостаточно отвечает на его вложения. Это чувство вины — результат профлексивного давления, а не объективная реальность.

Также терапевт может испытывать **усталость** — от необходимости постоянно расшифровывать намеки, от эмоционального напряжения, связанного с невысказанными ожиданиями. Работа с профлексией энергетически затратна, потому что терапевт вынужден удерживать границы, не поддаваясь на давление, и при этом сохранять эмпатию.

РЕТРОФЛЕКСИЯ

Ретрофлексия — это механизм прерывания контакта, при котором человек сдерживает импульс, направленный вовне (гнев, просьбу, любовь, желание, критику), и разворачивает его обратно на себя. Вместо «я злюсь на тебя» возникает «я злюсь на себя». Вместо «я хочу, чтобы ты меня обнял» возникает напряжение в собственном теле. Вместо «ты меня обидел» возникает чувство вины.

Термин «ретрофлексия» буквально означает «поворот назад». Это ключевая метафора механизма: энергия, которая должна была пойти вовне, достигает границы контакта, не может через нее пройти и разворачивается обратно, возвращаясь к своему источнику. Человек оказывается одновременно и субъектом, и объектом своего импульса. Он и тот, кто хочет ударить, и тот, кого бьют. Он и тот, кто хочет обнять, и тот, кого обнимают (сжимая собственные плечи). Он и тот, кто хочет закричать, и тот, кто сжимает горло, не давая крику вырваться.

В терминах цикла контакта ретрофлексия локализуется на этапе **финального контакта** — на уровне реализации действия. Потребность уже осознана, импульс уже сформирован, фигура уже выделена. Но на этапе перехода от импульса к действию возникает торможение. Какой-то барьер (страх, запрет, интроект) не позволяет энергии выйти нару-

жу. И тогда энергия возвращается обратно в тело или в психику.

Ретрофлексия — это активный процесс, а не пассивное отсутствие действия. Человек не просто «ничего не делает» — он активно сдерживает себя, напрягает мышцы, останавливает дыхание, подавляет голос. Это требует энергии. Поэтому клиенты с ретрофлексией часто жалуются на хроническую усталость, напряжение, зажатость. Их тело постоянно работает в режиме торможения, сдерживая импульсы, которые не находят выхода.

В отличие от диффузии, где импульс не формируется, при ретрофлексии импульс формируется, но блокируется. В отличие от дефлексии, где энергия отвлекается на другую деятельность, при ретрофлексии энергия не отвлекается — она направляется на самого себя. В отличие от интроекции, где проблема в отсутствии собственной идентичности, при ретрофлексии проблема в невозможности выразить то, что уже есть.

Логика ретрофлексии может быть сформулирована следующим образом: у меня есть сильный импульс, адресованный другому человеку, но его выражение опасно или запрещено. Поэтому я сдержу себя. Но энергия никуда не делась. Я направляю ее на себя — в виде напряжения, самообвинения или действия против себя.

Более развернуто эта логика выглядит так. У клиента возникает импульс — например, гнев на начальника, который

несправедливо его раскритиковал. Этот импульс естествен и адаптивен: гнев мобилизует энергию для защиты своих границ. Но в психике клиента существует запрет на выражение гнева. Запрет может быть интроецированным («хорошие люди не злятся», «на начальника нельзя повышать голос»), может быть основан на страхе последствий («если я выражу гнев, меня уволят»), может быть связан с детским опытом («когда я злился, меня наказывали»). Вместо того чтобы выразить гнев (что было бы адаптивно, но страшно), клиент сдерживает импульс. Он сжимает челюсть, напрягает кулаки, задерживает дыхание. Гнев не исчезает — он остается в теле, превращаясь в хроническое напряжение. Но этого мало. Сдержанный гнев ищет выхода. И если он не может выйти на начальника, он разворачивается на самого клиента. Вместо «начальник — идиот» возникает «я сам виноват, что не сделал работу лучше». Вместо желания ударить начальника — желание ударить себя. Вместо крика — самокритика.

Таким образом, ретрофлексия создает внутреннюю войну. Одна часть клиента (та, что хочет выразить импульс) воюет с другой частью (та, что запрещает выражение). Эта война невидима для окружающих, но она истощает клиента и порождает вторичные симптомы: тревогу, депрессию, хроническую усталость, психосоматику, аутоагрессию.

В терминах классификации конфликтов CGT ретрофлексия наиболее характерна для конфликта «**Покинутость**» (человек не может сказать «нет» или защитить свои границы,

поэтому агрессия направляется на себя), «**Дефектность**» (человек атакует себя за свои «недостатки»). Также ретрофлексия доминирует при обсессивно-компульсивной структуре, при психосоматических расстройствах, при депрессивных состояниях (где агрессия направлена на себя), при социофобии (где страх осуждения других превращается в самокритику).

Диагностика ретрофлексии требует внимания к телесным проявлениям, речевым маркерам и поведенческим паттернам, которые указывают на сдерживание и перенаправление импульса на себя.

Телесные индикаторы. Тело клиента с ретрофлексией — это главный источник диагностической информации. Оно буквально «кричит» о том, что сдерживается, в то время как вербальная речь может говорить «все нормально».

Сжатая челюсть — один из самых характерных признаков. Клиент может скрежетать зубами во сне (бруксизм) или просто держать челюсть постоянно напряженной, иногда до боли. Это телесный коррелят сдерживаемого крика, желания что-то сказать, но не решающегося вырваться. Сжатые кулаки или напряжение в кистях и пальцах — признак сдерживаемой агрессии, желания ударить. Клиент может не замечать, что его кулаки сжаты, даже когда он говорит о нейтральных вещах.

Напряжение в плечах и шее — «панцирь», защищающий от импульса, который должен был пойти вовне. Плечи могут

быть приподняты (как будто человек втягивает голову, защищаясь от удара) или застыть в одном положении, не расслабляясь даже во время отдыха. Ком в горле — признак сдерживаемых слез или крика. Клиент может постоянно прочищать горло, кашлять, чувствовать першение. Поверхностное или задержанное дыхание — сдерживание глубины вдоха, часто сопровождающее подавление эмоций. Клиент может дышать только верхней частью груди, не задействуя диафрагму.

Важно, что сам клиент часто не осознает своего телесного напряжения. На вопрос «что ты сейчас чувствуешь в теле?» он может ответить «ничего» или «нормально». Напряжение стало для него привычным фоном, он его не замечает. Задача терапевта — обратить на него внимание клиента.

Речевые индикаторы. Речь клиента с ретрофлексией содержит характерные обороты, указывающие на перенаправление импульса на себя.

— Самообвинительные формулировки — классический маркер. «Я сам виноват», «это моя ошибка», «мне следовало быть умнее», «я должен был догадаться». Клиент берет на себя ответственность за то, что объективно не зависит от него, или гипертрофирует свою вину.

— Обесценивающие высказывания о себе — «я ничтожество», «я неудачник», «у меня ничего не получается», «я всегда все порчу». За этими формулировками часто стоит сдержанный гнев, адресованный другому, но развернутый на себя.

— Фразы о бесполезности выражения чувств — «какой смысл говорить?», «ничего не изменится», «меня все равно не поймут», «только хуже сделаю». Клиент как бы оправдывает свое сдерживание, рационализируя его.

— Использование возвратных глаголов и местоимений — «я себя ненавижу», «я себя наказываю», «я с собой не справляюсь», «я себя заставляю». Клиент говорит о себе как об объекте своих действий. Он и субъект, и объект одновременно.

— Паузы и незавершенные фразы — клиент может начать фразу, но не закончить ее, «проглотить» окончание, перебить сам себя. «Я хотел ему сказать... нет, неважно», «на самом деле я... забудьте». В этих обрывах проявляется сдерживание импульса.

— Тихая, монотонная речь — клиент говорит тихо, как будто боится, что его услышат, или как будто голос сдавлен. Голос может «садиться», становиться хриплым при разговоре на значимые темы. Отсутствие интонационной выразительности — тоже признак сдерживания.

Поведенческие индикаторы. В поведении клиента с ретрофлексией проявляется характерный паттерн сдерживания и самонаправления.

— Микродвижения напряжения — клиент может незаметно сжимать и разжимать кулаки, потирать одну руку другой, напрягать и расслаблять челюсть, сглатывать, покашливать. Эти движения часто не осознаются, но их легко заме-

тить со стороны.

— Застывшая поза — клиент может сидеть очень неподвижно, как будто боясь пошевелиться. Тело «заморожено», движения скованы, нет спонтанной жестикуляции. При попытке расслабиться (например, по просьбе терапевта) напряжение может не уходить или даже усиливаться.

— Отсутствие спонтанных реакций — клиент редко смеется, редко плачет, редко проявляет удивление или радость. Его эмоциональный диапазон сужен, аффект «сплюснен». Даже когда он говорит о сильных переживаниях, его поведение остается сдержанным.

— Избегание зрительного контакта в значимые моменты — когда речь заходит о чем-то важном, клиент может отвести взгляд, посмотреть в пол, в сторону, закрыть глаза. Это проявление сдерживания — «я не хочу, чтобы ты видел мои чувства».

— Самоповреждающее поведение — в более тяжелых случаях — порезы, расчесывание кожи, удары себя, выдергивание волос, кусание губ или внутренней стороны щек. Это прямое, буквальное перенаправление агрессии на себя.

— Перфекционизм и гиперконтроль — клиент может быть очень организованным, педантичным, требовательным к себе. Он стремится все контролировать, потому что потеря контроля означает, что сдерживаемые импульсы могут вырваться наружу.

Индикаторы в переносе. В переносе клиент с ретро-

флексией воспринимает терапевта как того, кто не выдержит его прямого импульса. Клиент сдерживается, чтобы не разрушить отношения. Он боится, что, если он выразит свой гнев или свою потребность, терапевт отвергнет его, обидится, уйдет. Поэтому он держит все в себе.

Клиент может быть «идеальным пациентом» — всегда вовремя, оплачивает сессии, выполняет домашние задания, не жалуется, не предъявляет претензий. При этом он может не продвигаться в терапии, потому что его сдерживание не позволяет ему по-настоящему войти в контакт. Он присутствует физически, но эмоционально отсутствует.

Клиент редко выражает недовольство терапевтом, даже если есть повод. Он не скажет «меня задело, когда вы опоздали» или «мне было обидно, когда вы перебили». Он скорее направит это раздражение на себя: «я сам виноват, что так остро реагирую», «это я слишком чувствительный».

При этом у клиента может быть выраженная самокритика после сессий. Он может уходить от терапевта и думать: «я опять не то сказал», «какой я глупый», «терапевт, наверное, меня презирает». Это классическая ретрофлексия — гнев на терапевта, который не был выражен, превращается в самообвинение.

Индикаторы в контрпереносе. Терапевт может чувствовать себя **беспомощным**. Он пытается достучаться до клиента, задает вопросы, предлагает техники, но клиент не раскрывается, не идет в контакт. Возникает ощущение, что

между ними стена, которую невозможно пробить. «Я ничего не могу с ним сделать», «Он как будто закрыт».

Терапевт может чувствовать **раздражение**. Ему хочется сказать клиенту: «Ну скажи уже прямо, что ты чувствуешь!», «Хватит сдерживаться!», «Что ты молчишь?». Это раздражение — проекция собственной агрессии терапевта, которую он хотел бы видеть у клиента.

Терапевт может чувствовать **усталость и истощение**. Работа с клиентом, который сдерживает себя, требует от терапевта больших энергозатрат. Терапевт вкладывает энергию в попытки «растормошить» клиента, а клиент не отвечает взаимностью. После сессии терапевт может чувствовать себя «выжатым».

Терапевт также может чувствовать **вину**. Ему кажется, что он недостаточно хорош, раз не может помочь клиенту раскрыться. Или что он что-то делает не так, раз клиент не идет в контакт. Это чувство вины — отражение самокритики клиента, которую терапевт бессознательно «считывает».

ДЕФЛЕКСИЯ

Дефлексия — это механизм прерывания контакта, при котором человек уходит от контакта с болезненной фигурой через переключение внимания на другие темы, объекты или действия. Энергия, которая должна была быть направлена на решение проблемы или на выражение чувства, рассеивается, не достигая цели. Клиент не сдерживает импульс (как при ретрофлексии) и не приписывает его другому (как при проекции) — он его просто распыляет, переключаясь с одного на другое, не позволяя ни одной фигуре сформироваться достаточно, чтобы войти с ней в полноценный контакт.

В терминах цикла контакта дефлексия локализуется на этапе **финального контакта** — на уровне ориентировки и выбора способа взаимодействия. Фигура начинает формироваться, но, как только она становится слишком интенсивной или болезненной, клиент переключается на другую тему, другой объект, другое действие. Фигура не успевает достичь той степени четкости, которая необходима для действия. Клиент как бы «соскальзывает» с темы.

Ключевая метафора дефлексии — это световой луч, который вместо того, чтобы быть сфокусированным в одной точке, рассеивается, освещая большое пространство, но не грея ни одного места. Клиент с дефлексией говорит о многом, но ни о чем по-настоящему. Он может перечислить де-

сяток проблем, но ни одной не коснуться глубоко. Он может говорить часами, но за этим говорением не будет ни чувства, ни решения, ни завершения. Он как будто «мажет» по поверхности, не погружаясь.

Логика дефлексии может быть сформулирована следующим образом: приближение к болезненной фигуре вызывает у меня тревогу, которую я не могу выдержать. Поэтому я не буду останавливаться на этой фигуре. Как только она начинает формироваться, я переключу внимание на что-то другое, потом на другое, потом на третье. Так я ни на чем не задержусь достаточно долго, чтобы встретиться с болью.

Важно, что клиент часто не осознает самого факта переключения. Он не говорит себе «сейчас я переключу тему, потому что мне страшно». Переключение происходит автоматически, до уровня сознания. Клиент может искренне не замечать, что он только что говорил об одном, а теперь говорит о другом. На вопрос «о чем вы только что говорили?» он может не вспомнить. Его сознание заполнено текущей темой, а связь между темами — уход от болезненной — остается неосознанной.

В отличие от ретрофлексии, где энергия накапливается внутри (что приводит к напряжению и взрывам), при дефлексии энергия не накапливается. Она рассеивается, не достигая пика. Клиент с дефлексией редко испытывает интенсивные эмоции. Он постоянно «находится на поверхности», не погружаясь глубоко. Это создает иллюзию, что «все нор-

мально». На самом деле проблема не решена и не пережита — она просто избегается.

В терминах классификации конфликтов CGT дефлексия наиболее характерна для конфликта **«Небезопасность»** (человек избегает контакта с пугающей реальностью, переключаясь на безопасные темы), **«Выбор»** (человек откладывает принятие решения, переключаясь на другие дела), **«Ответственность»** (человек избегает необходимости взять ответственность, переключая внимание на что-то другое). Также дефлексия доминирует при фобических расстройствах (избегание пугающих стимулов), паническом расстройстве (избегание телесных ощущений), СДВГ, генерализованной прокрастинации.

Речевые индикаторы. Речь клиента с дефлексией — это главный источник диагностической информации. Она характеризуется постоянными переключениями с темы на тему, отсутствием логического завершения, «съезжанием».

Клиент может начать фразу на одну тему, а закончить на другую. «Вчера я поругался с женой... кстати, она сказала, что у нас закончился хлеб, а я вчера прочитал интересную статью о питании...». Связь между темами может быть формальной (одно слово вызвало ассоциацию) или отсутствовать вовсе. На вопрос о проблеме клиент может начать рассказывать историю, которая к проблеме имеет лишь отдаленное отношение.

Характерны речевые маркеры переключения: «да, но...»,

«кстати...», «ой, забыл сказать...», «это не важно, вот что главное...», «а вот еще случай...», «между прочим...». Эти слова и обороты сигнализируют о том, что клиент покидает текущую тему и переходит к следующей, не завершив предыдущую.

Клиент может демонстрировать быструю речь без пауз. Он говорит много, почти не останавливаясь, как будто боится, что если сделает паузу, то в тишине возникнет что-то неприятное. Паузы, если они возникают, вызывают у клиента дискомфорт, и он стремится их немедленно заполнить. Тишина в кабинете для такого клиента невыносима.

Характерны длинные отступления и детализация несущественных деталей. Клиент может потратить 20 минут на описание обстановки, в которой произошло событие, вместо того чтобы говорить о самом событии. Он подробно рассказывает о том, что сказал кто-то, кто что надел, в какой последовательности происходили действия — но чувства, смыслы и выводы остаются за кадром.

Клиент часто использует юмор и иронию в ситуациях, где уместна была бы серьезность. Он может шутить о своей проблеме, отшучиваться, когда терапевт задает прямой вопрос, использовать сарказм. Юмор здесь — способ избежать соприкосновения с болью, сохранить дистанцию от болезненного материала.

Поведенческие индикаторы. В поведении клиента с дефлексией проявляется двигательное беспокойство и по-

стоянное переключение внимания с одного объекта на другой.

Бегающий взгляд — классический признак. Клиент не фиксирует взгляд на одном объекте (например, на лице терапевта), а постоянно переводит его с одного на другое: смотрит на терапевта, затем на окно, затем на книжную полку, затем на свои руки, затем снова на терапевта. Взгляд как бы «сканирует» пространство, не задерживаясь нигде.

Частая смена позы — клиент постоянно ерзает в кресле, меняет положение ног, рук, корпуса. Он не может усидеть спокойно, его тело постоянно в движении. Это телесный эквивалент речевого переключения — он не может «укорениться» в одной позе, так же как не может удержаться на одной теме.

Постукивание пальцами, верчение предметов — клиент может крутить в руках ручку, тереть край одежды, постукивать пальцами по подлокотнику, перебирать четки. Эти мелкие движения помогают рассеивать напряжение и избегать фиксации на болезненной теме.

Отвлечение на посторонние дела — особенно в условиях онлайн-терапии клиент может во время сессии проверять телефон, смотреть в другую вкладку браузера, заваривать чай, разговаривать с кем-то в комнате. Он как бы находится в сессии, но не полностью, оставляя себе лазейки для отвлечения.

Избегание прямого взгляда в значимые моменты — когда разговор приближается к болезненной теме, клиент может

отвести взгляд, посмотреть в сторону, начать рассматривать что-то в комнате. Как только тема меняется на безопасную, взгляд возвращается к терапевту.

Телесные индикаторы. Тело клиента с дефлексией обычно находится в движении, в отличие от ретрофлексии, где тело застывает и напрягается. Мышечный тонус может быть повышен, но не за счет локальных зажимов (как при ретрофлексии), а за счет общего двигательного беспокойства.

Дыхание часто поверхностное, но не задержанное — в отличие от ретрофлексии, где дыхание может быть сдавленным и поверхностным именно из-за сдерживания, при дефлексии поверхностное дыхание связано с постоянной готовностью к переключению, с невозможностью остановиться и сделать глубокий вдох.

Отсутствие локальных хронических зажимов — в отличие от ретрофлексии, где есть характерные зажимы (челюсть, кулаки, плечи), при дефлексии тело скорее «живет» в движении, а не в фиксированных зажимах. Напряжение рассеяно, а не сконцентрировано.

Реакция ажитации — при приближении к болезненной теме у клиента может усиливаться двигательное беспокойство: он начинает чаще менять позу, теревить предметы, его дыхание учащается. Как только тема меняется, двигательная активность снижается.

Индикаторы в переносе. В переносе клиент с дефлексией воспринимает терапевта как того, кто пытается «удер-

жать» его на болезненной теме. Терапевт становится для него досадным препятствием, мешающим «ускользнуть» в безопасную зону.

Клиент может игнорировать вопросы терапевта, не отвечая на них или отвечая не по существу. На вопрос «что вы чувствуете, когда говорите об этом?» клиент может ответить: «вы знаете, у нас вчера был интересный случай на работе...» — и уйти в другую тему. Терапевт как бы не существует как авторитетная фигура, способная удержать фокус; клиент обращается с ним как с любым другим собеседником, которого можно «переключить».

Клиент может демонстрировать псевдосотрудничество — он соглашается с терапевтом, кивает, говорит «да-да», но при этом не следует за интервенцией. Терапевт предлагает задержаться на чувстве, клиент говорит «хорошо, давайте» — и через пять секунд уже рассказывает о чем-то другом. Он не сопротивляется открыто, он «соскальзывает».

Клиент может также опаздывать на сессии, забывать о них, пропускать, потому что сама терапия для него — это угроза столкновения с болезненной фигурой. Опоздание — это дефлексия от самого контакта с терапевтом.

Индикаторы в контрпереносе. Контрперенос терапевта при работе с дефлексией очень характерен и является важным диагностическим признаком.

Терапевт может чувствовать запутанность. Он не может понять, о чем на самом деле речь. Клиент говорит о многом,

но ни о чем конкретно. Терапевт теряет нить разговора, не может удержать фокус. «Я уже не помню, с чего мы начали», «как мы перешли на эту тему?».

Терапевт может чувствовать скуку. Речь клиента не захватывает, не вызывает эмоционального отклика. Клиент как будто «мажет по поверхности», и терапевту становится неинтересно. Это важный признак — скука терапевта отражает дефлексию клиента, его неспособность войти в контакт с собственным материалом.

Терапевт может чувствовать раздражение и желание «поймать» клиента, вернуть его к теме. «Давайте вернемся к тому, о чем мы говорили», «вы не ответили на мой вопрос», «я заметил, что вы переключились». Терапевт может ловить себя на мысли, что он постоянно «гоняется» за клиентом по темам.

Терапевт может чувствовать усталость. Поддерживать фокус в разговоре с дефлексивным клиентом требует больших усилий. Терапевт вынужден выполнять функцию, которую обычно выполняет клиент — удерживать внимание, возвращаться к теме, отслеживать связность. После сессии терапевт может чувствовать себя истощенным.

СМЕЩЕНИЕ

Смещение — это механизм прерывания контакта, при котором человек уходит из проблемной сферы А в одну конкретную замещающую сферу Б, где концентрирует свою энергию, время и идентичность. В отличие от дефлексии, где энергия рассеивается, перескакивая с одного на другое, при смещении энергия не рассеивается, а собирается в одной точке. Клиент не переключается между множеством тем — он фокусируется на одной замещающей деятельности и вкладывается в нее целиком, избегая контакта с исходной проблемой.

В терминах цикла контакта смещение чаще всего локализуется на этапе финального контакта — на уровне действия. Вместо того чтобы направить энергию на разрешение реального конфликта (например, на выяснение отношений с партнером), клиент направляет ее в замещающую сферу (работу, спорт, хобби, учебу, заботу о других). В этой замещающей сфере он может быть очень успешен, очень активен, очень вовлечен. Но эта вовлеченность — бегство. Клиент не проживает свою жизнь, он заменяет ее чем-то другим.

В отличие от чистой дефлексии, где клиент «мажет по поверхности» многих сфер, при смещении клиент глубоко погружается в одну сферу. Он может быть трудоголиком, который живет работой и не замечает проблем в семье. Он

может быть спортивным фанатом, который все свободное время проводит в зале, избегая близких отношений. Он может быть волонтером, который спасает всех вокруг, но не замечает собственного выгорания. Внешне такой клиент может производить впечатление целеустремленного, успешного, активного человека. Проблема в том, что его активность — это компенсация, а не реализация.

Смещение тесно связано с понятием компенсации. Человек компенсирует неудачи или дефициты в одной сфере гиперуспехами в другой: «У меня не ладится с женой, зато я лучший в отделе». «Я не могу построить близкие отношения, зато я мастер спорта». «Меня никто не замечает, зато я незаменим на работе». Успех в замещающей сфере временно снимает боль от провала в исходной, но не решает проблему.

Логика смещения может быть сформулирована следующим образом: в сфере А есть проблема, которую я не могу или не хочу решать. Эта проблема вызывает у меня боль, стыд, страх, бессилие. Но у меня есть сфера Б, где я могу быть успешен, где меня ценят, где я контролирую ситуацию. Я уйду в сферу Б с головой. Я буду вкладываться в нее целиком. Я буду жить в ней. Тогда мне не придется сталкиваться с А.

В терминах классификации конфликтов CGT смещение наиболее характерно для конфликтов, связанных с «**Автономией**» (человек не может защитить свои границы в отношениях и уходит в работу), «**Дефектностью**» (человек

компенсирует чувство неполноценности достижениями в замещающей сфере), **«Невидимостью»** (человек заполняет пустоту активностью, не умея быть с собой). Также смещение часто встречается при трудоголизме, при зависимых структурах (замена одной зависимости другой), при шизоидной акцентуации (уход в интеллектуальную сферу как способ избежать эмоционального контакта).

Диагностика смещения требует внимания к диспропорции между разными сферами жизни клиента: одна сфера гипертрофирована, другая — запущена. При этом клиент часто не видит связи между этими сферами.

Речевые индикаторы. Речь клиента со смещением отличается резким контрастом между тем, как он говорит о сфере Б, и тем, как он говорит о сфере А.

О сфере Б (замещающей) клиент говорит с энтузиазмом, детализацией, гордостью. Он может часами рассказывать о своей работе, о спортивных достижениях, о своем хобби. Его речь оживлена, он использует яркие детали, проявляет эмоции. «Я получил повышение!», «Я пробежал марафон!», «Я организовал благотворительный концерт!». Он может много говорить о своих планах, амбициях, следующих целях. Сфера Б для него — источник самооценки и идентичности.

О сфере А (проблемной) клиент говорит скупой, обесценивающей, с досадой. «Да, там не очень», «все как обычно», «ничего нового». Он не вдается в детали, не проявляет эмоций, быстро переключается обратно на сферу Б. Мо-

жет использовать обесценивающие формулировки: «это не так важно», «это подождет», «главное, что на работе порядок». Может также проявлять раздражение при попытке терапевта углубиться в сферу А: «зачем об этом говорить?», «Мы же пришли работать с моей тревогой, а не обсуждать мою жену».

Характерна быстрая смена тем с А на Б. Терапевт спрашивает о проблемах в семье — клиент через две фразы уже рассказывает о том, как он успешно выступил на конференции. При попытке вернуться к семье — снова уход в работу. Связь между А и Б клиент отрицает или не замечает. На вопрос «как вы думаете, почему вы так много работаете?» может ответить «потому что я амбициозен», «потому что люблю свое дело», не связывая это с избеганием семейных проблем.

Поведенческие индикаторы. Поведение клиента со смещением отражает гипертрофированную вовлеченность в сферу Б и хроническое избегание сферы А.

— **Сверхвовлеченность в замещающую деятельность** — клиент проводит в сфере Б непропорционально много времени. Работа по 12—14 часов, ежедневные тренировки, постоянная учеба без отдыха. При этом он не чувствует усталости или отрицает ее («я привык», «мне нравится»). Отдых, когда он случается, вызывает тревогу или скуку — клиент не знает, чем себя занять, если не делать Б.

— **Избегание проблемной сферы** — клиент находит

объективные причины не заниматься А. «Нет времени», «сейчас важнее», «вот закончу проект — тогда займусь». Завершение одного проекта немедленно сменяется новым, и сфера А продолжает откладываться. Клиент может годами откладывать разговор с партнером, визит к врачу, смену работы.

— **Отсутствие контакта с неприятными чувствами** — клиент редко испытывает грусть, тревогу, одиночество, связанные со сферой А, потому что он их просто не допускает. Как только эти чувства начинают подниматься, он немедленно переключается на Б. Он может сказать «я не чувствую ничего по поводу развода, мне сейчас не до этого».

— **Снижение качества жизни в сфере А** — отношения формальные или конфликтные, здоровье запущено, быт в упадке. При этом клиент может не замечать этого или объяснять внешними причинами: «Жена сама не хочет разговаривать», «У всех сейчас такой ритм», «Детям нужна не забота, а деньги».

Индикаторы в переносе. В переносе клиент со смещением может относиться к терапии как к еще одной замещающей сфере или, наоборот, как к угрозе его смещению.

Если терапия становится сферой Б, клиент может быть «идеальным пациентом» — ходит регулярно, выполняет задания, интересуется психологией, читает книги. Он может даже получать инсайты и говорить о прогрессе. Но эти инсайты не ведут к изменениям в реальной жизни, потому что

терапия сама становится замещающей деятельностью. Клиент ходит на терапию вместо того, чтобы что-то менять в своей жизни. Терапия становится еще одним способом избегания.

Если терапия угрожает смещению (терапевт настойчиво возвращает его к сфере А), клиент может проявлять сопротивление. Он может опаздывать, пропускать сессии, «забывать» о домашних заданиях, обесценивать интервенции. Он может говорить: «мы уже обсуждали это, давайте лучше поговорим о моих успехах на работе». Терапевт становится тем, кто мешает ему избегать боль.

Индикаторы в контрпереносе. Контрперенос терапевта при работе со смещением очень характерен.

Сначала терапевт может **восхищаться** клиентом. Клиент так успешен, так целеустремлен, так много достигает. Терапевт может чувствовать уважение, интерес, желание поддержать его в его начинаниях. Это восхищение — ловушка. Оно подкрепляет смещение клиента, делает терапевта соучастником избегания.

Затем, когда терапевт начинает замечать, что успехи в Б не решают проблем в А, может возникать **раздражение** и **чувство, что его используют**. «Мы снова говорим о работе», «а как же семья?», «когда же мы наконец коснемся того, что действительно болит?». Терапевт может чувствовать, что клиент «откупается» от него рассказами о своих достижениях.

Терапевт также может чувствовать **беспомощность**. Попытки вернуть клиента к сфере А наталкиваются на сопротивление. Клиент не хочет туда идти, и терапевт не может его заставить. Он может начать сомневаться: «может быть, я ошибаюсь, и проблема действительно не там?».

Усталость — еще один характерный контрперенос. Клиент «заряжает» терапевта своей гиперактивностью, но эта активность не приводит к реальным изменениям, и терапевт может чувствовать истощение от бесконечного обсуждения Б, когда А стоит за дверью и не впускается.

ИМПУЛЬСИВНОСТЬ

Импульсивность — это механизм прерывания контакта, при котором человек немедленно реагирует на возникший импульс, не давая себе времени на осознание, оценку ситуации и выбор способа действия. В отличие от чистой дефлексии, где энергия рассеивается через переключение на другие темы или действия, при импульсивности энергия не рассеивается и не переключается — она немедленно разряжается в действии. Клиент не выдерживает паузы между возникновением импульса и его реализацией. Он должен действовать сейчас, немедленно, иначе напряжение становится невыносимым.

В терминах цикла контакта импульсивность локализуется на этапе **финального контакта** — на уровне реализации действия. Однако в отличие от здорового действия, которое следует за осознанием потребности, оценкой ситуации и выбором способа, при импульсивности этапы осознания и выбора пропускаются. Клиент переходит от возникновения импульса сразу к действию, минуя фазу обдумывания. «Почувствовал — сделал». Пауза, в которой могло бы родиться осознание («что я чувствую?», «чего я хочу?», «как лучше поступить?»), отсутствует.

Импульсивное действие становится способом не встречаться с чувством, которое стоит за импульсом. Вместо то-

го чтобы почувствовать злость, клиент немедленно устраивает скандал. Вместо того чтобы выдержать стыд, он кричит. Вместо того чтобы осознать свою потребность в близости, он звонит партнеру в третий раз за час.

Логика импульсивности может быть сформулирована следующим образом: во мне возникает напряжение, связанное с сильным чувством (страх, стыд, злость, желание), и я не могу его выдержать. Это напряжение требует немедленной разрядки. Если я сейчас не сделаю что-то — оно станет невыносимым. Поэтому я действую — немедленно, не думая, не выбирая. Потом я могу пожалеть, но сейчас у меня нет выбора.

Импульсивное действие действительно снижает напряжение — но только на очень короткое время. Звонок партнеру снижает страх на минуту, но затем страх возвращается снова. Крик снижает гнев, но затем приходит стыд и вина. Покупка дает мгновенное удовлетворение, но затем — пустота и сожаление. Импульсивность создает порочный круг: напряжение — действие — временное облегчение — возвращение напряжения — еще более импульсивное действие. Клиент не учится выдерживать паузу, не учится регулировать свои чувства иначе, чем через действие.

В терминах классификации конфликтов CGT импульсивность наиболее характерна для конфликта **«Покинутость»** (импульсивные звонки, требования контакта), **«Небезопасность»** (импульсивное бегство, панические действия),

«**Несправедливость**» (импульсивные скандалы, обвинения). Также импульсивность часто встречается при пограничной структуре личности, при СДВГ, при зависимых расстройствах (импульсивное употребление).

Диагностика импульсивности требует внимания к отсутствию паузы между стимулом и реакцией, к немедленному характеру действий и к последующему сожалению.

Поведенческие индикаторы. Самый очевидный признак импульсивности — немедленная реакция на стимул без видимой паузы. Клиент начинает говорить, еще не дослушав вопрос. Перебивает терапевта, не давая закончить фразу. Всккивает со стула, меняет позу, начинает ходить. Принимает решение и тут же его реализует — звонит, пишет, уходит.

Импульсивные действия часто повторяются и имеют компульсивный характер. Клиент может несколько раз за сессию проверять телефон, даже если не было сигнала. Может переспрашивать одно и то же, уже получив ответ. Может требовать немедленной реакции от терапевта — «ну что вы молчите?», «скажите же что-нибудь!».

Характерны резкие, незавершенные движения. Клиент начал поднимать руку и резко опустил. Встал и сел. Открыл рот, чтобы что-то сказать, и закрыл. Эти микродвижения указывают на борьбу между импульсом и торможением — но торможение проигрывает.

Речевые индикаторы. Речь клиента может быть быст-

рой, сбивчивой, без пауз. Клиент говорит, не давая себе времени подумать. Фразы обрываются, мысль не завершается, потому что следующая уже пришла и требует выхода. Клиент может начать фразу на одну тему, а закончить на другую — не потому, что он избегает (как при дефлексии), а потому что импульс к новой теме перебил старую.

Характерно использование слов, указывающих на отсутствие выбора: «не мог иначе», «само вырвалось», «я не подумал, просто сделал», «меня как будто повело». Клиент не присваивает себе действие — оно «случилось» с ним. Это важный диагностический признак: при импульсивности действие переживается как неконтролируемое, «как будто его совершил не я».

После импульсивного действия — характерное сожаление, стыд, вина. «Зачем я это сделал?», «опять я не сдержался», «я такой дурак». Клиент искренне раскаивается, но в следующий раз повторяет то же самое. Порочный круг замкнулся.

Телесные индикаторы. Тело клиента с импульсивностью часто находится в состоянии повышенного возбуждения. Дыхание поверхностное, учащенное. Мышцы напряжены, но напряжение не фиксированное (как при ретрофлексии), а подвижное — клиент постоянно меняет позу, ерзает, постукивает пальцами, качает ногой. Это как будто энергия «бежит» по телу, не находя выхода, и выплескивается в мелких движениях.

При приближении к триггерной ситуации возбуждение резко нарастает. Клиент может покраснеть, начать потеть, его дыхание становится еще более частым. Если импульс не получает разрядки, напряжение может стать субъективно невыносимым. После импульсивного действия — резкий спад напряжения, расслабление, иногда облегчение, а затем стыд.

Характерна также сенсорная чувствительность — клиент может быть чувствителен к внешним стимулам (громким звукам, яркому свету), которые легко «запускают» импульс.

Индикаторы в переносе. В переносе клиент с импульсивностью воспринимает терапевта как того, кто должен немедленно реагировать. Паузы терапевта вызывают сильное напряжение. Клиент может требовать ответа, перебивать, заполнять молчание. Ему трудно выдержать даже короткую паузу в 5—10 секунд.

Клиент может импульсивно принимать решения относительно терапии — внезапно прекратить сессии, записаться на дополнительную встречу, написать сообщение между сессиями. При этом он может не обдумывать последствия, а потом жалеть.

Характерно также импульсивное самораскрытие — клиент рассказывает слишком много, слишком личное, не дождавшись доверия. А потом стыдится, забирает слова обратно, обесценивает сказанное.

Индикаторы в контрпереносе. Контрперенос терапев-

та при работе с импульсивностью очень характерен. Терапевт может чувствовать **давление** — клиент требует немедленной реакции, не дает подумать, торопит. Возникает желание ответить быстро, лишь бы снять это давление.

Терапевт может чувствовать **раздражение** — на то, что клиент перебивает, не слушает, делает по-своему, не давая завершить интервенцию. «Ну почему он не может подождать секунду?».

Терапевт может чувствовать **беспомощность** — интервенции не работают, потому что клиент не дает им времени подействовать. Он уже действует, еще не осознав, что происходит. Терапевт не успевает «поймать» момент.

После сессии терапевт может чувствовать **истощение** — как будто его «высосали» энергией клиента, которая все время в движении, не находит покоя.

ЭГОТИЗМ

Эготизм — это механизм прерывания контакта, при котором человек отстраняется от собственных чувств и переживаний, занимая позицию наблюдателя. Он «знает», что чувствует, но не проживает это телом и аффектом. Вместо «я злюсь» — «я замечаю, что во мне возникает злость». Вместо «мне грустно» — «я наблюдаю у себя состояние грусти». Эмоция как бы выносится вовне, становится объектом наблюдения, а не переживанием, в котором человек находится.

В терминах цикла контакта эготизм локализуется на этапе **финального контакта** — на уровне действия и слияния с объектом. Человек уже сформировал фигуру, уже понял, что он чувствует и чего хочет, но на этапе вхождения в контакт он останавливается. Он не позволяет себе полностью погрузиться в переживание, не позволяет чувству захватить его. Он сохраняет дистанцию, наблюдает за собой со стороны, как будто смотрит фильм, в котором он — главный герой, но не отождествляется с ним до конца.

Ключевая метафора эготизма — это человек, который смотрит на себя в зеркало и видит свое отражение, но не ощущает себя внутри этого отражения. Он может описать, что он видит: «я вижу человека, который стоит с опущенными плечами, у него грустное выражение лица». Но это описание не сопровождается переживанием грусти. Наблюдатель

и переживающий — это разные инстанции, и они не совпадают.

Эготизм часто путают с ретрофлексией, но это разные механизмы. При ретрофлексии человек сдерживает импульс, направляя его на себя. Он чувствует напряжение, он чувствует гнев на себя, он чувствует боль. При эготизме человек не сдерживает — он отстраняется. Он не чувствует ни гнева, ни боли, ни напряжения. Он «знает», что должен чувствовать, но не чувствует. Вместо тела работает голова. Вместо переживания — анализ переживания.

Логика эготизма может быть сформулирована следующим образом: чувство слишком интенсивно, слишком угрожает моей идентичности, слишком опасно, чтобы его проживать. Я не могу его подавить (как при ретрофлексии) и не могу отвлечься (как при дефлексии). Поэтому я сделаю его объектом наблюдения. Я буду знать о нем, я буду анализировать его, я буду описывать его, но я не буду в нем. Тогда оно меня не уничтожит.

Эта защита становится устойчивым паттерном. Клиент входит в контакт с терапевтом, и терапевт спрашивает: «Что ты сейчас чувствуешь?». Клиент сканирует себя, находит там, например, грусть, и сообщает: «Я чувствую грусть». Но при этом его лицо остается спокойным, дыхание ровным, плечи расслабленными. Он сказал «грусть», но грусти нет. Есть знание о грусти, но нет самой грусти. Это, как если бы он прочитал в книге про грусть и теперь цитирует учебник,

не имея личного опыта.

Со временем эготизм может стать настолько автоматическим, что клиент перестает замечать разрыв между «знать» и «чувствовать». Он искренне считает, что говорит правду, что он действительно чувствует то, о чем говорит. Он не симулирует и не обманывает терапевта — он сам не знает, что такое настоящее чувство. Для него «чувствовать» означает «знать, какое чувство должно быть». Эмоция заменяется ее вербальной меткой.

В отличие от здорового «эго-функции», которая позволяет человеку осознанно выбирать способы взаимодействия со средой, эготизм представляет собой ригидный паттерн, при котором индивид навязчиво контролирует естественный процесс цикла контакта. Основной и наиболее яркий признак эготизма — это **тотальный контроль**: человек не позволяет себе спонтанно «раствориться» в переживании, встрече с другим или ситуации. Вместо подлинного контакта, где есть место уязвимости, неопределённости и взаимному влиянию, при эготизме субъект непрерывно отслеживает и регулирует собственные проявления — как будто управляет механизмом изнутри, не доверяя живому потоку опыта.

Контроль при эготизме проявляется в нескольких ключевых аспектах. Во-первых, это контроль над аффектами: человек блокирует спонтанные эмоциональные реакции, предварительно «проверяя», насколько они уместны или безопасны. Во-вторых, контроль над действиями — каждое

движение, слово или жест становятся результатом волевого усилия, а не естественного отклика. В-третьих, контроль над обратной связью от среды: эгоист склонен интерпретировать любую реакцию другого как попытку манипуляции или угрозу, что заставляет его ещё сильнее ужесточать внутреннюю «надстройку». В терапевтической практике это часто выглядит как парадокс: человек приходит с запросом на проживание чувств, но при любой попытке приблизиться к аутентичному переживанию включает режим наблюдения и оценки («я сейчас правильно делаю?», «а что я должен чувствовать в этот момент?»). Задача гештальт-терапевта — не бороться с контролем напрямую, а через эксперименты и повышение осознанности показать клиенту, как этот механизм мешает полноценному контакту, предлагая взамен исследование спонтанности и доверия к собственному организмическому опыту.

В терминах классификации конфликтов CGT эгоизм наиболее характерен для конфликта «**Невидимость**» (человек не имеет контакта с собой, внутри пусто, есть только мысли о чувствах), **Слабость** (человек не может позволить себе уязвимость, поэтому отстраняется от любых сильных переживаний), **Вторжение** (человек защищается от близости, в том числе от близости с собственными чувствами). Также эгоизм доминирует при нарциссическом расстройстве личности, шизоидном расстройстве личности, при деперсонализации, при экзистенциальном кризисе, при неко-

торых формах депрессии (где нет печали, есть только «отсутствие чувств»).

Диагностика эготизма требует внимания к разрыву между вербальным сообщением о чувствах и телесно-аффективным их проявлением. Клиент говорит одно, а его тело «говорит» другое — или, точнее, тело не говорит ничего там, где должно говорить.

Речевые индикаторы. Речь клиента с эготизмом содержит характерные обороты, указывающие на отстраненную, наблюдающую позицию.

Клиент часто использует мета-формулировки, которые описывают не само чувство, а факт его наличия. Вместо «я злюсь» — «я замечаю, что во мне возникает злость», «у меня появляется чувство гнева», «я наблюдаю у себя раздражение». Чувство описывается как объект, который появляется где-то в психике, но не является частью самого «я». Клиент как бы отделяет себя от своего чувства, помещает его на расстояние.

Характерно использование психологических терминов в обыденной речи. Клиент говорит не «мне грустно», а «я испытываю депрессивные состояния». Не «я боюсь», а «у меня тревожное расстройство». Не «я застрял», а «у меня прокрастинация». Психологический диагноз или описание заменяет живое переживание. Чувство как бы «объективируется», становится чем-то внешним, чем-то, что можно изучить, но не нужно проживать.

Клиент может говорить о себе в третьем лице или использовать безличные обороты: «Такая реакция возникает», «Человек в такой ситуации чувствует», «Бывает такое состояние, когда...». Описание подходит любому человеку, не только ему. Собственная уникальность переживания стирается, чувство становится общим местом, которое можно анализировать с безопасной дистанции.

Отсутствие конкретных деталей — еще один речевой маркер. Клиент может сказать «мне грустно», но на вопрос «как эта грусть проявляется в теле?» ответить «не знаю», «никак», «просто грустно». Он не может описать, где в теле находится грусть, какого она цвета, как она движется. Грусть существует только как слово, не имеющее телесного эквивалента.

Клиент часто возвращается к анализу вместо того, чтобы оставаться в переживании. Когда терапевт предлагает «побыть с этим чувством», клиент начинает рассуждать о происхождении чувства, о его причинах, о его значении. «Интересно, почему я так реагирую?», «наверное, это из-за детского опыта», «я читал, что такие реакции связаны с...». Анализ — это безопасная зона, где можно находиться бесконечно, не соприкасаясь с самим чувством.

Телесные индикаторы. Тело клиента с эготизмом — это главное доказательство разрыва между знанием и переживанием.

— Отсутствие конгруэнтности между словами и телом —

классический признак. Клиент говорит о сильной эмоции, но его лицо остается спокойным, мимика отсутствует, голос ровный, дыхание не меняется. Он может сообщить «я в ярости», но при этом сидеть с расслабленными плечами и спокойным выражением лица. Тело не подтверждает слова, потому что слова описывают знание о чувстве, а не само чувство.

— Тело может быть расслабленным (в отличие от ретрофлексии, где оно напряжено) или застывшим (в отличие от дефлексии, где оно в движении). Клиент может сидеть очень неподвижно, но это не напряжение сдерживания, а отсутствие импульса. Ему нечего сдерживать — он не чувствует. Его тело как бы «спит» на фоне работы головы.

— Взгляд часто «в себя» или «сквозь» — клиент смотрит как бы внутрь себя (сканируя свои мысли) или в пустоту, не фиксируясь на внешнем объекте. Глаза могут быть открыты, но взгляд отсутствует, как будто человек смотрит и не видит. При этом нет бегающего взгляда (как при дефлексии) — взгляд скорее застывший.

— Мимика может быть богатой, но искусственной — в некоторых случаях эготизма клиент может имитировать эмоции, потому что знает, что в этой ситуации нужно что-то выразить. Но эта мимика не связана с внутренним состоянием, она «нарисована». Терапевт может чувствовать, что что-то не так, что улыбка не достигает глаз, что выражение печали не сопровождается типичным напряжением в лице.

Индикаторы в переносе. В переносе клиент с эготизмом воспринимает терапевта как еще одного наблюдателя — или как того, кто должен «расшевелить» его, но сам клиент в этом не участвует. Он как бы наблюдает за терапией со стороны.

Клиент может отстраняться от процесса, говорить о себе как о пациенте, о терапии как о лечении, о терапевте как о враче. «Как вы думаете, что со мной происходит?», «каков ваш диагноз?», «какой метод вы применяете?». Он не входит в контакт, он наблюдает за контактом. Это напоминает консультацию у врача, где пациент рассказывает о симптомах, а не сессию психотерапии, где человек проживает свой опыт.

Клиент может использовать терапевта как аудиторию для своих самонаблюдений. Он монологизирует, анализирует себя, делает открытия («о, я понял, почему я так реагирую!»), но при этом не меняется. Понял — и все. Понимание не переходит в переживание, инсайт не дает катарсиса, знание о себе не меняет способа контакта.

Клиент может контролировать процесс, устанавливать правила, комментировать интервенции терапевта. «Эта техника не подходит, у меня слишком сильная защита», «я не люблю упражнения с закрытыми глазами», «давайте лучше поговорим о...». Контроль — это способ сохранить дистанцию, не допустить терапевта слишком близко, не дать себя «растормошить».

Индикаторы в контрпереносе. Контрперенос терапев-

та при работе с эготизмом очень характерен и является важным диагностическим признаком.

Терапевт может чувствовать **отстраненность** и **холод** в контакте. Как будто между ним и клиентом стекло. Клиент говорит, но его слова не доходят, не затрагивают. Терапевт не заражается эмоциями клиента, потому что эмоций нет. Он чувствует себя как перед лекцией, а не как перед человеком.

Терапевт может чувствовать **скептицизм** или **недоверие** к сообщениям клиента о чувствах. Клиент говорит «мне больно», но терапевт не верит, потому что не видит боли. Терапевт может начать сомневаться: «может быть, он симулирует?», «может быть, он обманывает?». Важно понимать, что клиент не обманывает сознательно — он сам не знает разницы между знанием о чувстве и самим чувством.

Терапевт может чувствовать **беспомощность**. Стандартные интервенции не работают. Клиент соглашается, понимает, анализирует, но ничего не меняется. «Я говорю ему, что он злится, он соглашается. Я предлагаю выразить злость — он говорит „да, я злюсь“ спокойным голосом. И все. Ничего не происходит». Терапевт не знает, куда двигаться дальше.

Терапевт также может чувствовать **раздражение** или даже **злость**. Ему хочется сказать: «да перестань ты анализировать, просто почувствуй!», «хватит наблюдать, живи!». Это раздражение — проекция собственного желания клиента «ожить», но это желание не может быть реализовано че-

рез давление.

ДИССОЦИАЦИЯ

Диссоциация в том понимании, которое мы используем в CGT, — это механизм прерывания контакта, при котором происходит разрыв между сознанием и телом. Эмоция есть, она возникает, она проявляется в теле — но она не доходит до сознания. Клиент может плакать, но при этом говорить, что ничего не чувствует. Может напрягаться, сжимать кулаки, краснеть, но на вопрос «что ты чувствуешь?» искренне отвечать «ничего». Тело выражает эмоцию, но сознание от нее отключено. Связь между телесным переживанием и психической репрезентацией этого переживания разорвана.

В отличие от эготизма, где клиент отстраняется от чувства, занимая позицию наблюдателя («я знаю, что злюсь, но не чувствую этого»), при диссоциации нет даже этого знания. Клиент не знает, что он злится. Он может чувствовать напряжение в теле, но не связывает его с эмоцией. Он не отстранен — он отключен. В отличие от ретрофлексии, где клиент сдерживает импульс и направляет его на себя, при диссоциации импульс не сдерживается, а как бы «отсекается» от сознания. Тело живет своей жизнью, сознание — своей.

Ключевая метафора диссоциации — это разорванная телефонная линия. Сигнал (эмоция) исходит из тела, но не доходит до сознания. На том конце провода — тишина. Клиент

может быть напряжен, может плакать, может дрожать, но на вопрос «что ты чувствуешь?» отвечает «не знаю», «ничего», «все нормально». Он не лжет и не сопротивляется — он действительно не знает, потому что сигнал не проходит.

Важно отличать диссоциацию от диффузии. При диффузии фигура не формируется — клиент не знает, что у него есть проблема, и телесных проявлений может не быть. При диссоциации фигура сформирована — тело выражает эмоцию — но она отщеплена от сознания. Тело «кричит», а сознание «молчит». Клиент может жаловаться на «беспричинное» напряжение, на внезапные слезы, на приступы паники, не понимая, откуда это берется. Эмоция есть, она работает в теле, но не становится объектом осознания.

Логика диссоциации может быть сформулирована следующим образом: ситуация вызывает у меня сильное чувство, но осознать это чувство слишком опасно или слишком больно. Поэтому моя психика разрывает связь между телом и сознанием. Эмоция остается в теле — в напряжении, в слезах, в дрожи, но не доходит до меня. Я чувствую только смутный дискомфорт, напряжение, «что-то не так». Но я не знаю, что именно я чувствую.

В терминах классификации конфликтов CGT диссоциация наиболее характерна для **«Небезопасности»** (осознание страха было бы слишком страшно), **Невидимости** (клиент никогда не учился связывать тело с чувствами), **«Дефектности»** (стыд настолько силен, что его осознание от-

ключено), **«Потери»** (осознание горя было бы невыносимо), **«Несправедливости»** (осознание ярости или вины отключено).

Речевые индикаторы. Речь клиента с диссоциацией содержит характерные формулировки, указывающие на разрыв между телом и сознанием.

— **«Не знаю» в ответ на вопрос о чувствах.** Терапевт спрашивает: «Что ты сейчас чувствуешь?». Клиент искренне отвечает: «Не знаю», «Ничего», «Вроде нормально». При этом его тело может быть напряжено, дыхание поверхностное. Это не сопротивление и не уход — клиент действительно не имеет доступа к своему аффекту. В отличие от диффузии, где клиент не знает, есть ли у него проблема вообще, здесь клиент может осознавать, что что-то происходит («что-то не так»), но не может это назвать.

— **Описание телесных ощущений вместо эмоций.** Клиент говорит не «я тревожусь», а «у меня стучит сердце», «ком в горле», «напряжение в груди», «трясутся руки». Вместо «я злюсь» — «сжал челюсть», «руки сжались в кулаки». Тело «говорит» о том, что происходит, но эти телесные сигналы не переводятся в язык эмоций. Клиент может подробно описать свое тело, но не может сказать, какая эмоция стоит за этими ощущениями.

— **Разрыв между словом и делом.** Клиент говорит «мне не страшно», но его голос дрожит. Говорит «я спокоен», но его нога трясется. Говорит «мне все равно», но его че-

люсть сжата. Слова утверждают одно, тело показывает другое. При этом клиент не замечает этого противоречия — оно не доходит до его сознания. На указание терапевта («ты говоришь, что спокоен, но твоя нога трясется») клиент может удивиться и сказать «правда? не заметил».

— **Обесценивание или рационализация чувств.** Клиент может признавать, что что-то происходит, но тут же обесценивать это. «Наверное, это просто усталость», «это от погоды», «обычное напряжение после работы». Он ищет рациональное объяснение своим телесным проявлениям, не связывая их с эмоциональным содержанием.

— **Слова-пустышки.** Клиент использует общие, неконкретные слова для описания своего состояния: «плохо», «некомфортно», «напряженно», «неспокойно», «тяжело», «как-то не так». Он не может конкретизировать: что именно — страх, гнев, печаль, стыд?

Телесные индикаторы. Тело клиента с диссоциацией «кричит» о том, о чем молчит сознание.

— **Выраженные телесные реакции без вербального сопровождения.** Клиент может испытывать сильное напряжение, его дыхание может меняться, он может краснеть, бледнеть, потеть, у него могут дрожать руки — но при этом на вопрос «что ты чувствуешь?» он отвечает «ничего» или «не знаю». Тело реагирует, а сознание не регистрирует. Терапевт видит страх, но клиент не знает, что он боится.

— **Плач без чувства грусти.** Клиент может плакать, но

при этом говорить «мне не грустно, я не знаю, почему я плачу». Слезы есть, печали в сознании нет. Это одно из самых ярких проявлений диссоциации — разрыв между телесным выражением эмоции и ее осознанием.

— **Напряжение, которое клиент не связывает с эмоциями.** Клиент может жаловаться на хронические головные боли, боли в спине, напряжение в шее, ком в горле, сжатые челюсти, сжатые кулаки. На вопрос «что происходит, когда возникает это напряжение?» — «не знаю, просто появляется». На вопрос «может быть, ты злишься на кого-то?» — «нет, не думаю». Напряжение живет отдельной жизнью, не связанное с эмоциональным контекстом.

— **Застывшая поза или, наоборот, ажитация без чувства.** Клиент может сидеть очень неподвижно, как будто заморожен, или, наоборот, проявлять двигательное беспокойство — ерзать, постукивать пальцами, менять позу. Но на вопрос «что с тобой происходит?» — «не знаю, ничего особенного». Движения тела не сопровождаются осознанием аффекта.

— **Поверхностное или прерывистое дыхание.** Дыхание может быть поверхностным, грудным, или с задержками. Клиент может не замечать, что его дыхание изменилось. При указании терапевта на дыхание — «да, я дышу поверхностно, но не знаю почему».

Индикаторы в переносе. В переносе клиент с диссоциацией может проявлять те же паттерны — его тело реагиру-

ет на терапевта, но сознание этого не регистрирует. Клиент может «уплывать» — его взгляд становится стеклянным, он перестает реагировать на вопросы, как будто его нет в комнате. При этом его тело может быть расслаблено или застыло. На вопрос «где ты сейчас?» может ответить «здесь», но без возвращения живого контакта.

Клиент может говорить «вы мне очень помогаете», но голос ровный, тело расслаблено, слова не подкреплены чувством. Или говорить «терапия бесполезна», но без раздражения, без злости, просто констатируя факт. Слова есть, эффекта нет.

Индикаторы в контрпереносе

— **Ощущение «стекла» или «стены».** Терапевт может чувствовать, что между ним и клиентом невидимая преграда. Клиент говорит, но его слова не доходят, не затрагивают. Терапевт не заражается эмоциями клиента, потому что эмоции не предъявляются в контакт. Возникает ощущение, что клиент «не здесь», даже когда он физически присутствует.

— **Сонливость и отключение внимания.** Терапевт может ловить себя на том, что ему хочется зевать, мысли улетают, он отключается от беседы. Это не скука — это отражение диссоциации клиента. Тело терапевта начинает синхронизироваться с отключенным состоянием клиента. Важно отслеживать это чувство — оно говорит о том, что клиент диссоциирует.

— **Чувство беспомощности и «умирания» контакта.**

Терапевт может чувствовать, что его усилия «не доходят», что он говорит в пустоту. Он задает вопрос, клиент отвечает формально. Он делает интерпретацию, клиент кивает, но ничего не меняется. Контакт как будто «умирает» на глазах.

— **Физическое напряжение или расслабление без причины.** Терапевт может сам начать напрягаться, сам не зная почему. Или, наоборот, может чувствовать сонливость, вялость, «отключение». Это телесное отражение диссоциации клиента. Важно замечать эти телесные реакции как сигнал о происходящем.

ЗАСТРЕВАНИЕ

Застревание — это механизм прерывания контакта, при котором человек не может завершить цикл контакта, фиксируясь на теме, чувстве, объекте, поведении или стадии развития. Энергия не находит разрядки и не уходит в фон, оставаясь в замороженном состоянии. Вместо того чтобы пройти полный цикл (преконтакт — контакт — финальный контакт — постконтакт), человек заикликивается на этапе финального контакта, возвращаясь к нему снова и снова, не в силах двинуться дальше.

Ключевая метафора застревания — это застрявшая пластинка, которая повторяет один и тот же фрагмент мелодии, не двигаясь дальше. Энергия есть, мелодия есть, но она не развивается. Человек с застреванием может быть очень эмоциональным, очень вовлеченным, очень активным, но вся эта энергия не продвигает его к завершению. Он бесконечно говорит о своей обиде, но не может ни простить, ни разорвать отношения. Он бесконечно переживает утрату, но не может отпустить.

В отличие от ретрофлексии, где энергия направляется на себя, и от дефлексии, где она рассеивается, при застревании энергия циркулирует по замкнутому кругу. Она не уходит в новые фигуры, потому что старая фигура не завершена. Она не может разрядиться в действии, потому что действие

заблокировано. Она остается в психике как незакрытый гештальт, постоянно требующий внимания и постоянно не находящий удовлетворения.

Логика застревания может быть сформулирована следующим образом: ситуация не была завершена — я не сказал то, что нужно было сказать, не сделал то, что нужно было сделать, не прожил то, что нужно было прожить. Поэтому энергия этой ситуации остается во мне и продолжает требовать завершения. Я возвращаюсь к ней снова и снова, потому что она не отпускает меня. Но я не могу ее завершить, потому что это страшно, или потому что объект уже недоступен, или потому что время ушло. И я остаюсь в этом застревании, не двигаясь ни назад, ни вперед.

Эта незавершенность застревает в психике. Клиент может не думать о ситуации специально, но она всплывает снова и снова — в воспоминаниях, в снах, в навязчивых мыслях. При столкновении с триггерами, напоминающими ту ситуацию, возникает интенсивная эмоциональная реакция, несоизмеримая текущему контексту. Клиент может реагировать на нейтральное замечание партнера так, как будто его предали, потому что это замечание активирует старую, незавершенную ситуацию с предательством.

Застревание поддерживается двумя факторами. Первый — **страх завершения**. Завершить — значит отпустить, принять потерю, признать, что время ушло, что что-то уже не вернуть. Для многих клиентов это страшнее, чем оста-

ваться в застревании. Пока они застряли, они сохраняют иллюзию, что ситуация еще может разрешиться, что чувство еще можно выразить, что объект еще можно вернуть. Завершение разрушает эту иллюзию. Второй фактор — **вторичная выгода**. Застревание может давать клиенту что-то важное: внимание (человек, который годами горюет, получает поддержку), идентичность («я тот, кого предали», «я тот, кто потерял великую любовь»), оправдание (неудачи объясняются незавершенной ситуацией).

В терминах классификации конфликтов CGT застревание наиболее характерно для конфликта «**Потеря**» (невозможность отпустить утраченное), «**Несправедливость**» (застревание в обиде, вине, долженствовании), «**Выбор**» (невозможность совершить новый выбор при изменившихся обстоятельствах), а также для обсессивно-компульсивной структуры, пролонгированного горя, посттравматического стрессового расстройства.

Диагностика застревания требует внимания к повторяемости, циклическому возвращению к одной и той же теме, невозможности завершить и двигаться дальше.

Речевые индикаторы. Речь клиента с застреванием отличается повторяемостью. Он рассказывает одну и ту же историю, использует одни и те же фразы, приводит одни и те же примеры — сессию за сессией, месяц за месяцем. Даже если терапевт уже все понял, клиент продолжает говорить об одном и том же, как будто впервые. «Я уже рассказывал?»,

«мы говорили об этом на прошлой сессии, но я опять...».

Характерны фразы, указывающие на незавершенность: «никак не могу забыть», «ношу в себе это чувство», «возвращаюсь к этому снова и снова», «не могу закрыть эту тему», «время не лечит». Клиент сам осознает, что застрял, но не знает, как выйти из этого состояния.

Клиент часто использует детализированные, многословные описания одной и той же ситуации. Каждый раз он добавляет новые подробности, но эти подробности не продвигают его к завершению — они только углубляют фиксацию. Он может рассказывать о расставании, случившемся десять лет назад, так, как будто это было вчера, вспоминая каждую деталь разговора, каждую интонацию.

Отсутствие динамики в рассказе — важный признак. На вопрос «что изменилось с прошлого раза?» клиент отвечает «ничего», или «все то же самое», или начинает снова рассказывать ту же историю, не замечая, что не ответил на вопрос. Время идет, а содержание остается неизменным. Клиент не перерабатывает опыт, не делает выводов, не приходит к новому пониманию — он просто повторяет.

Телесные индикаторы. Тело клиента с застреванием часто отражает ту же замороженность, что и его психика. Хроническое напряжение в определенных зонах (грудь, живот, горло, плечи) — как будто энергия застряла именно там и не может двигаться дальше. Это напряжение может быть постоянным, не зависящим от контекста. В отличие от ре-

трофлексии, где напряжение связано со сдерживанием конкретного импульса, при застревании напряжение — это застывшая энергия незавершенного действия.

Отсутствие расслабления при завершении темы — когда терапевт пытается перейти к другой теме, клиент может оставаться напряженным, как будто он все еще там, в той ситуации. Его тело не следует за сменой контекста. В дыхании может быть задержка, плечи остаются приподнятыми, взгляд направлен внутрь, даже когда разговор уже давно о другом.

При попытке клиента «отпустить» (по просьбе терапевта) напряжение может **усиливаться**, а не снижаться. Сопротивление завершению проявляется на телесном уровне. Клиент не может просто расслабиться — его тело как будто держится за застывшее чувство, потому что отпустить его означает потерять связь с чем-то важным.

Поведенческие индикаторы. Клиент демонстрирует циклическое возвращение к теме. Независимо от того, с чего началась сессия, разговор снова и снова возвращается к одной и той же ситуации, одному и тому же конфликту, одному и тому же человеку. Терапевт может пытаться удержать фокус на другой теме, но клиент «соскальзывает» обратно.

Ритуальное поведение — клиент может совершать одни и те же действия, чтобы «защититься» от чувств, связанных с застрявшей ситуацией. Проверки (выключил ли утюг), пересчитывания, определенный порядок действий. Эти ритуалы — попытка контролировать то, что не может быть заверше-

но по-другому.

Компульсивное повторение — клиент может снова и снова вступать в одни и те же отношения, попадать в одни и те же ситуации, совершать одни и те же ошибки. Он воспроизводит один и тот же сценарий, потому что не может завершить предыдущий. Каждый новый раз — это попытка «дожить» то, что не было завершено.

Индикаторы в переносе. В переносе клиент с застреванием воспринимает терапевта как того, кто должен помочь ему завершить, но при этом сопротивляется завершению. Он может относиться к терапевту как к «замене» объекта застревания. Если клиент застрял в отношениях с матерью, он может переносить эти отношения на терапевта, ожидая, что терапевт даст ему то, что не дала мать — признание, любовь, прощение. Но, как и с матерью, он не может ни получить желаемое, ни отпустить.

Клиент может бояться завершения терапии уже на ранних этапах. Он говорит: «я боюсь, что, когда мы закончим, я не справлюсь», «не представляю, как буду без вас». Терапия становится еще одним объектом, за который он застревает. Уход терапевта в отпуск может вызывать интенсивную тревогу — это повторение предыдущих потерь.

Циклический перенос — клиент воспроизводит с терапевтом те же паттерны, что и с объектом застревания. Он может идеализировать терапевта, потом обесценивать, потом снова идеализировать — повторяя отношения, в которых за-

стрял. Он может злиться на терапевта за то, что тот не даст ему завершения, и одновременно цепляться за терапевта, чтобы не потерять связь.

Индикаторы в контрпереносе. Контрперенос терапевта при работе с застреванием очень характерен.

Терапевт может чувствовать **скуку** и **топтание на месте**. Мы говорим об одном и том же уже который месяц, и ничего не меняется. Терапевт задает одни и те же вопросы, клиент дает одни и те же ответы. Возникает ощущение бесконечного повторения, как в дурной бесконечности.

Терапевт может чувствовать **беспомощность** и **фрустрацию**. Он не знает, как помочь клиенту сдвинуться с места. Все техники, все интервенции оказываются бессильны. Клиент возвращается к исходной точке, как будто ничего не было. Терапевт может начать сомневаться в своей компетентности.

Терапевт может чувствовать **раздражение** — клиент не продвигается, не использует то, что уже было проговорено, не делает выводов. Ему хочется сказать: «мы уже это обсуждали!», «сколько можно?», «вы уже все поняли, что дальше?». Это раздражение важно отслеживать, потому что оно отражает собственное застревание терапевта в работе с клиентом.

Также терапевт может чувствовать **тоску** и **безнадежность** — как будто клиент никогда не сможет завершить, никогда не отпустит, навсегда останется в этой точке. Эта

безнадежность — отражение безнадежности самого клиента, который не верит, что когда-нибудь сможет завершить.

ТЕХНИКИ CGT

Данный раздел посвящен общему обзору техник CGT для введения читателя в метод. В следующем разделе мы будем рассматривать применение данных техник к каждому конфликту индивидуально.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ

Диагностическое интервью — это один из основных разговорных методов в нашей работе. Оно состоит из совокупности вопросов, призванных определить элементы в проблеме клиента, которые будут использоваться для дальнейшей работы: проблемную ситуацию, эмоциональные триггеры, эмоции, механизмы прерывания контакта. В этом смысле диагностическое интервью направлено на сборку схемы SED, имея основной целью выделить эмоции клиента, так как именно с них начинается терапевтическая работа в нашем методе. В результате диагностического интервью мы должны определить следующие пункты.

— С чем именно мы работаем? В какой конкретной ситуации возникает проблема?

— Что именно происходит с клиентом в этой ситуации? Какие чувства он испытывает?

— Какой глубинный смысл имеет для него эта ситуация? Что самое болезненное в ней?

Диагностическое интервью — это основной инструмент для получения этих ответов. Это не просто расспросы и не сбор анамнеза. Это активная, структурированная работа, в ходе которой терапевт помогает клиенту перейти от смутных, абстрактных жалоб к конкретным, прожитым и эмоционально заряженным событиям.

Правильно проведенное диагностическое интервью уже само по себе обладает терапевтическим действием, потому что оно проясняет для клиента то, что раньше было для него туманным и пугающим. Вместо «со мной что-то не так» клиент начинает понимать: «вот в этой конкретной ситуации я чувствую вот это, и это происходит потому, что я боюсь вот того».

Главное правило диагностического интервью звучит так: абстрактные запросы не принимаются к работе. Пока проблема не привязана к конкретным жизненным обстоятельствам, у нас нет мишени для терапии.

Какие формулировки мы не можем брать в работу: «У меня экзистенциальный кризис»; «Я не чувствую своей реализации»; «У меня низкая самооценка»; «Моя жена — тиран»; «Меня никто не понимает»; «Я чувствую тревогу без причины».

Все эти формулировки — абстракции, обобщения, ярлыки. Они не содержат в себе конкретной ситуации, а значит, мы не можем понять, что именно запускает проблему. Наша задача — перевести каждую такую абстракцию на язык конкретных событий, действий, слов, ощущений.

Как выглядит конкретизация на практике

Ситуация 1. Экзистенциальный кризис

Клиент: «Мне кажется, у меня экзистенциальный кризис. Я потерял смысл жизни».

Терапевт: «Потеря смысла — это очень тяжелое пережи-

вание. Помогите мне понять, в каких конкретных ситуациях вы ощущаете эту потерю смысла сильнее всего? Где вы находитесь, что делаете, когда это накрывает?»

Клиент: «Ну... когда я прихожу с работы домой. Я захожу в пустую квартиру, и меня просто накрывает».

Терапевт: «Отлично. Теперь у нас есть конкретная ситуация: вы заходите в пустую квартиру после работы. Именно с ней мы и будем работать, а не с абстрактным „экзистенциальным кризисом“. Что именно вы чувствуете в тот момент, когда переступаете порог?»

Ситуация 2. Низкая самооценка

К: «У меня низкая самооценка, я постоянно себя критикую».

Т: «Давайте сделаем это более конкретным. Приведите, пожалуйста, самый свежий пример из последних дней, когда вы себя раскритиковали. Что именно произошло?»

К: «Ну... вчера я готовил ужин для девушки. Она сказала „спасибо, очень вкусно“, но я все равно потом полчаса прокручивал в голове, что пересолит суп, и что она на самом деле просто не хотела меня обидеть».

Т: «Теперь у нас есть конкретная ситуация: вы готовите ужин для девушки, она говорит „спасибо“, а вы начинаете себя критиковать за пересоленный суп. Вот с этой ситуацией мы и будем разбираться. Что вы чувствуете в тот момент, когда начинаете себя критиковать?»

Ситуация 3. Тревога без причины

К: «У меня тревога. Постоянная. Я уже не знаю, от чего она, просто просыпаюсь и чувствую тревогу».

Т: «Тревога без причины — это очень изматывающе. Давайте попробуем найти, в каких ситуациях она становится сильнее или, наоборот, ослабевает. Когда вы замечаете, что тревога нарастает?»

К: «Когда я на работе. Особенно когда начальник вызывает меня к себе в кабинет».

Т: «Значит, у нас есть конкретная ситуация: начальник вызывает вас в кабинет. Вот с ней мы и будем работать. Что вы чувствуете в тот момент, когда слышите приглашение зайти?»

В каждом из этих примеров терапевт делает одно и то же: он мягко, но настойчиво переводит внимание клиента с абстрактного диагноза или состояния на конкретные обстоятельства жизни. Только после этого появляется возможность для настоящей терапии.

Три шага диагностического интервью

Вся наша диагностическая работа строится вокруг трех последовательных шагов. У этих шагов есть свой приоритет, но в реальной беседе они могут переплетаться и дополнять друг друга. Мы можем несколько раз возвращаться от эмоции к ситуации, от триггера к эмоции, постепенно уточняя и проясняя картину.

Первый шаг: выяснение ситуации. Это фундамент

всей работы. Без понимания «где, когда, с кем, при каких обстоятельствах» все остальные шаги будут зыбкими и ненадежными. Наша цель на этом этапе — воссоздать максимально полную и яркую картину события, как если бы мы снимали его на видеокамеру.

Какие вопросы мы задаем на этом шаге:

— *О самом последнем или типичном случае.* «Назовите самую последнюю ситуацию, где эта проблема проявилась». Это самый сильный вопрос, потому что свежее воспоминание содержит больше всего живых деталей. Если клиент не может вспомнить последний случай, просим привести типичный: «Тогда приведите самый типичный пример того, как это обычно происходит».

— *О конкретных обстоятельствах.* «Что именно произошло? Где вы находились? Кто еще был рядом? В какое время это было? Что вы делали прямо перед этим?»

— *О том, что можно «увидеть на камеру».* Мы стараемся отделить факты от интерпретаций. Факт — это то, что можно записать на видео: «она сказала такую-то фразу», «он повысил голос», «я развернулся и ушел». Интерпретация — это то, что клиент сам додумывает: «она хотела меня унижить», «он специально меня провоцирует». Когда клиент предлагает интерпретацию, мы мягко возвращаем его к фактам: «То есть вы слышали, как он сказал именно эти слова?», «Что именно вы видели в ее лице?»

— *Об исключениях.* «Всегда ли так происходит? А были

ситуации, когда должно было случиться то же самое, но проблема не проявилась? Что тогда было иначе?» Вопросы об исключениях помогают увидеть, что проблема не тотальна, а значит, у клиента уже есть ресурсы и навыки, на которые можно опереться.

— *О том, что было до и после.* «Что случилось прямо перед этой ситуацией? А что вы сделали сразу после того, как это произошло?» Это помогает увидеть цепочку событий и понять, что именно запускает проблему и какие последствия она имеет.

Развернутый пример сбора ситуации

К: «Мы с женой постоянно ссоримся. Она меня просто пилит, я уже устал».

Т: «Постоянно — это громкое слово. Давайте сделаем это более конкретным. Расскажите о последней ссоре. Когда это было?»

К: «Вчера вечером».

Т: «Что именно произошло? Где вы находились?»

К: «На кухне. Я мыл посуду после ужина, а она увидела, что мусорное ведро переполнено, и начала возмущаться».

Т: «Давайте теперь замедлимся и представим, что я снимаю это на камеру. Я хочу увидеть и услышать то, что происходило. Какие именно слова она сказала? Каким тоном?»

К: «Она вздохнула и сказала: „Ну вот опять. Ты обещал вынести мусор утром“. Тон был... ну, такой усталый, с ноткой разочарования».

Т: «А что вы сделали или сказали в ответ?»

К: «Я промолчал, выключил воду, вытер руки и ушел в комнату, хлопнув дверью».

Т: «Отлично. Теперь у нас есть полная картина: вечер на кухне, вы моете посуду, она замечает переполненное ведро, вздыхает и говорит с разочарованием: „Ты обещал вынести мусор утром“. А вы молча уходите, хлопая дверью. Что вы чувствовали в тот самый момент, когда она произнесла эти слова?»

Теперь у нас есть прочная основа для следующего шага. Мы не ушли в общие рассуждения о «пилении» и «усталости от брака». У нас есть конкретный эпизод, который мы можем исследовать дальше.

Второй шаг: выяснение эмоций. Только когда клиент «заземлен» в конкретной ситуации, мы можем задать ключевой вопрос: «Что вы чувствовали в тот самый момент?». Без привязки к ситуации ответ будет абстрактным: «Мне было плохо», «Тревога», «Какая-то пустота». В контексте же конкретного события эмоции оживают, становятся различными, обретают форму, цвет, интенсивность.

Какие вопросы мы задаем на этом шаге:

— *Прямой вопрос о чувстве.* «Когда она сказала: „Ты обещал“, что ты почувствовал в тот момент?» «Какое чувство было самым сильным?»

— *Вопрос о телесных ощущениях.* Если клиенту трудно назвать чувство, мы можем спросить о теле: «А что проис-

ходило в твоём теле в тот момент? Где ты чувствовал напряжение? Что именно ты ощущал — жар, холод, сжатие, пустоту?»

— *Предложение вариантов*. Если клиент застревает, можно мягко предложить варианты: «Ты чувствовал злость? Обиду? Страх? Разочарование?» Важно предлагать именно как варианты для выбора, а не как готовый диагноз.

— *Уточнение фоновой эмоции*. Часто одна эмоция находится на поверхности, а другая — глубже, как фон. «Какая эмоция была самой яркой, на первом плане? А что было под ней, как будто фоном?»

Продолжение примера

Т: «Итак, она говорит: „Ты опять не вынес мусор“. Ты молча уходишь, хлопая дверью. Что ты чувствовал в тот самый момент, когда она произнесла эти слова?»

К: «Ну... злость, наверное. Меня просто взбесило».

Т: «Злость. Это понятно. А если прислушаться к себе внимательнее, что еще было? Часто под злостью что-то прячется».

К: (пауза) «Обида. Какая-то такая... детская обида. Как будто меня опять отчитали за то, что я сделал не так».

Т: «Значит, злость на поверхности, а под ней — обида. Отлично. Запомним это. Теперь у нас есть не только ситуация, но и первое важное чувство — обида».

Третий шаг: выяснение эмоционального триггера (чувственного смысла). Это сердцевина всей диагностики.

ческой работы. Эмоциональный триггер — это ответ на вопрос «Что эта ситуация значит для тебя?», «Что в ней самого обидного, самого страшного, самого болезненного?». Это и есть тот самый чувственный смысл, который связывает прошлый травматический опыт с текущей реакцией.

Триггер — это не мысль и не объяснение. Это первичное, часто довербальное переживание. Это не «я думаю, что она меня не уважает», а «я чувствую себя маленьким мальчиком, которого отчитали и разлюбили».

Какие вопросы мы задаем на этом шаге:

— *Прямые вопросы о смысле.* «Когда она говорит тебе это, что это для тебя значит?», «Что здесь для тебя самое болезненное?», «О чем для тебя эта ситуация?»

— *Вопрос о самоощущении.* «Каким ты себя чувствуешь в этой ситуации? Опиши себя. Какой ты в этот момент?»

— *Вопрос о взгляде другого.* «Как, по-твоему, она на тебя смотрит в этот момент? Что она видит?»

— *Вопрос «что будет дальше?» (катастрофизация).* «Давай представим самое худшее. Что может произойти?». И затем: «И что тогда?» — задаем этот вопрос несколько раз, пока не дойдем до самого страшного, самого глубинного.

— *Вопрос о прошлом опыте.* «Это чувство, которое ты сейчас описываешь, оно похоже на что-то из твоего прошлого? Когда ты чувствовал то же самое раньше?»

Продолжение примера — поиск триггера через катастрофизацию

Т: «Ты сказал, что чувствуешь обиду, когда она так говорит. А что для тебя самое обидное в ее словах „Ты опять не вынес мусор“? Что они означают для тебя?»

К: «Что я... ненадежный. Что на меня нельзя положиться, что я не выполняю обещаний».

Т: «Ненадежный. Это важное слово. А если это правда? Если ты на самом деле ненадежный? Что тогда?»

К: (смотрит в сторону) «Тогда она... перестанет меня уважать. Найдет кого-то другого».

Т: «И что тогда будет самым страшным?»

К: (тише) «Я останусь один».

Т: «Останешься один. Значит, для тебя эти слова „ты опять не вынес мусор“ означают не просто про мусор. Они означают: „ты ненадежный, тебя нельзя любить, ты будешь один“. Так?»

К: (кивает) «Да... примерно так».

Теперь у нас есть полная схема: ситуация (упрек за мусор) — эмоциональный триггер (я ненадежный, меня нельзя любить, я останусь один) — эмоция (обида, злость). И мы видим, как ситуация на кухне связана с глубинным страхом одиночества и отвержения.

Альтернативный путь — поиск триггера через прошлый опыт

В другом случае терапевт мог бы пойти иначе.

Т: «Ты сказал, что чувствуешь обиду, когда она так говорит. Это чувство обиды — оно тебе знакомо по прошлому?»

Когда ты чувствовал такое же раньше?»

К: «Да... когда мама ругала меня за двойки. Она говорила: „Ты меня позоришь“, „Из тебя ничего не выйдет“. И я чувствовал себя так же — маленьким, никчемным, и боялся, что она меня разлюбит».

Т: «Значит, сейчас на кухне с женой ты чувствуешь то же самое, что чувствовал тогда с мамой?»

К: «Получается, что так. Она же не мама, а я реагирую так, будто меня сейчас разлюбят навсегда».

Теперь у нас есть связь между текущей ситуацией и детским опытом. Эмоциональный триггер — страх потери любви — активируется в обоих случаях.

В итоге мы можем получить следующие примеры схемы SED:

Кейс 1. Ситуация с начальником

Описание ситуации. Клиент рассказывает: «Начальник сделал мне выговор, хотя я сделал работу правильно. Я промолчал, а потом весь месяц прокручивал это в голове».

Выстраивание схемы SED. Ситуация: начальник делает выговор за работу, которую клиент считает правильно выполненной. Триггер — внутренний смысл, который клиент придает ситуации: «Он считает меня некомпетентным», «Он думает, что я сделал ошибку». Конфликт дефектности активируется через страх разоблачения своей некомпетентности. Первичная эмоция: стыд за возможную ошибку, страх быть «разоблаченным» как неумеха. Вторичная эмоция: гнев на

начальника за несправедливость. Защита: клиент сдерживает гнев и стыд, молча выслушивает, а затем прокручивает ситуацию в голове весь месяц.

Краткая схема: ситуация (начальник критикует) → первичная эмоция (стыд, страх разоблачения) → защита (ретрофлексия).

Кейс 2. Ситуация с женой

Описание ситуации. Клиент рассказывает: «Жена сказала, что я неправильно прибил полку, и мы поругались из-за этого».

Выстраивание схемы SED. Ситуация: жена критикует результат его домашней работы. Триггер: «Она считает меня неумехой», «Она думает, что я ничего не могу сделать правильно». Конфликт дефектности активируется через страх быть оцененным как некомпетентный. Первичная эмоция: стыд, страх унижения. Вторичная эмоция: гнев, ярость. Защита: клиент не сдерживается и взрывается — кричит на жену, обвиняет ее в придирках (проекция). Гнев разряжается, но стыд остается не прожитым.

Краткая схема: ситуация (жена критикует) → первичная эмоция (стыд) → защита (проекция).

Кейс 3. Ситуация с новым делом

Описание ситуации. Клиент говорит: «Я не могу начать новое дело, потому что у меня ничего не получится».

Выстраивание схемы SED. Ситуация: необходимость начать проект, написать заявление, выступить с инициативой.

Триггер: «Если я начну и у меня не получится, все увидят, что я ни на что не способен», «Я не переживу этого стыда». Конфликт дефектности активируется через страх неудачи как подтверждения своей некомпетентности. Первичная эмоция: стыд, страх уничтожения самооценки. Защита: дефлексия — клиент откладывает начало, переключается на другие дела, находит причины не начинать (прокрастинация).

Краткая схема: ситуация (нужно начать новое дело) → первичная эмоция (стыд, страх неудачи) → защита (дефлексия).

Кейс 4. Ситуация с публичным выступлением

Описание ситуации. Клиент рассказывает: «Мне нужно было выступать на совещании, но я сказал, что не готов, хотя на самом деле готов был».

Выстраивание схемы SED. Ситуация: возможность выступить перед коллегами. Триггер: «Если я скажу что-то не то, они подумают, что я некомпетентен», «Меня осмеют». Конфликт дефектности активируется через страх публичного разоблачения. Первичная эмоция: стыд, страх унижения. Защита: дефлексия — клиент отказывается от возможности выступить, придумывает причину («я не готов»), чтобы не рисковать.

Краткая схема: ситуация (нужно выступать публично) → первичная эмоция (стыд) → защита (дефлексия).

Кейс 5. Ситуация с получением комплимента

Описание ситуации. Клиент говорит: «Меня похвалили за работу, но мне стало неловко, я сказал, что это не моя заслуга».

Выстраивание схемы SED. Ситуация: начальник или коллега хвалит клиента за хороший результат. Триггер: «Если я приму похвалу, то потом не смогу оправдать ожидания», «Они увидят, что я на самом деле не такой хороший». Конфликт дефектности активируется через страх будущего разоблачения. Первичная эмоция: стыд, страх «быть пойманным на несоответствии». Защита: обесценивание — клиент обесценивает свой успех, приписывает его внешним обстоятельствам («просто повезло», «не я один сделал»).

Краткая схема: ситуация (получение похвалы) → первичная эмоция (стыд, страх разоблачения) → защита (эготизм).

Как связаны эмоция и триггер: принцип дополненности

На практике редко удастся выстроить линейную цепочку: сначала идеальная ситуация, потом чистая эмоция, потом кристально ясный триггер. Чаще всего мы двигаемся как бы по спирали, возвращаясь то к одному, то к другому элементу.

Путь от эмоции к триггеру. Мы нашли эмоцию (обида) и задаем вопросы о смысле, чтобы добраться до триггера. Так было в нашем примере.

Путь от триггера к эмоции. Клиент может сам сформулировать триггер, но не понимать своей эмоции.

К: «Я чувствую, что я плохой отец, когда мой сын получает двойку».

Т: «„Я плохой отец“ — это мысль, интерпретация. А какое чувство стоит за этой мыслью? Что ты чувствуешь, когда думаешь „я плохой отец“?»

К: «Стыд. Мне стыдно перед другими родителями, перед учителями».

Т: «Значит, ситуация (сын принес двойку) — триггер („я плохой отец“) — эмоция (стыд). Теперь мы можем работать дальше».

Путь от одного триггера к другому, более глубокому. Иногда первый триггер — это всего лишь защита от более страшного.

К: «Самое страшное, что меня уволят с работы».

Т: «И что тогда будет, если вас уволят?»

К: «Я не смогу обеспечивать семью».

Т: «И что тогда?»

К: «Жена разочаруется во мне... и уйдет».

Т: «И что тогда будет самым страшным?»

К: «Я останусь один. Совсем один».

Первый триггер — «меня уволят» — оказался лишь верушкой. Глубинный триггер — страх одиночества.

Золотое правило: Любая попытка клиента дать рационализацию (мысль, объяснение, теорию, ярлык) — это для нас всего лишь указатель на чувство или на более глубокий

триггер. Наша задача — переводить «я думаю, что...» в «я чувствую...», а затем в «это для меня значит, что...».

Приоритет в расспросе

Хотя в реальной беседе мы можем переходить от одного шага к другому, существует четкий приоритет, которого стоит придерживаться, особенно на первых встречах.

— **Сначала выясняем ситуацию и симптом.** Без конкретной ситуации все остальное теряет смысл. Наша первая задача — получить от клиента описание конкретного эпизода, в котором проявилась проблема. Это наша точка входа.

— **Затем спрашиваем про эмоции.** Когда ситуация ясна, мы спрашиваем, что клиент чувствовал в тот момент. Это может быть как одна эмоция, так и несколько. Мы не торопимся, даем клиенту время прислушаться к себе.

— **Затем уточняем эмоциональные триггеры.** Когда эмоция названа, мы начинаем исследовать ее смысл. Что эта ситуация значит для клиента? Что в ней самое болезненное? Это самый важный шаг, потому что именно триггер ведет нас к глубинному конфликту.

При этом эмоции и триггеры дополняют и проясняют друг друга. Иногда мы начинаем с эмоции и через нее приходим к триггеру. Иногда клиент сразу называет триггер («я почувствовал, что я ничтожество»), и тогда мы спрашиваем об эмоции, которая стоит за этим триггером («а что ты чувствуешь, когда понимаешь, что ты ничтожество?»). Это нормаль-

ное движение туда-обратно, которое только углубляет диагностику.

Про защиты

Как вы уже поняли, с помощью диагностического интервью мы собираем нашу схему SED, где помимо эмоций, триггеров и ситуации есть еще и защитный механизм. У нас имеются отдельные вопросы для его прояснения, однако в большинстве случаев защитный механизм уже содержится, либо в ситуации, либо в жалобе, либо в чувствах клиента. Например, если клиент жалуется на прокрастинацию, то сама прокрастинация и будет его защитой (дефлексией). В других случаях клиент в принципе не способен отчитаться о защите, и она проясняется уже в контакте с ним. Например, защитой клиента может быть эготизм, однако он скорее будет жаловаться на холодные отношения с женой или депрессию. Поэтому диагностировать механизмы прерывания контакта с позиции гештальт-терапевта — это все же интерпретативная задача именно самого терапевта.

Специфика сбора схемы SED при работе с конфликтом

Надо понимать, что диагностическое интервью и сборка схемы SED в рамках одной сессии мало чем будет отличаться от симптоматической работы. Каждый сеанс мы будем выстраивать новую схему SED, исходя из текущей проблем-

ной ситуации. Например, при конфликте дефектности, клиент может жаловаться на различные ситуации: «Не смог ответить начальнику, потому что он лучше знает», «Жена сказала, что неправильно прибил полку, и мы не разговаривали весь вечер из-за этого», «Не могу возразить своему психотерапевту, потому что он знает лучше, чем я», «Не могу начать новое дело, потому что у меня ничего не получится». Во всех этих ситуациях мы будем выстраивать и разные схемы.

— **Ситуация с начальником:** «Начальник делает выговор, хотя я сделал работу правильно (S) — Я чувствую гнев, но в тоже время стыд за то, что совершил ошибку (E) — я сдерживаю гнев и молча выслушиваю, что мне говорит начальник, а затем прокручиваю это в голове весь месяц (D)».

— **Ситуация с женой:** «Жена критикует результат его работы (S) — Я почувствовал стыд и вину, что все делаю не так (E) — ушел в свою комнату, и мы не разговаривали до конца вечера (D)».

— **Ситуация с терапевтом:** «Терапевт давит на меня своей интервенцией (S) — Я чувствую напряжение и гнев (E) — но я сдерживаюсь, потому что он лучше знает (D)».

Помимо этого мы получаем информацию из других источников информации, например из терапии травмы («Родители всегда говорили, что из меня ничего не выйдет»), или из образной терапии («Этот образ вызывает у меня пренебрежение»).

В итоге постепенно у нас вырисовывается обобщенная

картина проблемы клиента и его взаимодействий с миром, из которых мы и составляем более общую концептуальную схему.

«Ситуации, где надо отстоять себя, где подвергают сомнению мою компетентность (S) — стыд и вина (E) — сдерживание агрессивного импульса (D)». Также у нас накапливается и информация о болезненных триггерах: «Я не компетентный», «Я не справился», «Другие знают лучше», «Меня оценивают». Все это помогает нам определить первоначальную болезненную точку клиента, которая и приводит к запуску защит. В данном случае речь идет о конфликте дефектности — человек считает себя неправильным, некомпетентным, неспособным, а потому он обычно сдерживается перед более «компетентными» людьми, старается компенсировать свои недостатки через перфекционизм, и в целом резко реагирует на любые возможности обнаружения своей дефектности.

Хотя в рамках каждой сессии мы и дальше будем работать с отдельными ситуациями с помощью конкретизированных схем SED, обобщенная концептуализация позволяет нам не просто решать конкретные проблемы и запросы, но и в целом строить стратегию работы на уровне личности, а также предполагать возможные болевые точки клиента и его потребности. В частности, при конфликте дефектности присутствует глубокая потребность в нормализации и принятии, которые и должен будет предоставить терапевт. И до этого

вы бы вряд ли дошли, работая лишь с конкретными ситуациями, где бы просто предлагали клиенту напрямую поговорить с женой или с начальником. Мы также могли бы не заметить перфекционизм клиента, в то время как обнаружение конфликта позволяет нам направить наши диагностические усилия на те проблемы, которые этот конфликт предполагает, но которые клиент мог не озвучивать. Наконец, будем понимать с чем работать на следующей сессии, даже если клиент придет без жалоб — скорее всего, мы спросим его о ситуациях, где он так или иначе чувствовал свою дефектность.

Типичные ошибки при проведении диагностического интервью

Завершая главу, перечислим основные ошибки, которые совершают начинающие терапевты на диагностическом этапе.

Ошибка 1. Согласие работать с абстрактной проблемой. Терапевт не конкретизирует запрос и начинает лечить «депрессию» или «низкую самооценку» как таковые. Это ведет к бесконечным разговорам «ни о чем» и отсутствию результатов.

Как избежать? Никогда не принимайте абстрактную формулировку. Всегда задавайте вопрос: «В каких конкретных ситуациях это проявляется? Приведите пример».

Ошибка 2. Переход к интерпретациям и советам слишком рано. Терапевт, не собрав достаточно материала,

начинает объяснять клиенту, в чем его проблема, или давать рекомендации. Это вызывает сопротивление и разрушает доверие.

Как избежать? Сначала соберите три-четыре конкретные схемы. Только потом, когда у вас есть материал, можно начинать его интерпретировать, да и то в форме предположения.

Ошибка 3. Остановка на эмоции без выяснения триггера. Терапевт выяснил, что клиент чувствует злость или обиду, и на этом успокоился. Но без триггера мы не знаем, в чем истинная причина реакции, и работа будет поверхностной. Также отсутствие триггера не позволит нам актуализировать эмоции при выполнении конкретных техник.

Как избежать? Всегда после того, как названа эмоция, задавайте вопросы о смысле: «А что для тебя самое обидное в этой ситуации? Что это значит для тебя?»

Ошибка 4. Игнорирование невербальных сигналов. Клиент говорит одно, но его тело, голос, мимика говорят другое. Терапевт, ориентируясь только на слова, упускает важную информацию.

Как избежать? Замечайте изменения в клиенте. Если он сжимает кулаки, говоря о любви к матери, — это важный сигнал. Если его голос становится тише или он отводит глаза на определенной теме — это тоже материал для вопроса.

Ошибка 5. Боязнь задавать сложные вопросы. Терапевт боится спросить клиента о самом болезненном, о катастрофе, о прошлом опыте. В результате работа остается на

поверхности.

Как избежать? Помните, клиент не сломается от вопроса «что самого страшного может случиться?». Наоборот, такие вопросы показывают вашу готовность идти туда, куда клиенту страшно идти одному. Задавайте эти вопросы, но делайте это с уважением и эмпатией.

Ошибка 6. Попытка охватить всё и сразу. Терапевт пытается собрать все возможные схемы, все детали биографии, весь контекст жизни клиента. Это приводит к информационной перегрузке и параличу действия.

Как избежать? Сфокусируйтесь на одной-двух самых актуальных для клиента ситуациях.

ТЕХНИКИ ОТРАЖЕНИЯ

Отражение — это одна из базовых техник в нашей работе. Она заключается в том, что терапевт возвращает клиенту то, что он от него получил: его слова, его фразы, его поведение, его телесные проявления. Отражение работает как зеркало: оно показывает клиенту его самого, его паттерны, его противоречия, его эмоциональный материал.

Отражение выполняет важных задач.

— **Показать клиенту, что его слышат и понимают.** Когда терапевт точно пересказывает то, что сказал клиент, клиент чувствует: меня видят, меня слушают, я здесь важен. Это создает доверие и безопасность, без которых невозможно движение вглубь переживаний.

— **Структурировать материал клиента.** Часто клиент говорит сбивчиво, перескакивает с одного на другое, тонет в деталях. Отражение помогает выделить главное, отсечь второстепенное и вернуть клиенту суть его собственного рассказа в более четкой и ясной форме.

— **Усилить контакт клиента с самим собой.** Когда терапевт отражает не только слова, но и поведение, невербалику, повторяющиеся паттерны, клиент начинает видеть себя со стороны. Он замечает то, что раньше проходило мимо его внимания: как он сжимает кулаки, когда говорит о матери, как он меняет тему, когда речь заходит об отце, как он

обесценивает свои достижения. Это осознание само по себе является мощным терапевтическим фактором.

— **Углубление в эмоциональный материал.** Это ключевая особенность отражения именно в нашей модели. В гештальт-терапии, фокусированной на конфликте, мы отражаем не любые мысли и рассуждения клиента, а прежде всего то, что связано с его чувствами и переживаниями. Если клиент долго и умно рассуждает о причинах своей депрессии, мы не будем отражать эти рассуждения — это поддержало бы его уход в голову. Мы отразим тот момент, где мелькнуло живое чувство: «Ты сказал „я чувствую пустоту“ — вот на этом я хочу остановиться». Отражение в нашей работе — это инструмент фокусировки на эмоциональном материале, способ удержать клиента в контакте с его чувствами и не дать ему ускользнуть в абстракции и рационализации.

Что мы отражаем?

В нашей работе объектом отражения могут быть разные уровни материала, который предъявляет клиент. Чем тоньше и точнее наше отражение, тем глубже мы можем проникнуть в переживания клиента. При этом мы всегда держим в фокусе эмоциональное содержание: мы отражаем то, что ведет к чувству, а не уводит от него.

Отражение отдельных слов. Иногда одно слово, сказанное клиентом, несет в себе огромный эмоциональный заряд. Это может быть неожиданное слово, слишком сильное

для описываемой ситуации («он опоздал на пять минут, я взбесился»), или, наоборот, слишком слабое («меня избили, но я не расстроился»). Это может быть слово, которое клиент повторяет много раз, или слово, после которого он запинается. Отражение такого слова возвращает клиенту его собственную речь и часто провоцирует важное уточнение или усиление эмоционального отклика. В отличие от отражения абстрактных рассуждений, отражение эмоционально заряженного слова углубляет контакт клиента с его чувством.

К: «И тогда он сказал, что я бездарь. Я просто... взял и ушел. Не хотел скандалить».

Т: «Бездарь. Ты повторил это слово. Оно для тебя важное?»

К: «Очень. Отец так меня называл в детстве. Когда начальник это сказал, я будто снова стал тем маленьким мальчиком, которого отец ни во что не ставил. И мне стало так стыдно и больно».

Отражение отдельных фраз. Целая фраза часто бывает более информативна, чем отдельное слово. Клиент может произнести фразу, которая является его жизненным девизом, интроектом, внутренним правилом. Но в нашей работе мы отражаем не любую фразу, а прежде всего ту, за которой стоит чувство. Фраза «мужчина должен все делать сам» — это интроект, но за ним стоит страх показаться слабым, стыд за просьбу о помощи. Отражая такую фразу, мы не просто повторяем правило, мы приглашаем клиента исследовать

чувство, которое за ним прячется.

К: «Я считаю, что мужчина должен все делать сам. Не просить помощи, не жаловаться, а просто брать и делать».

Т: «Мужчина должен все делать сам. Когда ты говоришь это правило, что ты чувствуешь?»

К: «Напряжение. И страх. Если я не справлюсь сам, то я никто».

Отражение смысла всей речи (резюмирование). Иногда клиент говорит долго, сбивчиво, в разных регистрах. Его речь похожа на клубок, в котором перепутаны факты, чувства, оценки, воспоминания. Задача терапевта — распутать этот клубок и вернуть клиенту суть, основной смысл его рассказа, причем выделив именно эмоциональную составляющую. Хорошее резюмирование заканчивается вопросом о чувстве: «И когда ты это все переживаешь, что ты чувствуешь в тот момент?».

К: «И вот он мне говорит, что отчет не принят. А я три ночи не спал, делал этот отчет. Потом еще жена звонит, говорит, что дети скучают, а я на работе. И тут начальник еще этот отчет... В общем, я чувствую, что меня разрывают на части. И еще этот страх, что меня уволят, если я не справлюсь. Но уволить не могут, потому что я единственный, кто разбирается в этом проекте. А с другой стороны, если я сорвусь, то кому это все будет нужно?».

Т: «Если я правильно понял, ты говоришь о том, что находишься между трех огней: требования начальника, ожида-

ния жены и собственный страх не справиться. При этом ты понимаешь, что тебя не уволят, но страх от этого не уменьшается. И главное чувство, которое ты описываешь — это ощущение, что тебя разрывают на части, и нет никого, кто бы тебя поддержал. Так?».

К: «Да. Именно так. Особенно про поддержку — никто не видит, как мне тяжело, и от этого становится еще более одиноко».

Отражение поведения. Клиент не только говорит, он еще и действует. Он может ерзать на стуле, отводить взгляд, повышать голос, замолкать, менять позу. Его поведение — это тоже материал для отражения. Причем часто поведение выдает чувство там, где слова говорят о спокойствии. Мы можем отражать не только то, что клиент делает, но и то, чего он не делает: как он избегает темы, как он уходит от ответа, как он не смотрит в глаза. Отражение поведения почти всегда ведет к эмоции, потому что поведение — это язык тела, а тело всегда чувствует.

К: (говорит ровным, спокойным голосом) «Да, у меня были сложные отношения с отцом. Но это в прошлом. Сейчас я уже взрослый, меня это не трогает». (в этот момент клиент начинает активно ерзать на стуле, теребить край рубашки)

Т: «Ты говоришь, что тебя это не трогает. Но я вижу, что твое тело начало двигаться, ты теребишь рубашку, ерзаешь. Похоже, внутри тебя есть какое-то чувство, которое не дает тебе оставаться спокойным. Что это может быть?»

К: (пауза) «Злость. Я зол на отца. Очень зол. Но не хочу это показывать, потому что он уже старый и больной».

Невербалика — это язык тела: поза, жесты, мимика, напряжение мышц, движение глаз, изменение голоса. Часто тело говорит правду там, где слова уклоняются или защищаются. Отражение невербалики позволяет клиенту осознать то, что его тело давно знает, но его сознание предпочитает не замечать. Это один из самых прямых путей к эмоции, потому что телесное напряжение и есть телесный коррелят чувства. Отражая напряжение в плечах, сжатые кулаки, прерывистое дыхание, мы отражаем само чувство в его самом сыром, довербальном виде.

К: (рассказывает о ссоре с женой) «Я просто взял и ушел. Не хотел продолжать этот разговор. Я вообще не люблю скандалы» (в этот момент его плечи поднимаются вверх, а голова слегка втягивается, как будто он ожидает удара).

Т: «Я заметил, что, когда ты рассказываешь об этом, твои плечи поднимаются вверх. Как будто ты защищаешь голову. Обрати на это внимание. Что за чувство живет в твоих плечах прямо сейчас?»

К: (прислушивается к себе) «Напряжение. Сильное напряжение. Как будто я жду, что меня сейчас ударят. И страх. Мне страшно».

Т: «Страх перед кем?»

К: «Перед ней. И перед отцом. В детстве он меня так бил. И я всегда сжимался и поднимал плечи, чтобы защитить ли-

цо. Этот страх остался до сих пор».

Отражение схемы поведения. Это более сложный уровень отражения. Терапевт замечает повторяющийся паттерн в поведении клиента — то, что проявляется не один раз, а систематически. Например, клиент каждый раз меняет тему, когда речь заходит о его матери. Или каждый раз обесценивает свой успех, как только достигает цели. Или каждый раз, когда злится, начинает говорить тише и отводить взгляд. Отражение этого паттерна позволяет клиенту увидеть свою проблему не как единичный случай, а как устойчивую структуру. И за каждым таким паттерном всегда стоит определенное чувство, которое клиент пытается избежать.

К: (на третьей сессии) «Я опять не сделал домашнее задание. Просто не было времени. На работе аврал, потом дети, потом...»

Т: «Я замечая, что это уже третий раз, когда ты не делаешь домашнее задание. И каждый раз у тебя находятся очень уважительные причины. Как будто есть что-то, что мешает тебе выполнить то, о чем мы договариваемся. Что ты чувствуешь, когда думаешь о том, чтобы сесть и сделать это задание?».

К: (пауза) «Страх. Боюсь, что не получится. Боюсь, что вы меня осудите. Проще не делать, чем сделать плохо».

Отражение схемы «ситуация — эмоция — защита». Когда мы уже построили схему SED, мы можем отражать ее целиком, показывая клиенту, как устроена его проблема.

Это отражение уже не просто возвращает клиенту его слова, а представляет ему целостную картину его эмоционального функционирования. Такое отражение часто становится моментом инсайта: клиент впервые видит свою проблему как систему и понимает, как одно цепляется за другое.

Т: «Давай посмотрим, что у нас получается. Ситуация: начальник делает тебе замечание. В этот момент включается твой внутренний смысл: „это значит, что я плохой работник и меня уволят“. Ты начинаешь чувствовать страх. И чтобы не чувствовать этот страх, ты делаешь что? Ты начинаешь оправдываться, объяснять, искать причины, говорить много лишних слов. Это твой способ защиты. Получается такой круг: начальник сказал — ты испугался — ты начал оправдываться. Оправдания помогают на минуту, но страх не уходит, а начальник злится еще больше. Ты узнаешь себя в этом описании?»

К: «Это про меня. Я никогда не думал об этом как о круге, но так и есть. Я оправдываюсь, потому что боюсь, а боюсь, потому что боюсь, что меня уволят. И это только ухудшает ситуацию».

Как мы отражаем?

Отражать можно разными способами. Выбор способа зависит от цели: хотим ли мы просто показать, что слушаем, или хотим выделить что-то важное, или хотим мягко конфронтировать клиента. Но в любом случае наша цель — не

просто повторить слова, а углубить контакт клиента с его эмоциональным материалом.

Повторение отдельных слов. Это самый простой способ отражения. Терапевт дословно повторяет слово или короткую фразу, которую только что сказал клиент, часто с вопросительной интонацией. Это показывает клиенту, что терапевт услышал что-то важное, и приглашает его сказать об этом больше. Повторение особенно эффективно с эмоционально заряженными словами — оно как бы подсвечивает чувство, которое клиент уже выразил, но еще не до конца осознал.

К: «И тогда он сказал, что я... ну, в общем, не важно».

Т: «Не важно?»

К: (пауза) «Он сказал, что я ничтожество. Просто не хотел это повторять. Мне было так больно это слышать».

Повторение отдельных фраз. Более развернутое повторение позволяет не просто выделить слово, а зафиксировать целую мысль или правило, которое клиент транслирует. Но в нашей работе важно помнить: мы повторяем не любую фразу, а ту, за которой стоит чувство. Если клиент говорит «я считаю, что жизнь несправедлива» — это абстракция. Если он говорит «я чувствую себя беспомощным, когда вижу несправедливость» — это чувство. Отражая фразу, мы выбираем ту, которая ведет к переживанию.

К: «Я считаю, что мужчина не имеет права показывать слабость. Это стыдно».

Т: «Мужчина не имеет права показывать слабость. Когда ты думаешь об этом правиле, что ты чувствуешь?»

К: «Напряжение. И стыд, если я вдруг проявляю слабость. И страх, что другие увидят, что я не такой сильный, как должен быть».

Парафраз (пересказ своими словами). При парафразе терапевт не повторяет слова клиента, а пересказывает их смысл своими словами. Парафраз обычно бывает короче исходного высказывания, он выделяет суть и отсекает второстепенное. Важно, что при парафразе мы пересказываем не факты, а переживания. Мы не говорим «то есть ты пошел в магазин и купил хлеб», мы говорим «то есть ты чувствовал себя обязанным сделать это, хотя внутри было сопротивление».

К: «Ну, она пришла, села на диван, посмотрела на меня так странно, потом вздохнула и говорит: „Я подумала, что нам нужно поговорить“. А я сразу понял, что сейчас начнется что-то тяжелое. У меня аж руки похолодели и в животе скрутило».

Т: «То есть ты еще до того, как она начала говорить, уже почувствовал по ее взгляду и вздоху, что разговор будет неприятным, и у тебя сразу включилась телесная реакция — страх в животе и холод в руках».

К: «Да, я прям за секунду все понял. И этот страх, он такой знакомый, с детства. Как будто сейчас начнут ругать».

Резюмирование. Резюмирование — это отражение

смысла целого фрагмента речи или даже целой сессии. Терапевт собирает воедино разрозненные высказывания клиента и возвращает их ему в виде связного обобщения. Хорошее резюмирование всегда завершается выделением главного чувства, которое клиент переживает. Это помогает клиенту увидеть связь между разными событиями и понять, что за разными ситуациями стоит одно и то же переживание.

Т: «Давай я попробую резюмировать то, что ты сказал за сегодня. Ты пришел с жалобой на тревогу. Когда мы начали разбираться, выяснилось, что тревога накрывает тебя в ситуациях, когда нужно выступать перед людьми. В этих ситуациях у тебя включается мысль: „сейчас меня оценят, увидят, что я ничего не стою“. Под этой мыслью — страх отвержения. И чтобы не чувствовать этот страх, ты отказываешься от выступлений, находишь причины не участвовать. Но это не решает проблему, а только усиливает страх. Главное чувство, которое движет всем этим — страх, что тебя не примут таким, какой ты есть. Я правильно описал?»

К: «Да. И этот страх знаком мне с детства. Отец всегда меня оценивал, никогда просто так не хвалил. Только если я заслужил».

Рефрейминг (придание нового смысла). Рефрейминг — это особый вид отражения, при котором терапевт переформулирует слова клиента так, чтобы в них проявился новый, часто более ресурсный или более глубокий смысл. Рефрейминг не искажает сказанное, а высвечивает в нем то,

что было не на виду. В нашей работе рефрейминг часто используется для того, чтобы перевести негативное самовосприятие в более нейтральное или даже позитивное, не отрицая при этом реальности чувств. Вместо «я ужасный отец» — «ты очень переживающий отец, которому не все равно». Вместо «я слабак» — «ты человек, который чувствует свою уязвимость, и это нормально».

К: «Я постоянно откладываю важные дела на потом. В последний момент все делаю, на грани срыва. Это какой-то саботаж, я сам себе враг».

Т: «То есть ты говоришь, что в тебе есть такая часть, которая заставляет тебя работать в режиме аврала. И эта часть, получается, дает тебе огромный выброс адреналина, мобилизует все силы. Может быть, она не враг, а просто очень тревожный помощник, который боится, что если начать рано, то не хватит сил добежать до финиша?».

К: «Никогда не думал об этом так. Да, если перестать ругать эту часть, а попробовать с ней договориться... интересная мысль. Может быть, она просто очень боится провала».

Моделирование поведения. Моделирование — это особая техника отражения, при которой терапевт не просто описывает поведение клиента словами, а показывает его через свое собственное поведение. Терапевт как бы передразнивает клиента, но не в насмешливом, а в исследовательском ключе. Он копирует позу клиента, его жесты, его интонации, его манеру говорить, показывая клиенту его собствен-

ные паттерны со стороны. Эта техника особенно эффективна, когда клиент не осознает своего поведения, а словами до него не достучаться. Увидев себя со стороны, он часто сразу понимает, какое чувство стоит за его позой или манерой говорить.

Эта техника требует большой осторожности и чуткости. Моделирование никогда не должно быть злой пародией. Оно должно быть точным, но нейтральным, как зеркало. Цель — не высмеять, а показать.

Моделирование позы и жестов.

К: (сидит ссутулившись, скрестив руки на груди, голова опущена, говорит тихо и медленно) «Я не знаю, зачем я сюда пришел. Наверное, ничего не изменится. Все равно меня никто не понимает».

Т: (меняет свою позу, садится так же: ссутулившись, скрещивает руки на груди, опускает голову, говорит тихим голосом) «Если я сейчас так сижу и так говорю, что я чувствую? Что происходит со мной?»

К: (смотрит на терапевта) «Вы выглядите... закрытым. Как будто вы никого не пускаете внутрь. И грустным».

Т: «А теперь посмотри на меня. Ты сидишь точно так же. Какое чувство может быть за этой позой?»

К: (пауза) «Наверное, тоже закрытость. И грусть. И какая-то безнадежность. Я не замечал этого раньше».

Моделирование речевого паттерна.

К: (говорит очень быстро, тараторит, перескакивает с те-

мы на тему) «И вот он сказал, а я подумал, а потом она пришла, и мы пошли, и там было так смешно, а потом я вспомнил, что нужно было...»

Т: (начинает говорить так же быстро, с той же интонацией, с такими же перескоками) «То есть ты хочешь сказать, что все происходит очень быстро, и мысли скачут, и не успеваешь ухватиться ни за одну? И когда я так говорю, мне кажется, что за этой скоростью прячется страх остановиться. А что ты чувствуешь, когда говоришь в таком темпе?»

К: (замечает, останавливается) «Я боюсь остановиться. Потому что тогда подумаю о чем-то тяжелом. Наверное, о том, как мне на самом деле плохо».

Моделирование избегания взгляда

К: (говорит о своей проблеме, но постоянно отводит взгляд в сторону, смотрит в пол, на окно, куда угодно, только не на терапевта).

Т: (начинает делать то же самое: отводит взгляд, смотрит в сторону, на потолок) «Я замечаю, что мне трудно смотреть на тебя, когда я говорю о важном. Как будто я что-то прячу. А что ты чувствуешь, когда отводишь взгляд?»

К: «Стыд. Мне стыдно говорить о том, что я чувствую. Боюсь, что вы меня осудите».

Моделирование особенно эффективно в работе с клиентами, у которых есть сильные защиты, но слабый контакт с собственным телом и поведением. Когда терапевт показывает им их же позу или манеру говорить, они часто пере-

живают инсайт: «Неужели я правда так выгляжу?». И этот инсайт становится началом изменений, потому что за ним почти всегда стоит какое-то чувство — стыд, страх, грусть, злость, — которое раньше было скрыто.

Что мы не отражаем?

Важно понимать не только то, что мы отражаем, но и то, что мы сознательно оставляем без отражения. В гештальт-терапии, фокусированной на эмоциях, это имеет принципиальное значение.

Мы не отражаем абстрактные рассуждения клиента, его философствования, его теоретизирования по поводу своей проблемы. Если клиент говорит «депрессия — это следствие нарушения обмена нейромедиаторов», мы не будем отражать эту мысль. Она не ведет к чувству, она уводит от чувства в голову, в теорию, в безличное знание. Вместо этого мы проигнорируем эту фразу и вернемся к тому моменту, где клиент говорил о своем переживании. Или, если это повторяется систематически, мы отразим сам паттерн ухода в абстракции: «Я замечаю, что каждый раз, когда мы приближаемся к твоим чувствам, ты начинаешь говорить об общих теориях. Что происходит? Что ты чувствуешь в тот момент, когда хочешь уйти в теорию?».

Мы не отражаем оценки и ярлыки, которые клиент навешивает на себя или на других. «Я неудачник», «она истеричка», «мир несправедлив» — это не чувства, это суждения.

Мы можем отразить их, но только для того, чтобы перейти к чувству: «Ты называешь себя неудачником. Что ты чувствуешь, когда думаешь о себе так?»

Мы не отражаем длинные нарративы о событиях, в которых нет эмоционального заряда. Клиент может подробно рассказывать, как прошел его день, но, если в этом рассказе нет живого чувства, наше отражение будет пустой тратой времени. Мы вежливо перебьем и спросим: «А что ты чувствовал в тот момент?», или «А какое из этих событий было самым эмоциональным для тебя?».

Мы отражаем только то, что ведет к чувству, что углубляет контакт клиента с его переживанием, что делает более ясным его эмоциональный материал. Все остальное мы пропускаем мимо ушей или используем как указатель на то, откуда клиент убегает.

Когда и как часто применять отражение

Отражение — это не техника, которую мы используем время от времени. Это базовый режим работы терапевта на всем протяжении сессии. Хороший терапевт отражает постоянно, но делает это незаметно, органично вплетая отражение в ткань разговора.

Когда особенно важно отражать.

В начале работы, когда клиент только излагает свою проблему, отражение помогает структурировать его рассказ и показать, что его слушают.

В моменты сбивчивой, запутанной речи, когда клиент сам теряет нить разговора, отражение возвращает ему фокус.

В моменты, когда клиент говорит одно, но его тело или поведение говорят другое, отражение этого несоответствия открывает доступ к вытесненному материалу.

В моменты, когда клиент уходит в абстракции и рационализации, отражение (или отказ от отражения) помогает вернуть его к чувствам.

В моменты, когда мы замечаем повторяющийся паттерн, отражение этого паттерна помогает клиенту увидеть свою проблему как систему.

В конце сессии резюмирование помогает закрепить достигнутое и создать мостик к следующей встрече.

Слишком частое отражение утомляет клиента и создает ощущение, что терапевт просто повторяет его слова, как попугай. Слишком редкое отражение заставляет клиента чувствовать, что его не слушают. Золотая середина — отражать тогда, когда это действительно добавляет что-то новое: проясняет, структурирует, выделяет важное, показывает несоответствие, углубляет в чувство.

Ориентировочный ритм: после каждого значимого высказывания клиента полезно дать короткую обратную связь в виде отражения. Но эта обратная связь может быть невербальной (кивок, «угу»), а не полным пересказом. Полноценное вербальное отражение стоит делать несколько раз за сессию, когда это действительно нужно.

Резюме главы

Отражение — это базовый инструмент гештальт-терапии, фокусированного на эмоциях. Оно позволяет показать клиенту, что его слышат, структурировать его материал, усилить его контакт с самим собой и, главное, углубить его контакт с собственными чувствами.

Мы отражаем разные уровни материала, но всегда с фокусом на эмоциональном содержании: отдельные эмоционально заряженные слова, значимые фразы, смысл всей речи, поведение клиента, его невербалику, повторяющиеся паттерны, схему SED.

Мы отражаем разными способами: повторением, парфразом, резюмированием, рефреймингом, моделированием.

Мы сознательно не отражаем абстрактные рассуждения, теории, оценки и ярлыки — все то, что уводит клиента от его чувств.

Главное в отражении — это точность, нейтральность, своевременность и фокус на чувстве. Мы не оцениваем, не интерпретируем, не даем советов. Мы просто показываем клиенту то, что он сам предъявляет, и предлагаем ему исследовать это дальше, все глубже погружаясь в его эмоциональный мир.

Правильно используемое отражение создает основу для всей дальнейшей работы. Без него любые более сложные техники будут висеть в воздухе, потому что у клиента не будет

необходимого уровня осознания и контакта.

ТЕХНИКИ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ, НОРМАЛИЗАЦИИ И РАТИФИКАЦИИ

Нормализация — это техника, при которой терапевт подтверждает нормальность, уместность и понятность тех чувств и переживаний, которые испытывает клиент. Мы как бы говорим клиенту: «То, что ты чувствуешь, — это нормально. В этой ситуации любой человек на твоём месте чувствовал бы нечто подобное». Это не просто похвала или поддержка, это важный терапевтический инструмент, который решает несколько задач одновременно.

Нормализация выполняет следующие задачи.

— **Снижение вторичного страха и стыда по поводу собственных чувств.** Многие клиенты приходят в терапию не только с первичной проблемой, но и с глубоким убеждением, что с ними что-то не так. Они стыдятся своей тревоги, считают свою обиду несправедливой, винят себя за злость или страх. Ратификация говорит им: «Ты не сломанный, ты нормальный. Твои чувства имеют право на существование». Это снимает дополнительное напряжение, которое мешает клиенту соприкоснуться с истинным переживанием.

— **Создание безопасного пространства для выражения чувств.** Когда клиент знает, что его не осудят, не

раскритикуют, не скажут, что он «слишком эмоциональный» или «слишком слабый», он получает разрешение быть собой. Это особенно важно для клиентов, которые выросли в среде, где их чувства подавлялись, обесценивались или игнорировались.

— **Укрепление терапевтического альянса**. Ратификация показывает клиенту, что терапевт на его стороне, что они в одной команде. Это создает доверие, без которого невозможна глубинная работа с конфликтами.

— **Подготовка к дальнейшей работе**. Когда клиент перестает бороться со своими чувствами и принимает их как данность, у него высвобождается энергия для исследования их причин и поиска новых способов поведения. Вместо «я не должен так злиться, это неправильно» клиент может сказать «я злюсь, и это нормально, но давай разберемся, что вызывает эту злость и что я могу с ней сделать».

Важно понимать, что ратификация — это не согласие с любым поведением клиента. Мы можем подтверждать нормальность его чувств, но не обязательно одобрять его действия. «Твоя злость на мужа нормальна и понятна, учитывая то, что он сделал. Но то, что ты разбила тарелку об стену, возможно, не самый лучший способ справиться с этой злостью».

Способы подтверждения

Подтверждение через указание на нормальность

чувства. Самый прямой способ ратификации — прямо сказать клиенту, что его чувство нормально и понятно в данной ситуации. Это особенно важно, когда клиент сам выражает сомнение в уместности своих переживаний.

К: «Я понимаю, что это глупо, но я очень обиделась, когда подруга не поздравила меня с днем рождения. Она просто забыла, у нее много дел, а я такая чувствительная...»

Т: «Ты говоришь, что это глупо, но мне кажется, обида в такой ситуации — это совершенно нормально. День рождения — важный день, и когда близкий человек забывает о нем, это естественно вызывает боль. Твои чувства не глупые, они понятны».

К: «Мне так стыдно признаваться, но я боюсь летать на самолетах. Взрослый мужчина, а панически боюсь».

Т: «Страх полетов — один из самых распространенных страхов в мире. Тысячи взрослых, успешных, умных людей боятся летать. В этом нет ничего стыдного. Твое чувство нормально, даже если оно доставляет тебе неудобства».

К: «Я злюсь на маму, хотя она меня вырастила, дала образование, всегда заботилась. Какая же я неблагодарная...»

Т: «Стоп. Давай разделим эти вещи. Ты можешь быть благодарна маме за то, что она для тебя сделала, и одновременно злиться на нее за что-то другое. Чувства могут быть разными, они не отменяют друг друга. И злость на маму — даже на очень хорошую маму — это абсолютно нормальное человеческое чувство. Оно не делает тебя неблагодарной».

Подтверждение через универсализацию (нормализация). Универсализация — это форма ратификации, при которой терапевт показывает клиенту, что его чувства не уникальны в своем негативном смысле, а наоборот, свойственны многим людям в похожих ситуациях. Это снимает ощущение изоляции и «дефектности».

К: «Меня мучает такая дикая ревность, что я сама себя не узнаю. Я проверяю телефон мужа, его социальные сети, я стала просто монстром».

Т: «Ревность — очень сильное чувство, и в определенных ситуациях она возникает у большинства людей. Когда нам кажется, что мы можем потерять важного для нас человека, мозг включает сигнал тревоги. То, что ты описываешь, — это не „монстризм“, это очень человеческая реакция на угрозу отношениям. Многие люди в такой ситуации чувствовали бы то же самое. Давай лучше посмотрим, что запускает эту ревность и как с ней можно справляться иначе».

К: «Мне кажется, я слишком остро реагирую на критику. Начальник сделал замечание — а я потом три дня хожу сама не своя, все прокручиваю в голове, не могу спать».

Т: «Ты знаешь, чувствительность к критике — это одно из самых частых явлений, с которыми приходят люди в терапию. Наш мозг устроен так, что отрицательная обратная связь запоминается гораздо сильнее положительной. Это эволюционный механизм: опасность важнее комфорта. То, что ты переживаешь из-за критики, не означает, что ты

„слишком чувствительный“. Это означает, что у тебя нормально работающий мозг, который, возможно, получил в прошлом негативный опыт, связанный с критикой. Давай разберемся с этим опытом».

К: «Я чувствую себя слабым, когда мне нужна помощь. Не могу попросить никого ни о чем. Мужчина должен справляться сам, а я не справляюсь».

Т: «То, что ты сказал о „мужчинах“, — это, скорее, общественный стереотип, который не имеет отношения к реальности. В реальности все люди — и мужчины, и женщины — иногда нуждаются в помощи. Невозможно быть самодостаточным во всем и всегда. Твоя потребность в помощи — это не слабость, это нормальная человеческая потребность. Более того, умение попросить о помощи — это признак зрелости, а не слабости».

Подтверждение через разделение чувств и вины. Очень часто клиенты путают свои чувства со своей виной или ответственностью. Им кажется, что, если они что-то чувствуют, значит, они в этом виноваты. Ратификация помогает разделить эти вещи: чувство само по себе никогда не является преступлением, вина может быть только за поступки.

К: «Я ненавижу своего брата. По-настоящему, глубоко ненавижу. И мне так стыдно это признавать, потому что он же родной человек».

Т: «Ненависть — очень тяжелое чувство, и вряд ли оно возникло на пустом месте. Что бы ни произошло между ва-

ми, само по себе чувство ненависти — это просто чувство. Оно не делает тебя плохим человеком. Плохим человека могут сделать поступки, но не чувства. Ты имеешь право испытывать любые чувства, включая ненависть. Давай лучше разберемся, что в ваших отношениях привело к этой ненависти, и что с этим можно сделать».

К: «Я желаю смерти своей начальнице. Каждый раз, когда она меня достает, я думаю: „Вот бы ее машина переехала“. Я ужасный человек, да?»

Т: «Ты не ужасный человек. Ты очень разозлившийся. И твоя злость имеет под собой основания — ты рассказывал, как она тебя унижает перед коллективом. Желать смерти обидчику в моменте сильной злости — это фантазия, а не преступление. Многие люди в состоянии сильного гнева думают о чем-то подобном. Это не делает тебя убийцей. Это делает тебя человеком, который испытывает очень сильную злость и не знает, как с ней справляться иначе, чем через фантазии. Давай поработаем с этой злостью и найдем для нее более конструктивные способы выхода».

Подтверждение через личную историю (самораскрытие). Иногда, чтобы подтвердить нормальность чувств клиента, полезно поделиться собственным опытом. Это мощный инструмент, который требует осторожности и уместности. Самораскрытие должно быть кратким, не должно перетягивать внимание на терапевта, и должно использоваться только тогда, когда оно действительно поможет кли-

енту.

К: «Мне так стыдно, что я плачу из-за таких мелочей. У людей настоящие проблемы, а я реву, потому что муж не помыл чашку за собой».

Т: «Знаешь, я и сам иногда плачу из-за того, что другие могли бы назвать „мелочами“. Это не про значимость события. Это про то, что маленькое событие попадает в большую старую боль. Слезы — это не показатель слабости и не мера серьезности проблемы. Это просто способ тела сбросить напряжение. У тебя есть право плакать, даже если кому-то кажется, что причина несерьезна. Для тебя она серьезна, и это главное».

К: «Я боюсь, что сойду с ума от своей тревоги. Она такая сильная, что мне кажется, я теряю контроль над собой».

Т: «Я работал со многими людьми, у которых была тревога такой же силы, как у тебя. И ни один из них не сошел с ума. Тревога — это не сумасшествие. Это просто очень неприятное состояние, которое кажется невыносимым, но на самом деле его можно выдержать. И с ним можно работать. Ты не первый, кто это переживает, и многие до тебя справились».

Подтверждение через указание на вторичную выгоду. Иногда клиент не может принять свои чувства, потому что они кажутся ему «неправильными» с точки зрения его собственных ценностей или правил. В этом случае ратификация может включать в себя признание того, что чувство выполняет важную функцию в его психике.

К: «Я продолжаю злиться на бывшего мужа уже пять лет после развода. Это ненормально, я должна была уже отпустить».

Т: «А что, если твоя злость — это не „ненормальность“, а способ защиты? Может быть, пока ты злишься, ты сохраняешь с ним связь, пусть и негативную. Или, может быть, злость защищает тебя от гораздо более болезненного чувства — например, от грусти по потерянным отношениям или от чувства вины. Твоя злость не „ненормальная“, она, скорее всего, что-то очень важное для тебя делает. Давай посмотрим, что именно она охраняет».

К: «Меня бесит, что я такая тревожная. Нормальные люди не трясутся из-за каждого пустяка».

Т: «А что, если твоя тревога — это не враг, а очень усердный, но слишком громкий защитник? Твой мозг просто пытается тебя обезопасить, предвидеть все возможные угрозы. Да, он перестарался, но его намерение — защитить тебя, а не навредить. Это нормальное намерение, просто его исполнение доставляет тебе неудобства. Давай не бороться с тревогой как с врагом, а попробуем договориться с ней как с чрезмерно заботливым, но уставшим охранником».

Что мы не подтверждаем?

Важно понимать границы ратификации. Мы не подтверждаем деструктивное поведение клиента. Мы не говорим «это нормально, что ты бьешь жену, когда злишься». Мы го-

ворим «твоя злость нормальна, но давай найдем другой способ ее выражать».

Мы не подтверждаем искаженные интерпретации реальности. Если клиент говорит «все меня ненавидят», мы не говорим «это нормально, что тебе так кажется». Мы скорее скажем «тебе кажется, что тебя ненавидят, и это чувство, наверное, очень болезненное. Давай разберемся, откуда оно берется».

Мы не используем ратификацию как способ избежать сложной работы. Иногда проще сказать «все нормально, все так чувствуют», чем погружаться в уникальную историю клиента. Ратификация не должна быть штампом. Она должна быть искренней и основанной на реальном понимании ситуации клиента.

Когда ратификация может навредить

Ратификация — мощный инструмент, но в некоторых случаях она может быть неуместной или даже вредной.

Если ратификация преждевременна. Клиент еще не готов принять свои чувства, и наше «это нормально» может быть воспринято как обесценивание его уникального опыта. «Ты говоришь, это нормально, а я чувствую себя ненормально, значит, ты меня не понимаешь».

Если ратификация используется как закрывающая фраза. «Ну все нормально, успокойся». Это не ратификация, это обесценивание.

Если ратификация подменяет исследование. Вместо того чтобы разбираться с причинами чувства, терапевт говорит «это нормально» и закрывает тему. Ратификация должна открывать дверь для дальнейшего исследования, а не захлопывать ее.

Если чувство клиента не является нормальным в данном контексте. Например, если клиент испытывает сильную злость на ребенка за то, что тот случайно разбил чашку, это может быть не «нормально» в смысле «адекватно ситуации», а скорее симптомом какой-то другой проблемы. В этом случае ратификация («твоя злость нормальна») была бы неверной. Правильнее было бы сказать: «Я вижу, ты очень сильно злишься. Похоже, эта злость не только о разбитой чашке. Давай посмотрим, что еще за ней стоит».

Типичные ошибки при использовании ратификации

Ошибка 1. Штампованность, отсутствие искренности. Терапевт механически повторяет «это нормально, это нормально», не вникая в уникальность переживаний клиента. Клиент чувствует фальшь.

Как избежать? Ратификация должна быть конкретной. Не просто «это нормально», а «учитывая, что твой отец никогда тебя не хвалил, твоя потребность в признании абсолютно понятна».

Ошибка 2. Ратификация вместо исследования. Те-

терапевт сказал «это нормально» и перешел к другой теме, не разобравшись с тем, что вызвало чувство.

Как избежать? После ратификации всегда задавайте вопрос, который углубляет исследование. «Твоя злость понятна. А что именно в его словах задело тебя сильнее всего?»

Ошибка 3. Ратификация деструктивного поведения. Терапевт подтверждает не только чувство, но и неадаптивные способы его выражения.

Как избежать? Всегда разделяйте чувство и поведение. «Твой гнев понятен. Но то, как ты его выражаешь, похоже, создает тебе проблемы. Давай поищем другие способы».

Ошибка 4. Ратификация как способ избежать конфронтации. Терапевт боится указать клиенту на его защиту и вместо этого говорит «все нормально, продолжай».

Как избежать? Ратификация и конфронтация не исключают друг друга. Сначала подтвердите нормальность чувства, а затем мягко укажите на защиту.

Резюме главы

Ратификация, подтверждение и нормализация — это техники, которые создают безопасное пространство для исследования чувств клиента. Они снимают вторичный стыд и страх, укрепляют терапевтический альянс и подготавливают клиента к более глубокой работе.

Мы можем подтверждать чувства клиента разными способами: прямым указанием на их нормальность, универса-

лизацией (показом, что многие люди чувствуют то же самое), разделением чувства и вины, осторожным самораскрытием, указанием на вторичную выгоду чувства, драматизацией (усилением значимости переживания).

Важно помнить, что ратификация относится к чувствам, а не к поведению. Деструктивные способы выражения чувств мы не подтверждаем, а мягко конфронтируем.

Правильно используемая ратификация становится мостиком между диагнозом («я чувствую что-то неправильное») и исследованием («давай посмотрим, откуда это чувство и что с ним делать»). Без этого мостика многие клиенты будут сопротивляться глубинной работе, потому что будут бояться, что их чувства осудят, раскритикуют или сочтут ненормальными.

ТЕХНИКА ЭМПАТИЧЕСКОГО ОТКЛИКА

Эмпатический отклик — это техника, при которой терапевт высказывает предположение о том, какие чувства может испытывать клиент в данный момент или в описываемой ситуации. В отличие от отражения, где мы возвращаем клиенту то, что он уже сказал своими словами, в эмпатическом отклике мы называем то, что клиент прямо не выразил, но что, по нашему ощущению, присутствует в его переживании.

У эмпатического отклика несколько важных задач.

— **Помощь клиенту в распознавании собственных чувств.** Многие клиенты, особенно те, кто вырос в среде, где чувства подавлялись или игнорировались, имеют слабый контакт со своим эмоциональным миром. Они могут испытывать смутное напряжение, тяжесть, пустоту, но не могут назвать это словами. Эмпатический отклик предлагает им возможное имя для их переживания: «Может быть, тебе обидно?», «Похоже, ты чувствуешь страх». Это не навязывание, а предложение, которое клиент может принять, откорректировать или отвергнуть. В любом случае, диалог о чувствах начинается.

— **Углубление контакта с чувством.** Когда терапевт точно угадывает чувство клиента, клиент чувствует глубокое понимание и принятие. «Да, именно так, меня никто никогда

не понимал, а вы поняли». Это мощнейший момент укрепления терапевтического альянса. Когда терапевт ошибается, клиент его поправляет, и это тоже ценно, потому что клиент начинает более точно формулировать, что же он на самом деле чувствует.

— **Демонстрация эмпатии.** Эмпатический отклик — это не просто техника, это проявление живого человеческого участия. Когда терапевт говорит: «Я слышу твою боль», «Мне кажется, тебе очень одиноко», он не просто констатирует факт, он показывает, что клиент не безразличен, что его переживания отзываются в терапевте. Это создает ту самую безопасную атмосферу, в которой возможно исцеление.

— **Движение от абстракции к конкретному чувству.** Клиент может говорить «мне плохо», «я в стрессе», «все как-то не так». Эмпатический отклик предлагает конкретику: «Может быть, тебе тревожно?», «Похоже, ты чувствуешь себя опустошенным?», «Возможно, ты злишься?». Это помогает перейти от размытых описаний к четкой эмоции, с которой уже можно работать.

Как строится эмпатический отклик

Эмпатический отклик всегда делается в форме предположения, а не утверждения. Мы не говорим «ты злишься», мы говорим «мне кажется, ты злишься», «похоже, ты чувствуешь злость», «возможно, тебе обидно». Это оставляет клиенту пространство для поправки и снижает риск сопротив-

ления. Если мы ошиблись, клиент скажет «нет, не злость, а скорее разочарование», и это будет шагом вперед.

Эмпатический отклик опирается на три источника информации.

Первый источник — слова клиента. Клиент может прямо или косвенно указывать на свое чувство: «Меня это задело», «Мне было тяжело», «Я не мог это выносить». Мы берем эти указатели и превращаем их в предположение о чувстве.

Второй источник — невербальные проявления клиента. Напряженные плечи, сжатые кулаки, слезы на глазах, дрожащий голос, отведение взгляда — все это может говорить о страхе, злости, стыде, грусти. Мы замечаем эти сигналы и предлагаем клиенту гипотезу: «Я вижу, как твои плечи поднимаются, когда ты говоришь об этом. Может быть, тебе страшно?»

Третий источник — наша собственная эмпатия. Иногда мы просто чувствуем, что происходит с клиентом, без всяких рациональных указателей. Наше тело откликается на его состояние. Мы доверяем этому ощущению и формулируем его в слова.

К: (рассказывает о том, как его уволили с работы, голос ровный, лицо спокойное, но при этом он теребит край рубашки и не смотрит на терапевта)

Т: «Ты говоришь об увольнении очень спокойно, но я замечаю, как твои руки напряжены, и ты не смотришь на меня.

Мне кажется, под этим спокойствием может быть что-то еще. Возможно, тебе больно? Или, может быть, ты злишься?»

К: (пауза) «Злость есть. Очень сильная злость. Я просто не хочу ее показывать, потому что злиться на бывшего начальника — это признавать, что он для меня что-то значил».

К: (говорит о разводе, который произошел год назад) «Я уже все пережил, все нормально, жизнь продолжается. У меня новая работа, новые планы». (при этом его голос становится тише, а дыхание прерывистым)

Т: «Твои слова говорят о том, что все хорошо. Но твой голос и дыхание говорят мне о чем-то другом. Мне кажется, что внутри тебя еще есть что-то, что не до конца пережито. Может быть, тебе грустно? Или, возможно, ты все еще чувствуешь боль?»

К: (тихо) «Грустно. Да. И больно. Просто я думал, что если не буду это трогать, то само пройдет. Но, наверное, не прошло».

Способы эмпатического отклика

Существует несколько способов сформулировать эмпатический отклик. Выбор способа зависит от контекста, от степени уверенности терапевта и от особенностей клиента.

Прямое предположение о чувстве. Самый простой и часто используемый способ. Терапевт прямо называет чувство, которое, по его мнению, испытывает клиент.

Т: «Мне кажется, тебе очень обидно, когда она так гово-

рит».

Т: «Похоже, ты чувствуешь страх прямо сейчас, когда вспоминаешь эту ситуацию».

Т: «Возможно, тебе стыдно признаваться в этом, даже себе самому».

Предположение через образ или метафору. Иногда прямое название чувства работает недостаточно глубоко. Метафора может точнее попасть в переживание клиента и вызвать более сильный отклик.

Т: «Когда ты рассказываешь об этом, у меня возникает ощущение, что ты как будто несешь на плечах огромную тяжесть. Может быть, ты чувствуешь себя обессиленным? Или, возможно, это чувство вины давит на тебя?»

Т: «Твои слова звучат так, будто ты стоишь на краю пропасти и смотришь вниз. Мне кажется, тебе очень страшно сделать следующий шаг».

Т: «У меня перед глазами возникает образ клетки. Как будто ты заперт в ней и не можешь выбраться. Похоже, ты чувствуешь себя в ловушке?»

Предположение через телесную реакцию терапевта. Иногда самым точным индикатором чувств клиента является наша собственная телесная реакция. Мы можем использовать это, чтобы сформулировать эмпатический отклик.

Т: «Когда ты говоришь об этом, у меня внутри что-то сжимается. Мне кажется, ты тоже чувствуешь это сжатие. Может

быть, это страх?»

Т: «Я слушаю твой рассказ, и мне становится очень грустно. Похоже, ты сам чувствуешь эту глубокую печаль, просто не можешь ее выразить».

Т: «У меня возникает желание тебя защитить, когда я слышу это. Похоже, ты чувствуешь себя очень беззащитным в этой ситуации».

Предположение через сравнение. Сравнение с другими людьми или с другими ситуациями может помочь клиенту лучше понять свое чувство.

Т: «Знаешь, многие люди на твоём месте чувствовали бы себя преданными. Мне кажется, ты тоже чувствуешь что-то похожее».

Т: «Помнишь, ты рассказывал о похожей ситуации на прошлой работе? Тогда ты говорил, что чувствовал унижение. Мне кажется, сейчас ты чувствуешь то же самое».

Эмпатический отклик в работе с разными типами чувств

В зависимости от того, что клиент предъявляет, эмпатический отклик может быть направлен на разные слои его переживания.

Эмпатический отклик на явное чувство. Клиент уже выразил чувство, но как бы мимоходом, не задержавшись на нем. Наша задача — подсветить это чувство и предложить клиенту остановиться на нем.

К: «И он сказал, что я бездарь. Ну, я уже привык, ничего нового» (говорит с горькой усмешкой).

Т: «Ты говоришь „привык“, но в твоём голосе я слышу горечь. Мне кажется, тебе до сих пор больно слышать эти слова. Даже если ты привык, боль осталась. Так?»

Эмпатический отклик на скрытое чувство. Клиент описывает ситуацию, но не называет никаких чувств. Мы предполагаем, что чувство есть, и предлагаем клиенту его рассмотреть.

К: «Она просто взяла и ушла. Собрала вещи и ушла. Я вернулся с работы — а ее нет. И все».

Т: «Ты рассказываешь об этом очень ровно, как будто читаешь сводку новостей. Но мне кажется, под этой ровностью скрывается что-то очень сильное. Может быть, это шок? Или боль? Или, возможно, злость?».

Эмпатический отклик на противоречивые чувства. Клиент может испытывать несколько противоречивых чувств одновременно, и это вызывает у него смятение. Наша задача — назвать эти чувства, показав, что они могут сосуществовать.

К: «Я люблю маму, но, когда она звонит, у меня внутри все сжимается. Я не понимаю, что со мной. Я должна радоваться ее звонкам, а я их боюсь».

Т: «Мне кажется, в тебе живут два очень сильных чувства одновременно. С одной стороны, любовь к маме, с другой — страх перед ней. И эти чувства не отменяют друг друга. Ты

можешь любить маму и в то же время бояться ее звонков. Это нормально, когда отношения сложные».

Эмпатический отклик на чувство в переносе. Клиент может испытывать чувства к терапевту, которые являются переносом из прошлого опыта. Эмпатический отклик на эти чувства — важная часть работы.

К: (наклоняется вперед, смотрит в глаза) «Вы очень мне помогаете. Я так рад, что пришел именно к вам. Вы меня понимаете как никто другой».

Т: «Мне кажется, ты сейчас испытываешь ко мне очень теплые чувства. Возможно, ты ищешь во мне ту поддержку и понимание, которых тебе не хватало от отца. Это естественно, и мы можем это исследовать».

Три техники в одной фразе: как отражение, нормализация и эмпатический отклик работают вместе

На практике три техники — отражение, нормализация и эмпатический отклик — редко используются по отдельности. Гораздо чаще они сплетаются в одной фразе терапевта, создавая мощный инструмент для углубления контакта и продвижения клиента к его чувствам. Эта комбинация особенно важна потому, что каждая из техник в отдельности может не сработать.

Если терапевт просто отражает сказанное клиентом, клиент может кивнуть — и разговор остановится. «Ты сказал, что тебе тяжело». — «Да». — Пауза. Ничего не происходит,

потому что отражение не добавляет нового.

Если терапевт только нормализует чувство, клиент может почувствовать поддержку, но не получить импульса к дальнейшему исследованию. «Твои чувства нормальны». — «Спасибо». — И снова пауза.

Если терапевт дает только эмпатический отклик, клиент может не принять предположение, потому что оно не опирается на его собственные слова.

Когда же эти три техники соединяются в одной фразе, они работают как единый механизм. Отражение показывает, что терапевт услышал клиента. Нормализация снимает вторичный стыд и страх. Эмпатический отклик предлагает движение вперед — от того, что уже сказано, к тому, что еще не выражено, но уже присутствует. Клиент получает подтверждение, принятие и приглашение к углублению — все в одном сообщении.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.