

РАЗДЕЛ III. ПСИХОЛОГИЯ

DOI 10.69540/2949-4079.2025.36.66.008

УДК 159.9 + 616.89

М.Г. Бурняшев, К.Л. Писаревский

M.G. Burnyashev, K.L. Pisarevsky

СИСТЕМНО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННЫЕ РАССТАНОВКИ ПРИ РАБОТЕ С ТРАВМОЙ SYSTEMIC-PHENOMENOLOGICAL PSYCHOTHERAPY AND CLIENT-CENTERED CONSTRUCTIONS WHEN WORKING WITH TRAUMA

Аннотация:

Рассматриваются особенности применения метода системно-феноменологической психотерапии и клиент-центрированных расстановок как терапевтического средства при работе с травмой. Обозначены исторические предпосылки работы с травматическим переживанием человека, выявлены особенности ряда направлений, таких как психоанализ, гештальт-подход, психодрама, и охарактеризована их специфика при работе с травмой. Сформулирован ряд принципов и предложена классификация травматического опыта, представлена последовательность этапов и шагов в клиент-центрированных расстановках, которые смогут подвести терапевта к более глубокому пониманию особенностей работы с травматическим переживанием пациента.

Ключевые слова: психоанализ, гештальт-подход, психотравма, психотравматическое переживание, бессознательное, психотерапевтический метод при работе с травмой, личностная трансформация, образы в психотерапии.

Abstract:

The features of the application of the method of systemic phenomenological psychotherapy and client-centered arrangements as a therapeutic tool in dealing with trauma are considered. The historical background of working with the traumatic experience of a person is outlined, the features of a number of areas such as psychoanalysis, Gestalt approach, psychodrama are identified, and their specifics in working with trauma are characterized. A number of principles are formulated and a classification of traumatic experience is proposed, a sequence of stages and steps in client-centered arrangements is

presented that can lead the therapist to a deeper understanding of the specifics of working with a patient's traumatic experience.

Keywords: psychoanalysis, gestalt approach, psychotrauma, psycho-traumatic experience, the unconscious, psychotherapeutic method at work, personal transformation, images in psychotherapy.

Психотерапия травмы является, на наш взгляд, одной из наиболее тонких, «ювелирных» работ не только в системно-феноменологической психотерапии (СФП) и клиент-центрированных расстановках (КЦР), но и в других направлениях терапии. Актуальность проблемы травматизации (вследствие неправильного воспитания, личного трагического опыта, насилия, военных действий и пр.) настолько велика, что сейчас существуют целые ассоциации травма-терапии, которые следят за развитием данного направления в России.

Существуют особенности работы с травмой в различных подходах — телесно-ориентированном, психоаналитическом, гештальт-подходе, психодраме и др. Каждый из них обучает работе с психотравматическим опытом, исходя из теории и специфики своего метода. В рамках системно-феноменологической психотерапии также имеются своя теория и специфика практической работы с травматическим опытом клиента (см. Табл. 1). Они создавались и эволюционировали по мере того, как развивался сам метод клиент-центрированных расстановок. Ниже мы остановимся на теоретических, а также прикладных особенностях работы с психологической травмой в клиент-центрированных расстановках.

Первое, с чего нужно начать, это определение психологической травмы. В энциклопедии современной психологии дано следующее определение: «Психологическая травма или психическая травма — вред, нанесенный психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий других людей на его психику»⁷³.

По определению DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996) травматическое событие имеет место тогда, когда оно связано со смертью, угрозой жизни, тяжелым ранением или какой-то другой угрозой физической целостности; причем событие может затрагивать человека прямо или косвенно — через релевантных лиц⁷⁴. Но иногда травма возникает и из-за того, что человек становится свидетелем угрожающей ко-

⁷³ Головин С.Ю. Словарь практического психолога. М.: «АСТ», «Харвест», 1998.

⁷⁴ Бауманн У. и др. Клиническая психология и психотерапия / Пер. с нем.; под ред. В.А. Абабкова. 3-е изд. СПб.: «Питер», 2012. 944 с. (Мастера психологии).

му-то опасности, ранения или смерти совершенно чужого ему человека. Дальнейшее исследование природы травмы привело к пониманию того, что тяжелый опыт может передаваться в роду спустя поколения. Таким образом, травматический опыт человека имеет различную этиологию.

Впервые понятие травмы было определено З. Фрейдом и его последователями, которые разрабатывали свои теории развития личности в процессе онтогенеза. Уже в начале XX в. ряд психоаналитиков (З. Фрейд, К. Хорни, М. Кляйн, Ш. Ференци, О. Ранк, Д. Винникот и др.) обратили внимание на особенности изменения психики ребенка в процессе рождения и воспитания. Эти изменения заключались в том, что в бессознательном человека удерживался некий эмоциональный заряд, который в конечном счете выливался в различного рода физические, эмоциональные или поведенческие отклонения⁷⁵.

Психоаналитиками был выдвинут ряд гипотез, которые связывали подобного рода девиации с внутриспсихическими и межперсональными особенностями. Ряд исследователей объясняли проявление травмы биологическими факторами (Фрейд, Юнг, Ранк и др.), в то время как другие (Хорни, Саллеван, Адлер и др.) ссылались на немаловажную роль социального окружения⁷⁶.

Дальнейшее исследование природы травмы и особенностей работы с травматическими переживаниями прямым или косвенным образом происходило в других направлениях психотерапии (гештальт, психодрама, символдрама и др.), однако хотелось бы подчеркнуть вклад отдельных психотерапевтов в развитие травмотерапии как направления. Прежде всего, необходимо сказать об одном из родоначальников травма-терапии Джоне Боулби, который впоследствии создал теорию привязанности. С появлением его концепции, как считает Ф. Рупперт, в распоряжении ученых появилась одна из первых обоснованных теорий, объясняющая влияние событий на человеческую психику⁷⁷. В своих исследованиях Боулби определил предпосылки формирования и особенности передачи трансгенерационного травматического опыта: «Пережившая травму мать с большой долей вероятности передаст свой опыт в той или иной форме ребенку, который впоследствии передает его дальше. Таким образом, он продолжает действовать спустя несколько поколений, передаваясь по наследству»⁷⁸.

⁷⁵ Романин А.Н., Писаревский К.Л. Основы психоанализа. 3-е изд. М.: «Флинта», 2018. 548 с.

⁷⁶ Романин А.Н., Писаревский К.Л. Основы психоанализа.

⁷⁷ Рупперт Ф. Травма, связь и семейные расстановки. Понять и исцелить душевные раны. М.: Изд-во ИКСР, 2010. 280 с.

⁷⁸ Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. М.:

Идя дальше, Боулби создает классификацию и формулирует особенности невротической привязанности, которая образуется вследствие формирования дисфункциональных отношений ребенка с матерью. Он дает ряд примеров того, как ребенок реагирует на разлуку с матерью, и выделяет три типа привязанности: прочная привязанность, амбивалентно-непрочная и непрочно-избегающая. В конечном счете базовая стратегия, которая формируется в первые годы жизни ребенка, влияет на всю его последующую жизнь.

Франц Рупперт, поддерживая системный взгляд на природу психики человека, выступает, однако, против узконаправленной парадигмы. Он считает, что изолированный анализ проблем человека малозначим вследствие того, что человек является частью большой системы. Согласившись с исследованием Боулби, Рупперт отмечает, что нарушения привязанностей приводят к большим нарушениям спустя время и поколения (Рис. 1).

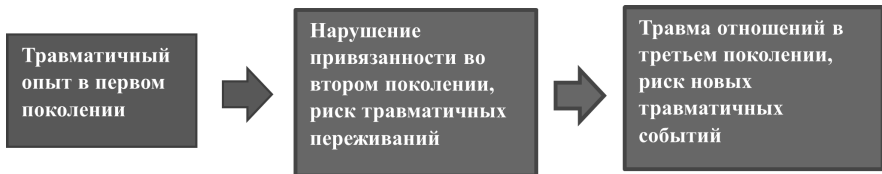


Рис. 1. Особенности трансгенерационной передачи опыта в поколениях.

Таким образом в основе концепции Ф. Рупперта лежат три основных закона.

Первый закон: существует травматический опыт, который является следствием тяжело пережитых событий. По большей части его можно описать с помощью концепции нарушения привязанности, разработанной Дж. Боулби: мать передает этот опыт ребенку. Но и отцы, с точки зрения Рупперта, также вовлечены в механизм передачи травмы и могут передавать ее своим детям.

Второй закон: человеческая психика — феномен, охватывающий несколько поколений рода. Тяжелые телесные и психические проблемы, имеющиеся у человека, нередко являются следствием хитросплетений травм и привязанностей в трех-четыре семейных поколениях.

Третий закон: исцеление психического недуга должно происходить в контексте всех переплетений нарушенных привязанностей (системная работа с бессознательным).

Давая определение термину «травма», Рупперт выделяет следующие важные пункты:

1. Травмирующее событие может воздействовать не на всех; окажется ли событие травмирующим или нет, в конечном счете будет определять совокупность факторов, как личностных, так и внешних. Ф. Перлз писал о том, что наша психика должна уметь «переживать, проглотить и переварить событие». Если же этого не происходит, то возникает так называемый незавершенный гештальт, который потом начинает формировать наши способы взаимодействия с собой и с другими.

2. Травма — вещь «витальная», а значит, ее последствия затрагивают все сферы жизни — от личной до профессиональной.

3. Травма глубоко затрагивает чувственно-эмоциональную сферу и чаще всего связана с негативными эмоциями и переживаниями (страх, ужас, беспомощность, потеря контроля над собой).

4. Травма вызывает долгосрочные изменения ума, души и тела. Нередко до травматического опыта человек чувствует себя более целостным, а после переживания травматического события происходит так называемое расщепление личности (более подробно об этом ниже)⁷⁹.

Следует отметить, что крайняя форма ассимиляции травматического опыта — это расщепление личности на части. То есть человек оказывается представлен на уровне своей идентичности множественно. Иногда ему самому неизвестно о существовании других частей, но как следствия травматического опыта они проявятся в различных жизненных ситуациях. Исходя из природы нашего сознания человеческому «Я» свойственно воспринимать себя целостно. Травмированный же человек может воспринимать себя либо в состоянии А, либо в состоянии Б, либо в состоянии С; в то же время, находясь в каждом из этих состояний, он может совершенно не знать о наличии других состояний.

В дальнейшем Фрэнк Патнем подробно описал феномены диссоциативного расстройства личности после травматического опыта. К ним относятся: неспособность вспомнить важную информацию о себе; переживание эпизодов своей жизни, когда человек кажется сам себе не настоящим либо отстраненным, словно машина или мертвец; внезапно наступившее состояние одержимости, приводящее к хаотичным и иррациональным поступкам; желание совершить суицид или причинить страдание, вред другому человеку, лишить другого жизни; различные формы наркотических и других зависимостей также, с точки зрения этого исследователя, являются следствием психической травмы⁸⁰.

⁷⁹ Рупперт Ф. Травма, связь и семейные расстановки.

⁸⁰ Патнем Ф.В. Диагностика и лечение расстройства множественной

Рупперт отмечал, что фраза «время лечит» неверна, время не работает на минимизацию травмы. В данном случае происходит обратное: время работает на усиление травматического опыта; со временем человеку становится все труднее и труднее поддерживать свою целостность и осознанность. Процессы расщепления с целью удаления травмы из сознания требуют огромных психических ресурсов и истощают резервы энергии.

Существуют различного рода травмы, один из них — травма насилия. Рупперт писал, что травма сексуального насилия является одной из самых тяжелых. Сексуальное насилие становится для ребенка самым ужасным травматическим опытом, влияющим на всю его жизнь. Существует закономерность: чем раньше в жизни ребенка произойдет сексуальное насилие, чем интенсивнее сексуальный контакт, чем больше насилие, чем теснее родственная связь или глубже отношения между насильником и его жертвой, тем более скрытыми и весомыми оказываются для ребенка последствия. Едва ли какое другое событие больше ранит души детей, чем сексуальное насилие.

Травмирующие последствия сексуального насилия являются длительными, поскольку в большинстве случаев его совершают, а потом отрицают люди, которых ребенок любит и которым доверяет. Это деструктивно влияет на его чувства и моральную ориентацию. В ситуациях насилия у ребенка возникают взаимоисключающие ощущения и мысли.

Ссылаясь на Готфрида Фишера и Питера Ридессера, Ф. Рупперт выделяет четыре категории последствий сексуального насилия для ребенка:

1. ложные представления о своей сексуальности, отвращение к сексуальности или навязчивое сексуальное поведение, беспорядочные половые связи;
2. гипертрофированное чувство вины и стыда, уязвленное чувство собственного достоинства, ощущение безумия, самоповреждающее поведение;
3. расщепление опыта, диссоциация, ночные кошмары, фобии, потеря аппетита, проблемы в школе и прогулы;
4. депрессия, сильная зависимость, злость, враждебность, неспособность оценивать других.

В дальнейшем травматический опыт может «организовывать» всю взрослую жизнь человека. Женщина, которая в детстве подверглась сексуальному абьюзу со стороны отца, с большей долей вероятности будет выбирать себе партнера, склонного к насилию. Это не обяза-

тельно может быть сексуальное насилие, но у выбранного ею мужчины с большой долей вероятности будут присутствовать элементы садизма и неуважения к женщинам. Или же, наоборот, женщина выберет диаметрально противоположные отношения, в которых сможет брать верх и самоутверждаться за счет своего партнера. В психоаналитической теории подобная модель поведения называется идентификацией с агрессором. Опыт «агрессор — жертва» в этих отношениях просто уйдет, как качели, в другую сторону.

Мужчина, который пострадал от материнской фигуры, в дальнейшем будет строить свою жизнь по схожему сценарию. Либо он будет выбирать себе партнершу (на бессознательном уровне), чтобы «мстить» ей за то, как поступила с ним мать, либо же, наоборот, его выбор может пасть на женщину, которая будет вести себя подобно его матери. Возможен отход от такого жесткого варианта сценария, тем не менее его отголоски могут проявляться в различного рода бытовых жизненных ситуациях.

Одним из негативных последствий травмы является ее способность сужать до весьма узких рамок не только спектр поведения человека, но и его восприятие мира. Наглядный пример дает расставочное пространство. Пострадавшая от насилия женщина в расставке будет скорее игнорировать нормальных мужчин и акцентировать внимание на тех, которые подходят под описанные сценарии. Нередко в расставке при попытке выстроить модель партнерских отношений это проявляется либо смещением на нормального мужчину ряда проекций, либо полным отсутствием интереса к нему. Довольно часто подобное происходит и в жизни. Такая женщина просто не видит нормальных мужчин, поскольку они в ее поле восприятия уходят «в фон». А заметными фигурами, как уже сказано, становятся такие мужчины, которые реализуют схожие или комплементарные сценарии. В этом случае очень хорошо подходит русская поговорка «свой свояка видит издалека».

Другое дело, когда речь идет о тяжелых системных или трансгенерационных травмах. Женщина с такой травмой нередко находится в узко ограниченных рамках поведения, которое выражается в повторяющихся сценариях. Это могут быть мысли о самоубийстве, постоянно присутствующий депрессивный эмоциональный фон или же, наоборот, сверхсильное эмоциональное возбуждение. На клиническом уровне это может проявляться постоянной соматизацией болезней, наличием психических или психиатрических диагнозов (пограничное расстройство личности, паранойя, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз), страхов, тревог, ужасов, которые могут усугубляться по мере взросления человека.

Табл. 1. Особенности направлений психотерапии, работающих с травматическим опытом человека, и системно-феноменологической психотерапии.

Направление	Область исследования человека и травматический опыт	Базовые теоретические положения и особенности формирования травматического опыта	Практические особенности работы
Психоанализ З. Фрейда Ш. Ференци О. Ранка Д. Винникота	Индивидуальное бессознательное.	Существуют следующие виды травм: шоковая и кумулятивная, а также различные подвиды травм. Истеричные конверсионные симптомы являются одной из форм проявления психологической травмы. Травма вызывается: — подавлением сексуального возбуждения и кастрационной тревогой (З. Фрейд); — потерей объекта любви (М. Кляйн и др.); — потрясением и конфликтами с окружающей средой (Д. Винникот, К. Абрахам, М. Кляйн); — долгим контактом с невыносимыми условиями окружающей среды (Г. Кристал); — как следствие (накопления) травматических факторов (Дж. Сандлер); — недостатком адекватного отклика объекта в ситуации беспомощности (Ш. Ференци); — событием рождения: все люди так или иначе носят в себе этот аффект психической травмы (О. Ранк).	Донести вытесненный бессознательный травматичный материал до сознания.
Гештальт-подход Ф. Перлза	Целостная личность, дефрагментированная в процессе травматического опыта.	Целостность человека изначально заложена в нем природой. Контакт и забота являются базовыми моделями человеческого взаимодействия. Травматические переживания возникают на границе контакта с окружающей средой. При травматическом опыте контакт и забота нарушаются. Травматический опыт возникает вследствие незавершенных гештальтов, а также неспособности поддерживать равновесие между собой и остальным миром. Травма указывает на дефрагментированные (расщепленные) части личности. Принципы: здесь и сейчас, осознанность, незавершенные гештальты, феноменология, фигура и фон, ответственность, спонтанность.	Осознать и интегрировать дефрагментированные части травматического опыта, укрепляя таким образом целостность.

Психодрама Я. Морена	Целостная личность, дефрагментированная в процессе травматического опыта.	Травматический опыт формируется в процессе взаимодействия с социально значимыми людьми, а также миром в целом. Травматический опыт порождает дефицит копинг-стратегий. Травматический опыт порождает ригидность или иррациональность внутриролевой особенности человека. Спонтанность дает возможность высвободиться заблокированной энергии и прийти к творчеству. Принципы: здесь и сейчас, осознанность, спонтанность, творчество.	Посредством разыгрывания травматической ситуации постичь ее смысл, обрести ресурсы и отрегулировать эмоциональный заряд негативных эмоций.
Системно-феноменологическая психотерапия и клиент-центрированные расстановки М. Бурняшева	Целостная личность, дефрагментированная в процессе личного, семейного или трансгенерационного травматического опыта.	Опыт человека представляет собой систему ролей, не только полученных в процессе социализации, но и передающихся посредством внутри- и межсистемных связей, а также бессознательных программ. Травматический опыт может сформироваться не только на уровне личной истории (индивидуальная травма), но и на уровне семейной и родовой истории (трансгенерационная травма) и передаваться через поколения. Нередко травматический опыт порождает формирование внутриролевой системы человека, представленный следующими ролями: агрессор — жертва — спасатель — свидетель (или же здоровой, выживающей, раненой и агрессивной частями личности). Травматический опыт отражается не только на внутренней системе (ум, душа, тело, дух), но и на внешней, способствуя нарушению базовых законов функционирования семейных систем (человек — внешняя система). Принципы: феноменология, ориентация на решение и ресурсы, клиент-центрирование, здесь и сейчас, осознанность, ответственность, системность.	Посредством расстановки работа может идти как на внутрисистемном, так и межсистемном уровнях. Основной задачей является интеграция травмированных ролей (частей) и разделение с «чужими» или навязанными ролями для обретения внутренней целостности.

Травматический опыт часто имеет и соматические последствия. Нередко пациенты обращаются к врачам с различными телесными проблемами, в то время как у них имеются лишь дисфункциональные, а не органические заболевания. Однако игнорирование подобного рода симптомов нередко приводит к органическим заболеваниям, которые могут иметь необратимый характер.

Супруги Саймонтоны, руководители Далласского центра онкологических исследований и консультаций, использовавшие психотерапев-

тические методы работы в сложных онкологических случаях, выявили прямую корреляцию между ПТСР и онкологическими заболеваниями⁸¹. Более того, одна из базовых эмоций, которые человек испытывает, имея вторую или третью стадию рака, это так называемое гипертрофированное чувство вины. Многие из таких пациентов пережили на своем опыте события, которые так или иначе сказались не только на эмоциональном, но и на физическом здоровье⁸².

Таким образом, последствия травматического переживания нередко затрагивают несколько уровней человека: эмоциональный, когнитивный, социальный, телесный (Табл. 2).

Табл. 2. Особенности проявления травматического опыта на различных уровнях.

Элементы внутренней и внешней системы человека	Особенности проявления травматического опыта
Когнитивный уровень	Суицидальные и разрушительные мысли, мысли, обесценивающие себя и других, мысли о темном будущем, бесперспективности жизни.
Эмоциональный уровень	Страхи, фобии, ужасы, панические атаки, эмоциональные конфликты, ощущения своей ничтожности, страх предательства, унижения, покинутости, печаль, бессильный гнев, вина.
Ценностно-смысловой уровень	Примитивные ценности (биологические), отсутствие жизненных смыслов, долгосрочных целей и задач, экзистенциальные страхи.
Соматический уровень	Депрессии, отсутствие сна, слабая иммунная система, астма, нейродермит, рак, половые дисфункции, аутоиммунные заболевания, алкоголизм, наркомания, паранойя, шизофрения, маниакально-депрессивные психозы, ухудшение деятельности психических процессов и др.

⁸¹ Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью. Новый взгляд на тяжелые болезни / Пер. с англ. СПб.: «Питер-пресс», 2010 г. 136 с.

⁸² Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью.

Поведенческий уровень	Аутоагрессивные тенденции, попытки нанести вред себе и другим, выстраивание препятствий на своем жизненном пути, запрет на самопроявления.
Социальный уровень	Организация жизненного пространства в соответствии с ограниченным восприятием себя, других и мира в целом, ограничение на самопроявления.

В системно-феноменологической психотерапии и клиент-центрированных расстановках выделяются следующие виды травм:

Личная. Это то, что связано непосредственно с человеком, пережившим травму. Например, ребенка в детстве избивал отец и не любила мать — у него личная травма. Женщина пережила насилие — это личная травма. Мужчина потерял семью в автокатастрофе — это тоже личная травма. Такая травма предполагает наличие тяжелого травматического переживания, связанного с событием, которое произошло в жизни человека.

Семейная. Это опыт, идущий из семейной системы пациента. Нередко человек может на сознательном или бессознательном уровне повторять и транслировать в жизни опыт кого-то из членов его семьи или всей системы. Тяжелая судьба матери или отца, а также последствия их жизненных ошибок (расставания, аборты, насилия) могут негативным образом сказываться на детях, которые входят в эту систему.

Травма свидетеля. Такое бывает, когда человек не является жертвой, но видит, как, например, происходит насилие над кем-то другим. Особенно если этот другой — значимое для человека лицо. Например, ребенок видит, как отец избивает мать, но его самого при этом не трогает. Или же человек становится свидетелем убийства: сам он при этом физически не пострадал, но впечатление от увиденного может стать настолько эмоционально заряженным, что возникает травма.

Трансгенерационная травма. Это опыт, который пережил кто-то из предков. Такой травматический опыт может передаваться из поколения в поколение. Например, во время войны человек стал свидетелем того, как нацисты уничтожили его соседей, односельчан. Потомки этого свидетеля также могут испытывать последствия этой травмы, несмотря на то что не только сами не были свидетелями произошедшего, но даже еще не появились на свет в то время, когда все это произошло! Войны оказывают влияние не только на тех, кто воюет и переживает ужасы войны непосредственно, но и на их потомков. Таким образом, то, что пережито предками, может проявиться и у потомков, а может и никогда не проявиться.

Иногда для того, чтобы трансгенерационная травма проявилась, нужен какой-то импульс. Здесь работает ассоциативная память. Например, прадед пациента когда-то давно утонул в море. Потомок знает об этом, но не придает этому факту особенного значения: он даже не был знаком с прадедом. Но однажды он сам становится свидетелем того, как в море тонет человек. И его трансгенерационная травма резко активизируется. Почему? Потому что новая травмирующая ситуация, которая происходит на глазах человека, приводит к тому, что бессознательное пытается найти решение. Нейронные сети ищут алгоритм, как действовать в подобной ситуации, — и находят! Если схожий с происходящим здесь и сейчас образ из бессознательного сильно эмоционально заряжен (а травматический опыт чаще всего именно таков), то, попав в сознание, он «затапливает» его.

Даже если сознание пытается вытеснить травмирующие впечатления обратно, то эмоциональный заряд из трансгенерационной травмы предка не дает человеку сознательно закрыть открытую дверь в бессознательное. Чем сильнее эмоциональный заряд травмы предка, тем большее количество нейронных путей открыто к этим травмирующим образам, тем прочнее они закрепляются в сознании.

Следует отметить, что в клиент-центрированной психотерапии мы работаем с так называемыми внутренними частями личности (образами бессознательного), которые в конечном счете представляют собой наш собственный и родовой опыт. Один из алгоритмов работы заключается в том, что мы расставляем комплекс частей, обычно задействованных в травматическом событии. На практике используется так называемый квадрат ЖАСС — Жертва, Агрессор, Спасатель, Свидетель (Рис. 2).

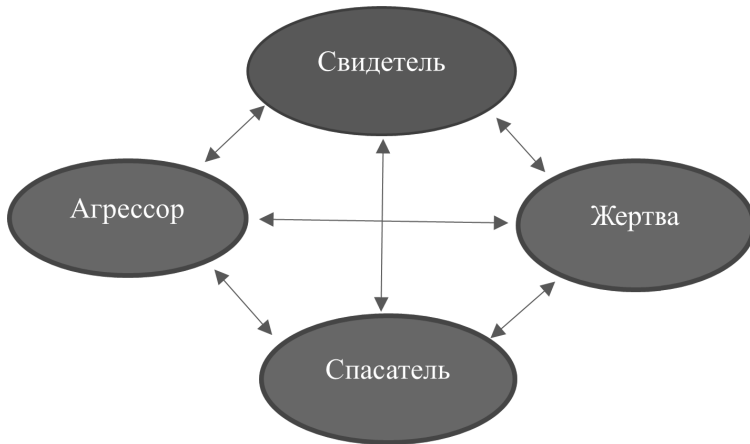


Рис. 2. Квадрат ЖАСС в системно-феноменологической психотерапии и клиент-центрированных расстановках.

Каждая из этих частей личности представляет собой эмоционально заряженный жизненный опыт, который реализуется в виде различного рода эмоциональных проявлений и поведенческих моделей (сценариев). Нередко сценарий предполагает включение человека в различные роли, представленные на Рис. 2.

Женщина в одних и тех же отношениях может разыгрывать либо однотипные роли, например жертвы, либо же переключаться на другие (например, спасатель или агрессор). Мы не раз наблюдали за такими феноменами, когда в одних отношениях женщина играла роль жертвы, в других — роль агрессора, в то время как, в-третьих, это была роль спасателя. То, какие роли выйдут на первый план и будут отыгрывать свои сценарии, зависит от нескольких факторов, включая внешнюю среду (стимулы, запускающие отыгрывание сценария).

Сильный внутренний агрессор в мужчине, скорее всего, заставит такую женщину подчиняться, а слабый — вынудит ее доминировать. Нередко доминирование может иметь не прямое, а косвенное проявление. Можно вспомнить анекдот, в котором муж спрашивает у жены, как ей удастся быть такой спокойной, когда он на нее кричит. На что она отвечает, что в такие моменты она моет унитаз и это позволяет ей снять напряжение. Но, продолжает муж, как же ей все-таки удастся сохранить такое терпение? На что она отвечает, что моет унитаз его зубной щеткой.

На Рис. 3 показан краткий системный алгоритм взаимодействия частей личности между собой. Мы видим базовую динамику, которая разыгрывается между основными частями травмированной личности, а также те эмоциональные и поведенческие модели, которые подлежат отыгрыванию в той или иной роли. Однако данный рисунок не отражает полную картину взаимосвязанных между собой моделей поведения, поскольку тут не хватает двух не менее важных ролевых аспектов, а именно — спасатель и свидетель.

Безусловно, и спасатель, и свидетель, равно как и другие роли, имеют и эмоциональные модели реагирования, и свои поведенческие паттерны. Наблюдая за взаимосвязями (Рис. 2), можно убедиться в том, как легко происходит переход из одной роли в другую. В то же время на Рис. 3 показаны комплементарные связи эмоциональных и поведенческих состояний, проявляющихся в отыгрывании сценарного взаимодействия. Следует отметить, что особенности работы с каждой из частей личности или системой частей выстраиваются индивидуально и формируются в зависимости от запроса пациента, а также по усмотрению системного терапевта. Классификация частей личности (ролей) и особенности их проявления представлены в Табл. 3.

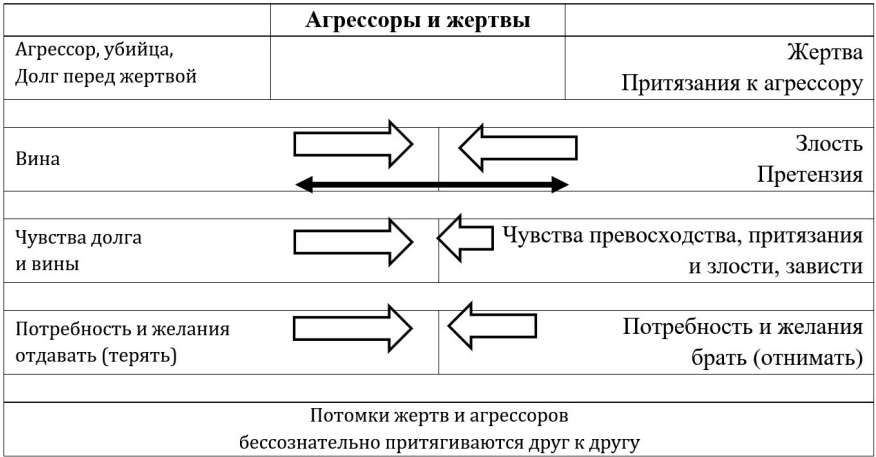


Рис. 3. Динамика «агрессор — жертва»
в системно-феноменологической психотерапии
и клиент-центрированных расстановках.

Табл. 3. Классификация частей личности, особенности их
проявления и технические аспекты работы с ними.

Части личности	Особенности проявления	Технические аспекты работы
Здоровая часть	Готовность к изменениям. Готовность, направленная на будущее. Объективность, осознанность, жизнь в настоящем моменте. Трансляция доверия, открытости миру, радости, счастья и др.	— формируем запрос; — опираемся на ее ресурсы; — формируем цель; — опираемся на объективность в оценке ситуации.
Выживающая часть	Стремление сохранить статус-кво. Защикленность на избегании травматических переживаний и внутренних переживаний в целом. Нередко проявляет себя в виде мыслей (когнитивный уровень). Отсутствуют такие чувства, как эмпатия, сострадание, сопереживание. Возможны диссоциативные формы поведения. Неспособна установить хорошие связи и отношения. Соматизирует травматический опыт. Создает систему защитных механизмов. Ищет одобрения, признания, защиты и любви.	— используем стратегию уважения, создавая атмосферу безопасности и защищенности; — аккуратно обходимся с защитными механизмами, осознавая их роль и функцию; — благодарим за помощь, которую она оказывает другим частям и личности в целом. Разрешающие фразы: «Уважаю тебя, благодарю тебя, спасибо тебе за...» и др.

Раненая часть	Соответствует возрасту травмы. Удерживает травматические эмоции и воспоминания о травме. Проявляет гамму чувств, связанных с душевными и телесными состояниями, такие как страх, боль, безнадежность, безысходность, отчаяние, отвергнутость.	— создаем атмосферу безопасности и защищенности; — работаем со стратегией принятия; — создаем безопасное место; — используем диалог. Разрешающие фразы: «Вижу твою боль, буду рядом с тобой, защищу, поддержу тебя...» и др.
Агрессор	Стратегия обесценивания и жесткого контроля. Преобладают чувства гнева, ярости, злости, агрессии.	— удерживаем твердые границы в процессе контакта; — выдерживаем сильные эмоции; — при необходимости возвращаем агрессору его ответственность. Разрешающие фразы: «Вижу, признаю...» и др.
Важно! Если при работе с личной травмой в системно-феноменологической психотерапии мы идем в сторону интеграции, то при работе с системной или трансгенерационной травмой, наоборот, идем в сторону разделения. Нередко разделение может происходить с целым сценарием, в котором присутствуют как агрессор, так и жертва. Вместе с тем у пациента должно быть достаточно ресурсов, чтобы опять не провалиться в динамику травмы, уметь с принятием посмотреть на это и развернуться в сторону будущего. В иных случаях, если в процессе трансформации в динамике начинают проявляться ресурсы, пациент может с благодарностью взять их, при этом выйдя из тяжелого травматического сценария.		

Практические особенности работы с травмой в системно-феноменологической психотерапии и клиент-центрированных расстановках. Прежде чем перейти непосредственно к описанию расстановочной работы, кратко очертим основные принципы и положения системно-феноменологической психотерапии. К ним относятся следующие:

1. Человек является сложной биопсихосоциальной системой и взаимодействует с окружением не только в социальном пространстве себе подобных (семья, род, общество и т. д.), но и во внутреннем пространстве различных слоев человеческого бессознательного.

2. Опыт человека представляет собой сложную систему внутриролевых связей, моделей восприятия, поведения и сценариев. Они являются основным полем для ориентации специалиста, работающего в рамках СФП и КЦР.

3. Информация из сферы травматического опыта может относиться к различным слоям человеческой памяти (бессознательного), однако чаще представлена личной памятью, памятью семьи и рода.

4. Травматический опыт оказывает влияние не только на внутреннюю систему человека (ум, душа, тело), но и на внешнюю (систему его социальных связей).

5. Нередко последствия травматического опыта могут непрямым образом проявляться в снах (эмоционально заряженные сны и т. д.).

6. При работе с травмой следует учитывать те же положения и законы, которые используются в классических семейных расстановках (принадлежности, баланса, иерархии).

7. При работе с травматическим переживанием информация из системы клиента (образы, чувства, модели поведения, роли, сценарии) является базовым ориентиром для специалиста, работающего в рамках СФП и КЦР.

8. При работе с травматическим переживанием специалист по СФП и КЦР, ориентируясь на внутренний потенциал и ответственность пациента, движется из области проблемы в область решения.

9. В основе СФП лежит понимание, что, если человек обратился за помощью, то у него есть все необходимые ресурсы, помогающие ему найти решение даже в самых сложных ситуациях, но он сам не всегда успешно может ими пользоваться.

Ориентируясь на практику, клиент-центрированный терапевт организует свое профессиональное пространство в соответствии с вышеприведенными принципами.

Следует отметить, что не всегда пациент приходит к специалисту с запросом травмы. Категория пациентов с таким запросом в большинстве своем проявляется в процессе работы с ним. Это требует от психолога-консультанта определенных знаний и навыков терапевтической работы по обозначенной теме.

Выявить маркеры, указывающие на вероятность контакта терапевта с травматическим переживанием пациента, можно с помощью следующих методов:

- наблюдение за поведением человека (чувства, эмоции, движения тела и т. д.);
- сбор биографических сведений, связанных с личной, семейной или родовой историей (информация относительно его личной истории);
- наблюдение за феноменами, проявляющимися в процессе терапии.

Следует подчеркнуть, что бывают внешне «компенсированные» пациенты, по внешнему виду которых никогда не скажешь, что они несут в себе глубокий травматический опыт. И, наоборот, у внешне разбалансированного человека расстановочная динамика может не указывать на какие-либо глубокие отголоски пережитого тяжелого события.

Первое, на что предлагаем обратить внимание, — поведение человека в процессе сбора информации о нем. Иногда о наличии травматического переживания свидетельствует «стеклянный» или «замороженный» взгляд. У такого человека в глазах нет той живости, что имеется у обычных, здоровых людей. Он будет склонен уходить в интеллектуализацию, рационализацию, его взгляд может быть постоянно направлен куда-то в сторону, минуя терапевта. Заданный вопрос может заставить его поменять тему беседы или же вызвать агрессивную реакцию. Такой

пациент может выпасть из разговора, а затем с трудом возвращать себя в терапевтический контакт. Или, например, он может полностью забыть то, что терапевт говорил ему несколько минут назад. Нередко травматическое переживание может выражаться встречной агрессией, обесцениванием, уходом в слезы или иные эмоциональные переживания, а также длительной интеллектуализацией в адрес терапевта.

Второе. В процессе первичного опроса пациенту задается ряд вопросов, связанных с его личной или родовой историей. Это могут быть прямые или косвенные вопросы: «Испытываете ли вы страхи, ужасы? Снятся ли вам по ночам кошмарные сны?» и пр. Можно прямо, но аккуратно задавать вопросы, связанные с темой насилия, как физического, так и эмоционального. Можно спросить о наличии свидетельского опыта, связанного с ситуациями смерти или насилия. Собирая информацию, необходимо узнать о тяжелых судьбах предков, включая насильственные смерти, пережитый ими опыт геноцида, войны, тюрьмы и т. д. Можно спросить пациента и о его физических состояниях: не бывает ли так, что вдруг без причин становится холодно или же тело вдруг начинает охватывать беспричинная паническая дрожь? Не каждый из этих симптомов свидетельствует о травматическом опыте — речь может идти и о медицинских симптомах, однако вероятность все же существует.

Третье. Необходимо спросить человека относительно наличия предыдущих контактов с психотерапевтами. Не раз доводилось сталкиваться с тем, что человек приходит с запросом проработать травму насилия, связанную с отцом, матерью или другими членами семьи, поскольку эта тема уже поднималась во время его прошлых визитов к специалистам.

Четвертое: следует выявлять особенности поведения пациента в процессе терапевтической работы. На наличие тяжелого опыта может указывать ряд симптомов. Пациент может быть либо пассивным и вялым, наблюдая динамику как бы со стороны и не включаясь в нее, либо же, наоборот, чрезмерно включаться в то, что происходит. Нередко, как уже сказано выше, травматический опыт выражается физически: человек перестает дышать, он может «холодными» глазами смотреть на происходящее, отрицать или говорить, что к нему это не имеет отношения. В иных случаях это могут быть, наоборот, чрезвычайно сильные эмоциональные проявления, в некоторых случаях направленные не только на фигуры-заместители, но и на присутствующих наблюдателей.

Нередко травматический опыт может быть вытеснен и спроецирован на расстановщика, и тогда терапевт на себе прочувствует все то, что чувствует пациент. В таких случаях специалист может аккуратно вернуть пациенту его состояние, ни в коем случае не навязывая, а лишь

рассказывая о своих чувствах и ощущениях. Например: «Вы знаете, сейчас я вдруг перестал дышать...» или: «У меня как будто становится каменной нижняя часть тела, отвечающая за сексуальность». Или же: «Я сейчас как в тумане, у меня мутное сознание, суженный фокус и ряд сильных чувств, ощущений в теле. Знакомы ли вам подобные реакции?» В конечном счете работа с психологической травмой требует от терапевта не только достаточного объема знаний и навыков, но и осознанности, которая проявляется в процессе личностной проработки в качестве «пациента».

При работе с травматическим переживанием следует учитывать следующее. Как уже отмечалось, согласно Ф. Перлзу, все, что происходит с нами, наша психика должна «пережевать, проглотить, переварить». Однако в случае с травматическим опытом это происходит не всегда. В ряде случаев она не справляется, и «непереваренный» материал постепенно уходит на бессознательные уровни. Еще хуже, когда речь идет о тяжелой системной травме или родовой травме. Уходя в глубокие бессознательные слои, этот «непрожеванный» и «непереваренный» материал, обрастая защитными механизмами, становится миной замедленного действия.

В психотерапии есть понятие повторной травмы, ретравматизации. Это происходит тогда, когда терапевт при отсутствии достаточного количества личностных, профессиональных ресурсов или ресурсов пациента погружает его в проработку тяжелого опыта. В таком случае может проявиться обратный желаемому эффект, выражающийся в повторном проживании человеком травматического опыта. И тогда это будет похоже на хирургическую операцию без достаточной анестезии: в качестве хирурга выступает системный терапевт, в качестве анестезии — ресурсы.

Еще раз перечислим, на что должны опираться терапевт и пациент в процессе расстановки травмы:

1. Личная осознанность, личная терапия, профессиональный опыт и ряд других внутренних и внешних ресурсов терапевта.
2. Ресурсы пациента (прошлый опыт, семейные, родовые, ресурсы будущих целей и др.).
3. Ресурсы внешних систем.

Немаловажным аспектом, повторимся, является способность терапевта увидеть проявления травматического переживания. Он должен знать и различать маркеры травм. М.Г. Бурняшев предлагает использовать здесь технику замедления. Например, если в ходе работы пациент вдруг начинает проявлять очень сильные чувства, эмоции (плачет, вскрикивает и т. д.) или внезапно замирает, отводит взгляд, ведет себя так, будто ему стало очень тяжело смотреть на окружающее, — скорее

всего, мы имеем дело с последствиями травмы. В этом случае терапевт просит: «А теперь, пожалуйста, все то, что вы говорите и делаете, говорите и делайте медленнее». Условно говоря, как в замедленной прокрутке фильма. Это делается затем, чтобы дать пациенту возможность прожить определенные чувства и ощущения.

Если состояние человека усугубляется, терапевту следует переключить внимание с расстановки фигур-заместителей непосредственно на пациента. Например, сказать ему: «Пожалуйста, дышите», «Дышите глубже, выдыхайте все тяжелое», «Выражайте это чувство». Глубокое дыхание помогает осознать происходящее, обрести равновесие, не позволяет травмирующим образам снова овладеть сознанием. Пациент сможет осознать свои чувства и ощущения и сознательно дифференцировать их. Например, отделить свою адекватную злость против агрессора от неадекватной злости самого агрессора. И когда человек немного придет в себя, терапевт спрашивает его: может ли он продолжать и следить за расстановкой. Если тот говорит «да», работа продолжается. Но идет медленнее, терапевт нацеливается на поиск ресурса для поддержки пациента. Если в этот момент он не находит ресурсов, к которым можно было бы сразу обратиться, то лучше вообще прекратить расстановку и дать пациенту домашнее задание по сбору необходимых ресурсов. Можно, например, покопаться в его родословии, если он никогда этого не делал, и тем самым получить задел для последующей работы⁸³.

Бывает так, что начинается расстановка в обычном режиме, а уже в процессе ее терапевт переходит к методам травма-ориентированной работы, так как внезапно вскрываются обстоятельства из жизни пациента или близких ему людей, связанные с жестокостью, насилием, тяжелыми переживаниями. Если в ходе расстановки становятся видны признаки возможной травматизации — насилия, унижения, если возникают какие-то картины, связанные с убийствами или драками, нужно замедлить расстановку, чтобы материал, который содержится в бессознательном человека, «распаковывался» не быстро. Чтобы в случае необходимости можно было совсем остановить процесс и обратиться к важным для пациента ресурсам: поддержке семьи, рода, близкого окружения⁸⁴.

Любая работа с травмой очень индивидуальна, хотя общие алгоритмы, конечно, есть. В первую очередь важен этап так называемой конфронтации с травмой, когда пациент при помощи терапевта исполь-

⁸³ Бурняшев М.Г. Без маски. Книга-погружение в системные расстановки и мир подсознания. М.: «Эксмо», 2020. 120 с.

⁸⁴ Бурняшев М.Г. Без маски...

зует все доступные механизмы, чтобы отделить себя от травмирующего события. Если человек в детстве стал свидетелем какого-то страшного события, важно запечатлеть в его сознании формулу: «Вы были всего лишь ребенком, вы не могли ничего сделать, вашей вины нет в том, что произошло». Когда речь идет о трансгенерационной травме, важно маркировать переживания: «Это не мои чувства. Это чувства моей бабушки, которая пережила насилие. Это она видела в мужчинах угрозу, а для меня все это может быть по-другому». Если человек получил травму «по наследству» от кого-то из своих предков, важно разделить с ней. Если сделать это — проблема будет закрыта и для него самого, и для его потомков.

Необходимо помочь пациенту понять, что ему нужно жить своей жизнью, отделить себя от травмы, какой бы она ни была. Возможности для этого могут быть разные — например, опора на ресурс, который предоставят его родные; знакомство с людьми, которые убедят его, что не все плохие; творчество; восстановление связей с близкими и т. д. Нередко излечение возможно именно благодаря контакту с ресурсами, которые на данный момент имеют терапевт, сам пациент, его заместитель или группа заместителей.

При этом и сам системный терапевт может стать ресурсом, находясь рядом с пациентом, поддерживая его в состоянии осознанности или при необходимости возвращая его в это состояние. Метапозиция, опора на терапевта как проводника, отреагирование заблокированных эмоций, поддержка детской части личности, ресурсы из внутренних и внешних систем пациента — все это может способствовать тому, чтобы он почувствовал себя лучше.

Приведем пример. А. в детстве подверглась насилию со стороны отчима. Долгое время это событие вытеснялось из памяти, но в процессе работы с личными отношениями оно стало фигурой в расстановке пациентки. Алгоритм работы состоял в том, чтобы А. смогла завершить гештальт с отчимом, одновременно поддерживая свою детскую часть. Разговор взрослой части ее личности с отчимом состоял в следующем: «Ты мной воспользовался, воспользовался моей беззащитностью и уязвимостью. И как ребенок я не могла тебе об этом сказать, но как взрослая женщина я тебе об этом говорю». После этого взрослая часть личности пациентки может поддержать своего внутреннего ребенка, сказав: «Жаль, что в тот момент рядом не было того, кто мог бы поддержать тебя. То, что с тобой произошло, было ужасно. Но ты выжила, и теперь это все в прошлом. Больше я тебя никогда не оставлю». В случае восстановления баланса взрослая часть может сделать обмен — произведя определенные ритуалы в отношении насильника. Например, отдать ему то, что испытывала в момент насилия детская часть: чувство страха, не-

защищенности и т. д., и вернуть себе то, что она в той ситуации утратила (детское счастье, доверие и т. д.).

Не раз приходилось наблюдать, как такое восстановление баланса срабатывало и приносило плоды в виде улучшения эмоционального состояния клиента. Нередко подобный ритуал любви, передаваемой от взрослой части личности к детской (травмированной), способствует восстановлению чувства защищенности и безопасности у пострадавшей части.

Не будем описывать подробности работы с каждым из видов травм, лишь вкратце обрисуем работу с трансгенерационной травмой. Нередко такая травма имеет далеко идущие последствия. Человека с трансгенерационной травмой можно сразу определить по большому количеству эмоциональных или психосоматических проблем. Он не живет своей жизнью, у него мало жизненной энергии, он может как бы «застревать между мирами». Безусловно, такие состояния могут быть вызваны и другими причинами, однако, по опыту, нередко вышеупомянутые проблемы имеют прямую связь с тем, что называется трансгенерационной травмой. Итак, что делать в этом случае?

Нередко у таких пациентов можно отметить лояльность к своему состоянию. Несмотря на внешние сложности, бессознательно человек может получать некие выгоды, которые на сознательном уровне не всегда ему видны. Кстати, нередко сама система, в которой находится пациент (т. е. трансгенерационный опыт прошлых поколений), настроена против того, чтобы живые находились в «мире мертвых». Именно поэтому первым важным шагом является вскрытие этой связи, обнаружение ее перед пациентом.

Вторым шагом является выход из того, что приносило ему страдания. Нередко ритуалы в виде констатирующих и разрешающих фраз, «поклоны», отдача тяжелых переживаний помогают человеку выйти из системы прошлого, восстановить гармонию в душе.

Приведем пример конкретной работы с такой травмой, описанный в книге «Без маски. Книга-погружение в системные расстановки и мир подсознания» М.Г. Бурняшева.

«У меня была клиентка, которая, с одной стороны, хотела выйти замуж, родить детей. А с другой — как только какой-нибудь мужчина проявлял к ней внимание, у нее возникал беспричинный страх. Даже если человек ей нравился, она либо просто обрывала общение с ним, либо начинала вести себя так, что он уходил сам: притворялась, лгала, закатывала истерики по незначительным поводам. Когда мы начали работать, мне сразу стало ясно, что у клиентки есть какая-то связанная с мужчинами травма. Я стал расспрашивать девушку, но та уверяла, что ничего подобного в ее жизни не было. Она выросла в очень хорошей

семье. На жизненном пути ей встречались только воспитанные, умные, серьезные мужчины. Ни в школе, ни в институте никто не вел себя по отношению к ней неуважительно, не говоря уже о насилии или оскорблениях. Я спросил, нет ли у нее информации о каком-либо насилии в семье, и она сказала, что ни о чем подобном не слышала. Это было очень странно, факты не подтверждали мое восприятие. Мы решили начать работу и расставили группу потенциальных партнеров этой девушки. Предварительно я выяснил у нее критерии: с каким человеком она хотела бы связать свою жизнь? Как он выглядит, каков его характер, чем он занимается? Когда эта группа потенциальных женихов появилась в расстановке, поведение девушки резко изменилось. Она начала нервничать, в глазах появился ужас, она отворачивалась от мужчин и явно хотела покинуть поле расстановки. При том что мужчины вели себя по отношению к ней предельно дружелюбно и ровно. И тогда я задал ей вопрос: может быть, есть еще какой-то персонаж, с которым может быть связано это ощущение ужаса? Может быть, девушка от кого-то “унаследовала” его?

Клиентка вспомнила историю, когда-то давно рассказанную ее матерью. Оказалось, бабушка клиентки всегда как-то странно вела себя в присутствии незнакомых мужчин и старалась побыстрее уйти от них. Мы решили проверить эту гипотезу, и я попросил клиентку добавить в расстановку фигуру ее бабушки. Она поставила заместительницу бабушки недалеко от группы мужчин, заместителей потенциальных партнеров клиентки.

Дальнейшее поразило всех. Мало того, что “бабушка” начала проявлять по отношению к ним панический ужас, резко изменилось и поведение заместителей-мужчин: оно стало вызывающе агрессивным, более того, начали раздаваться высказывания грубо-сексуального характера. Персонажи заместителей трансформировались в группу молодых мужчин, которые сексуально начали помогать заместительнице бабушки, не обращая никакого внимания на заместительницу клиентки. Нам даже пришлось замедлять процесс, так как эмоциональная ситуация в расстановке накалялась все больше и грозила стать неконтролируемой.

Не буду описывать все, что нам довелось услышать. Просто замечу, что расстановка однозначно показала: бабушка клиентки в юности пережила насилие. Видимо, в семье по понятным причинам было не принято обсуждать это событие, и наша клиентка ничего о нем не знала. Но травматический опыт бабушки передался через поколение.

В итоге мы провели так называемый ритуал разделения: бабушка и внучка (то есть их заместительницы) пообщались и проговорили друг с другом все необходимые фразы. Эти слова индивидуальны для каждой расстановки, но общий смысл таков: травма, пережитая бабушкой,

не должна оказывать влияние на жизнь внучки. Да, внучка с почтением и любовью относится к бабушке, но принимать на себя тяжесть ее травмы она не может и не должна. Она отпускает эту ситуацию. Это бессознательная лояльность внучки к сценарию, который был пережит в жизни ее бабушкой, и одновременная попытка не допустить его повторения в своей собственной жизни. Отсюда и ее странное неконтролируемое поведение по отношению к мужчинам, которые проявляли к ней интерес.

Вскоре девушка познакомилась с молодым человеком и через полгода вышла замуж...

Да, в расстановках, как, впрочем, и в любом другом психотерапевтическом методе, существует опасность ретравматизации — когда попытки разобраться с травмой приводят к рецидиву. Но в методе клиент-центрированных расстановок мы стараемся по максимуму избежать этой опасности, уделяем особое внимание обучению терапевтов работе с травмами и очень ответственно подходим к работе с информацией, которую предоставляет нам клиент.

Наверное, вы обратили внимание, что в описанной только что расстановке произошло так называемое разделение ролей: первоначально у нас была только клиентка с ее страхами, а потом мы ввели еще фигуру ее бабушки. Это довольно распространенная практика. Бывает так, что дополнительная фигура вводится в расстановку уже под известным именем и в определенной роли: например, в процессе мы узнали, что у клиента была ссора с тетей Машей, сестрой отца, и мы вводим дополнительно фигуру тети Маши. Но иногда эта дополнительная фигура как бы отделяется от основной. Например, как в случае с боявшейся мужчин клиенткой и ее бабушкой. Сначала появляется абстрактная фигура — “тот, к кому относится чувство злости”, “тот, кто передал мне чувство страха”, “тот, от кого я унаследовал(а) чувство вины”. И когда в процессе расстановки постепенно выясняется, кто конкретно это может быть, мы окончательно смещаем на этого персонажа его роль. Это называется “смена структурного уровня с абстрактного на конкретный”».

Завершение работы с травмой нередко идет по классической схеме, когда системный терапевт и пациент работают, исходя из положений системно-феноменологической психотерапии и клиент-центрированных расстановок. Эта схема включает в себя ассимиляцию полученного в процессе работы материала. На завершающем этапе осуществляются следующие шаги:

- введение в образ расставки самого пациента;
- передача пациенту заместительского опыта;
- движение и контакт пациента с целью;
- выход из расстановочной работы;

— обратная связь и при необходимости домашнее задание.

На данном этапе терапевту необходимо уделить часть времени для рефлексии и обратной связи от клиента, а также подвести итоги и сформировать домашнее задание (при необходимости). Домашнее задание может заключаться в том, чтобы пациент отмечал и поддерживал (при необходимости) изменения не только в процессе терапевтической работы, но и реальной жизни.

В целом работа с травматическим переживанием пациента является квинтэссенцией терапевтического опыта. При этом у одних пациентов период выздоровления может исчисляться неделями, в то время как у других он может длиться годами. Глубокие системные травмы могут потребовать не только расстановочной работы, но и применения других психотерапевтических техник и подходов, которые смогут обеспечить полноценную ремиссию или даже избавление от тяжелого душевного переживания. Иногда расстановка раскрывает лишь проблемную зону, открывая возможности для дальнейшей работы в рамках терапевтического метода.

Профессионализм клиент-центрированного терапевта, правильная организация терапевтического пространства обеспечивают качественно новый подход при работе с травматическим опытом пациентов. В то же время, опираясь на ряд принципов и правил, а также теоретические наработки системно-феноменологической психотерапии, терапевт-расстановщик может обеспечить дополнительные условия для личностной и духовной интеграции человека в его социальном пространстве.

Список литературы

1. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей / Пер. с англ. М.: «Академический проект», 2006. 238 с.
2. Бурняшев М.Г. Без маски. Книга-погружение в системные расстановки и мир подсознания. М.: «Эксмо», 2020. 120 с.
3. Бурняшев М.Г. Семейная терапия и клиент-центрированные расстановки. Учебное пособие. М.: Изд-во ИКСР, 2023. 34 с.
4. Писаревский К.Л., Бурняшев М.Г. Системно-феноменологическая психотерапия и клиент-центрированные расстановки при работе с бессознательным человека (на примере снов) // Вестник МГУТУ. Серия прикладных научных дисциплин. 2024. № 3. С. 111—125.
5. Рунперт Ф. Травма, связь и семейные расстановки. Понять и исцелить душевные раны / Пер. с англ. М.: Изд-во ИКСР, 2010. 280 с.
6. Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью. Новый взгляд на тяжелые болезни. СПб.: «Питер-пресс», 2010. 136 с.

Сведения об авторах

Бурняшев Михаил Геннадиевич, доктор психологических наук, директор Института консультирования и системных семейных решений, г. Москва. Тел.: 8926-084-92-99; e-mail: *mikhail-bur50@yandex.ru*

Писаревский Константин Леонидович, старший преподаватель кафедры педагогики и психологии Российской международной академии туризма, ведущий клиентских групп в Институте консультирования и системных семейных решений, г. Москва. Тел.: 8909-959-38-98; e-mail: *starway48@yandex.ru*

Information about the authors

Burnyashev Mikhail Gennadiyevich, Doctor of Psychology, Director of the Institute of Counseling and Systemic Family Solutions, Moscow. Phone: +7926-084-92-99; e-mail: *mikhail-bur50@yandex.ru*

Pisarevsky Konstantin Leonidovich, Senior lecturer at the Department of Pedagogy and Psychology of the Russian International Academy of Tourism, leading client groups at the Institute of Counseling and Systemic Family Solutions, Moscow. Phone: +7909-959-38-98; e-mail: *starway48@yandex.ru*