

## О ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ФИЗИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ В ПЕРСПЕКТИВЕ ГЕШТАЛЬТ ПОДХОДА.

### Авторский метод восстановления микродвигательных реакций (ВМР)

**Петрова Елена**, медицинский психолог, гештальт-терапевт, преподаватель и супервизор в области гештальттерапии. Директор по развитию и руководитель тренинговых программ Интегративного института Гештальт тренинга, председатель супервизионного комитета Гильдии психотерапии и тренинга, руководитель модальности гештальт-подхода Профессиональной психотерапевтической лиги России. Санкт-Петербург, Россия.

**Аннотация.** Физическая травма и лечение ее последствий в основном находится в сфере задач специалистов-медиков. Но вряд ли мы можем себе представить, что какое-либо физическое воздействие может привести только к телесному повреждению. Фактически, человек сталкивается с рядом психологических последствий, начиная ограничениями, вызванными болью, заканчивая тонкими изменениями в жизненной ситуации и отношениях. Таким образом, можно считать, что пациенты с последствиями физических травм могут успешно получать помощь и у психологов. В статье предлагается и описывается метод восстановления микродвигательных реакций (ВМР). Этот метод основан на принципе дифференциации микродвигательных реакций. В нашем подходе мы используем концепцию «незавершенных дел», происходящую из гештальт-терапии. Метод ВМР позволяет развивать различные разнонаправленные и противоречивые импульсы и реакции, которые были временно остановлены в эпизоде перенесенной физической травмы. Такой вид работы дает каждому незавершенному двигательному импульсу, рожденному во время травмы, полностью развиться. В результате восстанавливается вера в спонтанность движений и увеличивается резилентность пациента. Также в статье представлены три клинических случая, демонстрирующих возможности использования метода ВМР в психотерапевтической работе.

**Ключевые слова:** гештальт терапия, микродвигательные реакции, физическая травма, незавершенные действия, психотерапевтическая работа.

Физическая травма по официальной статистике в России достигает 10% населения. Это опыт бытовых травм, спортивных травм, травм при ДТП и несчастных случаях (в том числе — опыт травмы на воде). Как правило, такие события не создают поводов для опасения за душевное и физическое здоровье и воспринимаются окружением как «обычное в психическом смысле» событие. В большинстве случаев такие травмы (переломы, растяжения, ушибы и другие формы нарушения целостности тела) не становятся поводом к обращению к психологу. Предполагается, что борьба с последствиями физической травмы должна быть задачей врачей травматологов, ортопедов, в лучшем случае — врачей-реабилитологов, но уж никак не психологов. И действительно, если психологи и рассматривают физическую травму, то чаще всего, лишь в контексте ситуаций насилия или конфликта.

Гештальт подход рассматривает травматический опыт как фиксацию «незавершенных действий» (и последующую блокировку части спонтанности и блокировку энергии (Ф.Перлз, 4). Второе последствие травматического события рассматривается в гештальттерапии как опыт изменения представления о себе самом и своем отношении к миру и изменение способа организации контакта с миром. Эти принципы могут быть в полной мере применимы к ситуациям, когда человек получает физическую травму. Как минимум, резко меняется его физическое состояние, меняются планы на жизнь и меняется система его отношений с близким человеческим окружением. Событие физической травмы и последующего выздоровления человека затрагивает и тему сохранившихся мышечных напряжений («крепатуры»), и незавершенные действия (оставшиеся остановленные импульсы действия), и эмоциональное отношение к себе самому в дальнейшем. В ряде случаев переживание опыта физической травмы соседствует с опытом неожиданности и страхом потери жизни, и мы можем обнаружить через некоторое время даже классические эффекты ПТСР. Поэтому, независимо от того, имеет ли место жалоба пациента и «непосредственный запрос» на работу психолога, или клиент считает, что его ситуация не требует разговора с психологом, мы можем рассматривать ситуацию физической травмы как экстренное событие, которое оказывает влияние на личность человека. Мы можем предполагать, что любое из таких событий, которые связаны с нарушением целостности тела, может стать предпосылкой для формирования эмоциональной и телесной блокировки, в широком смысле — блокировки и отщепления части чувственного опыта человека. Поэтому проблема последствий физической травмы предоставляет широкое поле для внимания и работы именно психолога.

В чем может быть полезно вмешательство психолога? Мы знаем из практики, что психологический настрой как минимум улучшает физическое состояние человека. В случаях настойчивых личностных установок, которые противодействуют процессам физической реабилитации после физической травмы (например, «я должен чувствовать себя хорошо, несмотря на событие», возвращение тела к переживанию негативного опыта) целенаправленная кризисная работа с незавершенными действиями непосредственно после события травмы помогает высвобождению спонтанности в контакте с миром и лучшему физическому восстановлению. Кроме того, мы из практики психологического консультирования знаем много случаев, когда эмоциональные и поведенческие нарушения в опыте человека имели причину в застарелых эмоциональных и физических фиксациях, происходивших в эпизодах физической травмы. Поэтому физическая травма должна занять достойное место в работе психолога.

Как мы представляем себе, психологическая помощь может заключаться в том, чтобы исследовать и обнаруживать «незавершенные действия» в отношениях человека с его собственным телом и/или в области эмоций и отношений человек/человек в ближайшем окружении того, кто перенес физическую травму (2). В отношениях с телом мы будем исследовать сохранившиеся от экстренного эпизода (который уже в реальном прошлом на момент консультации) мышечные побуждения. В плане эмоций важны фиксации, связанные с самим эпизодом физической травмы, или с фоном эмоциональной жизни человека, который был актуален для ситуации физической травмы.

В практике работы с шокowym эпизодом физической травмы применяются общие приемы работы гештальт терапевта (8) и некоторые специфические приемы работы, которые мы в данной статье предлагаем как авторский метод ВМР (Восстановление Микродвигательных Реакций). Этот метод использует принцип работы с незавершенными действиями в сочетании с детальной

дифференциацией микродвигательных реакций (6). Проведение такой практики с клиентом помогает создать интересный и практически эффективный опыт быстрой реабилитации. Он применим как для клиентов, которые жалуются на отдаленные последствия перенесенной физической травмы, так и в непосредственном опыте кризисной помощи в ближайшие дни после травматического события. В последнем случае мы рассчитываем на активную профилактику неприятных последствий физической травмы. В этом смысле эпизоды, которые традиционно считаются предметом внимания врачей травматологов, можно и нужно рассматривать с точки зрения событий психической жизни.

Итак, мы выделяем два основных направления работы. Во-первых, физический план. Это практическая помощь в восстановлении спонтанности тела, в форме экспериментов на уровне физического действия. Эти эксперименты делаются в форме практики активного фантазирования с использованием элементов идеомоторной тренировки. Направленность этих экспериментов в том, чтобы поддержать раскрепощение и свободу физического тела, имеющего «блокировки» после травмы. Такая работа может быть выполнена в разные периоды. Непосредственно в период после травмы, во время реабилитационных процедур, в отдаленном времени после завершения первой физической реабилитации. В этом случае тактики работы психотерапевта направлены на коррекцию неудачно организованных паттернов физического функционирования, зафиксировавшихся после травмы. Такая работа имеет целью снизить физическую боль и дискомфорт, восстановить свободу координации тела на макро и микроуровнях, разблокировать сформированные в момент стресса мышечные двигательные блокировки. В этих занятиях максимально используются специальные техники ВМР.

Во-вторых, психотерапевтическая работа с эмоциональными и поведенческими нарушениями. Эта работа имеет место и в эпизоде непосредственно после события, когда начинается первый этап телесного восстановления, и в некотором отдалении по времени. На первый план выходит адаптация и восстановление эмоциональной целостности, и в том числе работа с непосредственной эмоциональной реакцией на факт физической травмы. В далекой перспективе — это психотерапевтическая работа с проблемами невротических симптомов, как отдаленных последствий. Мы можем обнаружить, что проявления невротического типа расстройств поведения и эмоций являются симптомами ПТСР, после физической травмы в прошлом. Нарушения и ограничения в эмоциональной жизни и в области проблем адаптации могут быть рассмотрены как следов старых физических травм. В этом случае мы применяем терапевтические стратегии, разработанные в гештальт терапии для проработки последствий шоковых психических травм (6), в сочетании с ВМР. «Заблокированность» телесного или эмоционального опыта как результат непереработанной комплексной эмоционально-физической травмы часто становится предпосылкой для формирования хронического напряжения и даже развития в последующем соматических нарушений.

Рассмотрим подробнее специфичность метода ВМР, который построен на эффектах практической работы с психофизиологическими следами перенесенной физической травмы. Мы рассматриваем в рассказе клиента три интервала события. Опыт последних минут или даже секунд в жизни тела и ума, которые предшествовали событию травмы. Опыт непосредственного эпизода, в котором имело место повреждение тела, и опыт после того, как событие завершилось и человек обнаруживает себя «не в порядке» часто бывает полезно учитывать четвертый эпизод опыта, когда человек возвращается в свою обыденную жизнь, к близким людям или в привычную социальную ситуацию. Эти ситуации насыщены и на уровне телесного переживания, и на уровне эмоций, и на уровне когнитивном. Для иллюстрации мы приведем известную книгу Оливера Сакса «Нога как точка опоры» (7), в которой автор, сам врач-невролог, подробно описывает субъективные переживания во время реабилитации после физической травмы.

Не будем подробно останавливаться на всех аспектах человеческого опыта в ситуации травмы, для обсуждения ВМР важно то, что касается отношений человека с его физическим телом. При внимательном наблюдении за телесными проявлениями клиента, мы легко обнаружим небольшие по амплитуде микродвижения, которые возникают при воспоминании о неприятном эпизоде физической травмы. Эти движения начинаются и сразу останавливаются, как если бы человек сразу «принимал решение» о том, что некоторое движение тела в пространстве физическом никак не возможно или опасно, и сам себя останавливал. В гештальт подходе такое явление называют термином «ретрофлексия». Тактика терапевта в опоре на ВМР состоит в том, чтобы отдельно дифференцировать начатые и временно остановленные попытки движения, отдельно на каждом из интервалов рассматриваемого события. И для каждого такого начатого микродвижения создавать особенное «поле поддержки», которое предоставит условия для развертывания и завершения того, что было остановлено. Действительно, ситуация уже в прошлом, сейчас важна реабилитация тела. А психика человека раз за разом восстанавливает мобилизацию мышц для тех действий, которые сейчас невозможны (ситуация в прошлом). И эта мобилизация создает помехи, отвлекает душевные и физические силы от реальности (ситуации «здесь и сейчас»). Ожидаемый результат — освобождение от «мышечной блокировки и восстановление присутствия в моменте настоящего».

Выделим три этапа работы психолога после физической травмы, на которых эффективно применение ВМР. Во-первых, непосредственно после события, в качестве профилактики возможных блокировок в телесном опыте. Во-вторых, после завершения первого этапа реабилитации. В этом случае на первый план выходит задача ускорения восстановительных процессов, за счет освобождения тела от следов прошлого, не эффективного опыта. В этом эпизоде на первом месте будет задача психолога отработать сохранившиеся следы эмоционального стресса, которые мешают (затрудняют) реабилитацию. В-третьих, работа возможна в ситуации, когда прошел длительный период времени после события. В этот период, после завершения физического восстановления тела человека, мы можем обнаружить фантомные следы травмы, тело как будто бы сохраняет картину ограничений, хотя в этих ограничениях нет функциональности. Частая жалоба, с которой может встретиться специалист, заключается в том, что телесное восстановление завершено, врачи говорят, что все в норме, а что-то мешает, или нет свободы движений, или мучают боли. «Травма была несколько месяцев или даже лет назад, и вот здоровье все не восстанавливается, симптомы сохраняются, хотя доктора говорят, что «по их части» все хорошо, или даже сообщают пациенту, что это у вас «что то психическое».

Во всех трех случаях психолог консультант имеет дело с непереработанным опытом, имевшим место в особенной чрезвычайной ситуации. Оставшийся в фоне след этого опыта создает фон тревоги и «жесткость» на границе контакта в

отношениях с миром. Задачей будет организация переработки оставшегося негативного опыта. Мы повторимся, что речь может касаться последствий ДТП, или спортивных травм, или бытовых происшествий, или последствий стихийных бедствий, или эпизодов на воде и других подобных ситуаций. Переломы, вывихи, ушибы, растяжения и другие нарушения целостности тела — вот темы, которые будут в центре внимания специалиста. В коротком интервью психолог может выявить, имеется ли актуальная блокировка, или травма была эффективно «переработана» в процессе спонтанной реабилитации. Обсуждение сюжета эпизода может выявить предпосылки для формирования ПТСР.

Критерием того, что травма «не переработана», будут заметные проявления на телесном, эмоциональном и поведенческом уровнях. На телесном уровне мы заметим характерные фиксированные блокировки тела и напряжение конкретных для данного случая групп мышц. Мы ожидаем в ситуации свободного опыта контакта, что мышцы человека будут мобилизованы в соответствии с физическими обстоятельствами и в связи с эмоциональными характеристиками ситуации. Поэтому фиксированные блокировки всегда заметны как «не адекватные» текущей ситуации человека, и замечаются часто им самим как нечто «чужеродное ситуации», «присутствующее всегда». Иногда такие устойчивые формы «мобилизации мышц» воспринимаются человеком как дополнительная анатомия. Однако мы обнаружим, что нет анатомического обоснования и нет эмоционально-поведенческого обоснования для такой мобилизации мышц (мобилизации тела) в актуальной физической ситуации и в области отношений для человека. В эмоциональной сфере мы обнаружим устойчивое повторение фиксированных эмоциональных паттернов или, наоборот, повторяющихся «эмоциональных замираний» в сходных ситуациях. В поведенческой сфере мы обнаружим повторяющиеся паттерны поведения. Например, человек будет настойчиво повторять одними и теми же словами некоторую историю, не меняя текста. И будет сообщать, что «совсем ничего не чувствует» при этом. Характерная особенность такой истории будет в том, что ее детали не меняются и как будто бы вся история не может быть присоединена к остальному жизненному опыту.

Признаком того, что ситуация «переработана», будет то, что отдельные компоненты и отдельные микроэпизоды ситуации физической травмы свободно комбинируются и рекомбинируются человеком в его практическом опыте текущей жизни, свободно переживаются и реорганизуются, давая основания для организации нового опыта и создания новых вариантов движения физического и движения чувств.

Работа по методике ВМР начинается с того, что уже в первом коротком интервью психолог может выявить, имеется ли блокировка, или травма уже была эффективно «переработана» в процессе спонтанной реабилитации. Определяются показания для работы психолога. В основе метода ВМР (восстановления микродвигательных реакций) лежит принцип завершения незавершённых действий. Впервые принцип эффекта «незавершённых ситуаций» (эффект Зейгарник) был описан в 1927 г. (3). Многочисленные эксперименты в области «незавершённых ситуаций» были проведены в рамках исследования проблем мотивации школой гештальт психологов. Согласно базовой теории, описанной как эффект Зейгарник, «незавершённое действие стремится к завершению». Можно предполагать, что начатое в прошлом и не финишировавшее действие будет реактивироваться при последующих ситуациях. Часть физического и психического напряжения после физической травмы — это результат «незавершённых действий», которые были остановлены в момент экстренной ситуации в эпизоде травмы, так как само по себе нарушение целостности тела и болевой синдром в целом составляют ситуацию травмы. В момент такого события остается много остановленных и не финишировавших «незавершённых действий», которые как клубок сохраняются в психике и создают области «телесной и психической блокировки». Задача психолога может состоять в том, чтобы распознать, идентифицировать и «развернуть» в микродвигательных проектах как можно большее количество временно остановленных и зафиксированных действий.

Феномен блокировки после физической травмы — результат фиксации «незавершённого действия». Такая гипотеза принята в гештальт подходе, в психодраме, в поведенческой терапии и в других направлениях практической психологии. Феномены, наблюдаемые на практике, можно назвать «психической контрактурой». Такая блокировка означает, что человек уже может совершать движения, анатомических препятствий для совершения действия нет, но ограничение движений сохраняется, так как психика настойчиво поддерживает ранее сложившуюся схему движения. Этот эффект имеет последствием как чисто телесные симптомы (изменение схемы движения, изменение состояния тканей и внутренних органов), так и эмоционально-личностные последствия. Последние базируются на том, что человек «сам себя объясняет» через «удобство или неудобство движения», поэтому искаженные или заблокированные обратные связи от тела запутывают эмоциональную организацию жизни человека.

Необходимо отметить еще один эффект, который делает «блокировку» неблагоприятной, с точки зрения «внутренней картины опыта»: психика, поддерживая блокировку части активности, не только актуально ограничивает диапазон выборов в области физических и эмоциональных движений. Блокировка защищает организм от действия, которое, как помнит тело, «приведет к травме». Тем самым специфический психический «гештальт ситуации травмы» не только является напоминанием о неприятном или опасном событии, но еще и «запрещает» использование тех возможностей активности, которые были доступны человеку до эпизода травмы. Это ограничивает как оперативный объем и варибельность движения, так и способность к комбинированию и порождению новых вариантов движения, что существенно снижает способность к адаптации и ухудшает качество жизни.

Одно из последствий таких «блокировок движения» — это широко известный практикам факт повторной травматизации (повторные переломы, падения (например, есть данные, что 80% травм лодыжки происходят повторно). Очевидно, что факт ограничения репертуара движений и «запоминания пути к травме» в сочетании с блокированием поиска новых комбинаций движения приводит человека к неловкости в ответственных ситуациях, часто способствуя в итоге повторному физическому травмированию.

Помимо «психической контрактуры», нарушения свободы движения мышц после долгого обездвиживания, после травмы может иметь место и крепатура — феномен болей после воспаления. Оба эти феномена могут быть проявлениями устойчивых колец в психофизиологических контурах возбуждения, которые по законам «незавершённого действия» раз за разом реактивируют контур возбуждения и заставляют мышцы воспроизводить напряжение, которое не имеет возможности завершиться и разрядиться. Такое объяснение имеет несколько излишне упрощенный «психологизированный характер», но для практической работы консультанта по методике ВМР оно дает опору для построения гипотезы и оперативного выбора тактики действий. Телесно

ориентированные терапевты и мануальные терапевты традиционно называют такие феномены «мышечными блоками», подчеркивая психический базис такого ограничения.

Как на практике осуществляется применение методики «восстановления микродвигательных реакций» (ВМР). Клиент рассказывает психологу ситуацию, в которой имела место физическая травма, в спокойной обстановке, он может лежать или сидеть на кресле. Психолог фиксирует в рассказе все микрорепизоды, в которых замечает короткие «срывы контакта». Это могут быть короткие остановки дыхания, микродвижения корпуса, или интегративные признаки, соединяющие вербальные и невербальные характеристики. Психолог фокусирует внимание клиента на деталях и предлагает уделить дифференцированное внимание каждому отдельному микрорепизоду. Такая тактика направлена против возможной ретравматизации или избыточного телесного или эмоционального напряжения. Сам жизненный эпизод разделяется на три больших интервала: до события, во время события и непосредственно после события. Дополнительно включается четвертый интервал, который охватывает дальние последствия события сюжеты, в которых человек включается после травмы в обыденную жизнь). Зачастую во время рассказа обнаруживается серия последовательных событий, более ранние физические травмы. В этом случае каждый из таких эпизодов, образующих цепочку, рассматривается по той же трехчастной схеме. Для каждого эпизода идет поиск «незавершенных действий» и рассматривается интенциональность в двух уровнях: мотивация и побуждение человека (эмоциональный уровень), поведенческий уровень (двигательный проект, действие в физическом пространстве). Консультант настойчиво поддерживает внимание клиента к его к телу, осознанность и фокусирование на микродвигательных телесных проявлениях. Обнаруженные телесные импульсы могут относиться к разным микрорепизодам, связанным с первым, вторым, третьим или даже четвертым интервалом события, без соблюдения последовательности. Важной частью методологии ВМР является то, что консультант должен быть готов, что импульсы могут проявляться в опыте человека не по порядку, а в случайном расположении. Именно спутанность (как спутанность ниток в мотке пряжи) часто лежит в основе феномена блокировки импульсов, препятствуя механизмам спонтанной психофизиологической реабилитации. Консультант в сессии предлагает клиенту детально вспомнить ситуацию, заметить, какие есть воспоминания на уровнях биологическом, психическом, личностном и социальном. Каждый небольшой телесный импульс рассматривается как начало маленького спонтанного двигательного проекта.

На каждый телесный импульс консультанту необходимо находить вместе с клиентом подходящий микросюжет, который спонтанно поддержит возможность эксперимента. Сюжет дает возможность организовать физическое действие. В эксперименте движение удастся идентифицировать, усилить, дать ему подходящую форму и завершить импульс в форме действия, имеющего организованную пространственно-временную форму. Часто такая работа проводится в фантазийном ключе. Сюжет важен для развертывания действия, так как он «оправдывает» движение в личностном пространстве человека. Важно, что физическая боль и неожиданность при дезориентации и при потере привычной возможности движения вызывают у человека остановку всех ранее активных двигательных процессов. Как минимум, это физические движения, связанные с ориентацией, с попыткой восстановить равновесие, с попытками справиться со сложной ситуацией, с адаптацией к падению, боли, с переживанием растерянности и дезориентации, ярости и обиды. В рамках одной сессии консультант проводит от 20 до 40 микрорепизодов, относящихся к эпизоду травмы, используя «клиповый» метод. Это веер динамических гештальтов физического движения. И в ходе экспериментов начальные формы микродвижений восстанавливаются и получают развитие. Как результат, возвращается гибкость и адаптированность телесного процесса. Уникальность и новизна метода ВМР состоят в том, что он предполагает возможность множественного и разнонаправленного (противоречащего один другому) развития временно остановленных в эпизоде физической травмы действий. Используется «принцип веера»: предполагается, что в эпизоде физического травмирования сплелись разнообразные и противоречивые множественные импульсы движения. Назначение части этих движений — попытка сохранить равновесие, другая часть — попытка избежать опасности, следующая часть — это реакции замешательства и паники, самозащитной (самооберегающей) агрессии, реакция на физическую боль, и так далее. Направления в пространстве этих движений, их форма будут различаться. Каждое из них имеет свою уникальную форму, т.к. они спонтанно и интуитивно порождались психикой. Не все импульсы были эффективны и рациональны. Важно, что их было много, и все они были прерваны механической частью травмы и болевым синдромом.

Таким образом восстанавливаются в правах все начинавшиеся на разных этапах развития ситуации травмы и ставшие из-за стресса неуместными (и потому временно оборванные) импульсы действия. Каждый из таких импульсов признается имеющим свою законную форму и свою цель, равно как те, которые были полезными для выживания, и те, которые были бесполезны или даже опасны. Терапевтический эффект возникает за счет сочетания восстановления спонтанности и доверия человека к своему естественному телесному процессу и порождения спонтанной активности, подвижности чувств и их живости. В рамках метода ВМР консультант избегает тактик снижения напряжения за счет обезболивания или других форм изоляции напряжения. Этот принцип важен, чтобы разрядка напряжения произошла именно по полному циклу организации активности, что исключает негативные последствия. Часть неприятного для человека напряжения, согласно базовой гипотезе метода ВМР, составляют позитивные, важные и естественные для самого человека побуждения, которые остановлены (оборваны) развитием события травмы и в результате «тормозят» друг друга. Исцеление предполагает восстановление их естественной и автономной формы и, как результат, освобождение побуждений к движению из «замороженного» поля травмы.

В отношении метода ВМР важно различать именно начатые в прошлом и остановленные (временно заблокированные) движения. Перенесенный неприятный физический опыт в прошлом заставляет клиента «извлекать полезные выводы из негативного опыта». Например, желание избежать подобных ситуаций, или желание (нереалистичное!) «вычеркнуть ситуацию из жизни, «пойти другой дорогой». В гештальт подходе такой способ организации внимания называют «дифлексия» (отклонение). При этом остановленные движения будут удалены из области внимания, и остатки этих движений будут сохраняться в фоне, создавая источники тревоги. И эта тревожность станет материалом, из которого клиент «сочиняет новое движение», которое предъявит терапевту. Эта фокусировка ведет к усилению изоляции и отщепления неприятных переживаний. Кроме того, важно не путать «незавершенные действия в эпизоде», которые идентифицируются клиентом в ходе работы, и похожие на них, но фундаментально отличающиеся от незавершенных действий варианты «эффективного обучения». Обучение на негативном опыте, которое кажется

таким естественным, поиск более эффективных приемов движения, как ни странно, создает предпосылку для того, чтобы зафиксировать (оставить заблокированными) те самые «незавершенные и репрессированные импульсы. Это «научение поперх стресса».

Особое внимание необходимо уделить возможному сочетанию ВМР метода и работы с символическим значением содержания симптома. В область символики клиент часто направляет свои эмоциональные импульсы в отношениях. Например, подросток футболист из нашего примера мог бы обнаружить, что «болезнь его ноги — это гнев против товарища по команде». Работа с символическими значениями симптомов хорошо описана в аналитической литературе (9). Часто такое обнаружение позволяет клиенту вернуть самому себе свои чувства, после чего тело освободится, и разрушительное действие симптома прекратит свою работу. Однако такая практика не подходит для шоковых физических травм и последствий экстренных физических случаев. Метод ВМР, наоборот, перспективен для травм, полученных благодаря действию внешнего «агента» (ДТП) или в результате неудачного движения (падение во время тренировки по бегу), травмы полученной в результате нарушения координации в стрессовых ситуациях, то есть для случаев, в которых человек находится в активных физических отношениях с окружением

В личностном смысле завершение такого импульса в каждом из регистров восстанавливает доверие к себе самому как к источнику активности. Доверие это становится базой для «творческого приспособления», базой для свободы в следующих ситуациях. В ходе терапии дается место каждому из импульсов, как эффективным, так и бесполезным. Тем самым создается основа для восстановления человеком доверия к себе самому и к своей спонтанности. В результате такой работы клиент меняет стиль поведения, двигательную схему поведения, меняет систему опоры, меняет походку. И в результате движения человека становятся более скооперированными.

*Пример работы с клиентом на фазе постельного режима.* Ситуация травмы: подросток 16 лет с товарищами тайно от родителей забирается на крышу частного гаража. Прыгая с крыши на крышу, он увлекается и не рассчитывает свои силы. Перед прыжком ему звонит мобильный телефон, и он отвлекается на звонок. Он теряет равновесие и начинает падать, продолжая делать неловкие попытки зацепиться за конструкции стенок гаража. Другие товарищи смотрят на него и дают советы, что усугубляет его растерянность и неловкость. Он получает компрессионный перелом позвоночника и на 6 месяцев прикован к постели. Работа велась на третьем месяце реабилитации, в период когда подросток должен был лежать в постели. Он жаловался на напряжение в теле, и на то, что боли мешают ему лежать спокойно. Терапевт предложил вспомнить эпизод падения. В сессии были выделены пласт эмоциональный и пласт физический. На эмоциональном уровне — это прояснение отношений с товарищами, и в этом слое незавершенные действия имели форму разговоров и персональных обращений. В слое координации физических движений мы выделили отдельно движения, которые относились к моменту начала потери равновесия, моменту скольжения, моменту падения. Отметим момент, когда подросток заметил, что он «чувствует, как начинал движение и мог бы более ловко развернуть свое тело», буквально почувствовал это движение, которое было начато в его теле. После этой психологической игры (а работа консультанта работа для подростка была оформлена как игра и реабилитация через игру) мышцы корпуса стали более свободными и это помогало легче выдерживать постельный режим.

В этой работе была использована практика ВМР с максимальной тщательностью, вызванной необходимостью постельного режима клиента. Поэтому динамический гештальт движения был поддержан в форма микродвижений. Такая тактика функциональна и, возможно, единственно необходима, например, в ситуации, когда в теле есть боль. Известно, что когда в теле есть боль, человек старается сократить движение тела до минимума. Анатомически это интуитивное решение неправильно. Страх перед движением сам по себе вызывает сокращение мышц и блокировку обменных процессов в травмированном месте, что удлиняет срок выздоровления. Поэтому использование организованных в динамический гештальт микродвижений решает сразу два задачи. Они невелики по амплитуде (идеомоторная тренировка) и потому не опасны в плане дополнительного травмирования. И они достаточны для того, чтобы уменьшить неподвижность (закрепощенность) мышц и уменьшении спазматических блокировок. Поэтому в методе ВМР мы используем идеомоторный принцип работы при коротких сроках после травмирования, когда тело страдает, когда ткани тела еще повреждены и восстановление только началось. Работа с воображением решает эту техническую задачу.

*Пример работы с временной адаптацией к физической травме.* Клиентка во время спортивных занятий на лыжах получила травму ноги. Необходимость беречь поврежденную ногу заставила нарушить привычную схему движения тела. Она стала переносить тяжесть на «здоровую» ногу. Как следствие, была изменена вся картина движения, адаптированная к новым условиям движения. Она начинает беречь конечность, в которой чувствует боль, и, таким образом, меняет схему движения для второй ноги. Через некоторое время именно в суставах и мышцах нетравмированной ноги начинают развиваться дискомфорт и напряжение. Это напряжение становится привычным. Новая схема движения закрепляется. Теперь дискомфорт испытывает и левая нога, которая была ранее в полном физическом порядке. Схема движения тела становится привычно дискомфортной, и жестко фиксируется. «Надо терпеть!». Заметим, что именно такое перераспределение усилий и создание новой схемы организации движения становится основанием для повторных травм, которые объясняются физиологами снижением проприорецепции в травмированной области. Тактика терапевта была в том, чтобы предложить детально восстановить картину падения. И искать движения тела (ноги, спина, руки), которые (в фантазии, естественно) возникают при проигрывании старого эпизода. Такой эксперимент побудил клиентку более активно (в фантазии, так как мы не могли бы воспроизвести скорость перемещения человека на лыжах) пробуждать движения в травмированной ноге и создавать экспрессивные опыты нового по координации варианта движений. Такая проработка деталей движения высвобождает актуальные возможности тела и восстанавливает полную спонтанность готовности к движению. В этом случае методика ВМР максимально ориентирована на актуальную «здесь и сейчас» ситуацию, в которой человек обнаруживает себя непосредственно в кабинете консультанта.

*Пример работы с хроническим соматическим процессом.* Подросток, 16 лет, профессионально занимается футболом. На тренировке он сталкивается с другим игроком и получает травму фаланги большого пальца ноги (достаточно распространенная для данного вида спорта травма). Он обращается к хирургу, и врач производит необходимое лечение. Подросток вернулся в сборную и продолжал тренироваться. Однако ногтевая фаланга «никак не хотела заживать!». Подросток перенес три повторных

операции и готовился к четвертой. С некоторой неохотой он согласился побеседовать с психологом. В течение полутора часов психолог детальнейшим образом расспрашивал подростка о старом событии. Как ни странно, через два года (!!!) он вспоминал все детали эпизода, длившегося несколько секунд. В ходе разговора психолог просит детально в фантазии представлять все начатые и заблокированные движения, которых оказалось больше десятка. Среди них были и порыв увести ногу в сторону от столкновения, и наоборот, агрессивные выпады в адрес соперника. Так как все маневры выполнялись идеомоторно, в фантазии, клиент свободно использовал движения и травмированной ногой. По мере того, как были выражены эмоции (упрек в несправедливости соперника, который сделал подсечку), и восстановлено право на спонтанное движение, телесная координация клиента менялась. Он сам заметил, что настроение его стало хорошим и что он «двигается как-то по другому». В связи с этим случаем отметим важную задачу, которая может стоять при работе с незавершенными действиями. Проблема в том, что амплитуда, сила и скорость движения в эпизоде ситуации, когда была получена физическая травма, могут быть недоступными для реалистического эксперимента. Мало реалистично, что человек в кабинете терапевта будет способен создать (воспроизвести) движение с той же амплитудой, силой и скоростью. Если бы даже такое было возможным, это может быть просто биологически опасным. Поэтому обосновано использование динамической фантазии и принципов идеомоторной работы с воображаемым движением.

Как упоминалось выше, в методике ВМР использованы некоторые принципы идеомоторной тренировки. Это почти забытая тактика использования воображаемых движений с малой амплитудой действия. Она разработана для отработки координации движений у спортсменов. Тренировка координации тела в упражнении, которое выполнено в воздухе, то есть без опоры и на большой скорости. Например, это прыжок лыжника с трамплина, или прыжок в высоту, или прыжок воду, или движение гимнаста. Человек представляет себе движение в деталях и в это время мышцы его сокращаются и движение всего тела координируется на микроуровне.

Использование организованных в динамический гештальт микродвижений решает сразу два задачи. Они невелики по амплитуде (идеомоторная тренировка) и потому не опасны в плане дополнительного травмирования. И они достаточны для того, чтобы уменьшить неподвижность (закрепощенность) мышц и избавиться от спазматических блокировок. Поэтому мы используем идеомоторный принцип работы при коротких сроках после травмирования, когда тело страдает, когда ткани еще повреждены и восстановление только началось. Работа с воображением решает эту задачу.

Другая важная задача, которая может стоять при работе с незавершенным действием, это амплитуда, сила и скорость движения в эпизоде экстренной ситуации, когда была получена физическая травма. Маловероятно, что человек в кабинете консультанта будет способен создать (воспроизвести) движение реалистично. И может быть просто опасным выполнять такое движение в реальности. Поэтому желательно использование динамической фантазии. По сути дела, часть работы с последствиями физической травмы поддерживает естественный процесс, который могла бы осуществлять самостоятельно психика во время сновидений.

Авторская методика ВМР является естественной составной частью метода Гештальт в практике консультирования. Методология ВМР разработана в рамках идеологии гештальт подхода, сочетая новейшие представления о психофизиологии с традиционными идеями гештальт подхода, предложенными еще в середине XX века. Тактики гештальт методологии предлагают ставить в работе акцент на диалог и взаимоотношения человека и его окружения, на контактную границу с миром. Важный элемент метода гештальт это спонтанность, целостность, доверие человека к себе самому, поддержку интенциональности и концепцию «творческого приспособления». В практике работы гештальт терапевт начинает работу с активизации телесных процессов, которые понимаются как проявление эмоций и интенциональности человека в ситуации отношений. В случаях телесной физической травмы фигуры самого заблокированного импульса движения и фигуры отношения человека и окружения совпадают. Поэтому рассматриваются два плана: план движений в физическом пространстве и план движения в пространстве эмоциональном.

В работе с эмоциями гештальт терапевт использует телесность, предлагая клиенту поддержать движения, которые спонтанно были порождены человеком в ситуациях отношений. Это поддержка телесности — в эксперименте активных диалогов с воображаемыми фигурами, в выразительном эмоциональном жесте в пространстве. Гештальт терапевт может предложить пациенту в эксперименте кинуть предмет (подушку) или потянуть на себя предмет, или выразить свои чувства действием. Клиент ищет двигательный эквивалент своим чувствам. В ходе такой амплификации клиент может найти наиболее эффективные и «естественные» для себя движение, и тем самым вернуть себе доверие к спонтанности своих чувств через восстановление спонтанности тела. Наоборот, в ситуации проработки физической травмы на первый план выходит задача идентифицировать и развить форму именно непосредственного движения физического тела как такового, а не только тела как носителя эмоций. Эти движения имеют самую естественную для человеческого тела инстинктивную форму и функциональность, развиваясь в реальном времени и в реальном пространстве, в пространстве физического мира, это отношения человека в движении и окружающего его физического мира. Как можно предложить эксперимент, создающий амплификацию в области физического движения? Один из вариантов — это предложить для эксперимента фантазийные условия. Например, предположить, что есть дополнительное время для двигательного маневра. Или что есть упругий батут, на который приземлится человек при падении. Или человек в фантазии повышает свою скорость движения и ловкость. Такие «добавки» позволяют развернуть динамический гештальт движения и дать место для его завершения. Эффект блокировки движения из-за «незавершенного действия», который создавал симптом, больше не действует, «энергия вернулась в общее русло» (Ф.Перлз, 4), мышцы человека и его тело отныне готовы и свободны для поиска новых уникальных форм контакта и активности на границе с миром в отношениях с миром.

Навыки специалиста, который может применять метод ВМР, достаточно специфичны. Это навыки наблюдения за естественным формированием динамического гештальта движения у человека, умение выделять одного спонтанное движение тела человека из общего фона. Для поддержки развертывания движения необходимо сочинять и предлагать клиенту короткий эксперимент для амплификации (фокусирование и усиление) движения и придать ему форму заверченного гештальта. В диалоге терапевту необходимы навыки создания в сессии для пациента атмосферы доверительности и готовности к телесной и психической импровизации, свобода перехода от одного динамического гештальта к другому, импровизации в области формы поддержки, умение разговаривать клиента и пробудить его творческий потенциал. Пробудить интерес к экспериментированию в

области движения — не такая уж простая задача, многие люди привыкли контролировать свое движение и опасаются новизны опыта. Кроме того, консультанту необходимо свободно перемещаться в двух плоскостях работы, различая телесные проявления эмоций и отношений (физические движения, которые отражают важные для ситуации побуждения или эмоции) и план чисто физиологический, отражающий спонтанную работу мышц в ситуации, основанную на инстинкте.

В целом консультанту необходимо умение свободно поддерживать тематическую беседу на нескольких уровнях сюжета жизненного опыта (биологическом, психическом, личностном, социальном, культурном). На каждом из этих уровней необходимо сделать доступными вниманию клиента остановленные (временно остановленные) импульсы к движению, которое организовано во внешнем пространстве. Наибольшая сложность в использовании метода ВМР — это различение эмоциональных двигательных побуждений, попыток движения в отношениях, и чисто физические импульсы тела в физическом пространстве, «не финишировавшие» действия. Поэтому в сессии необходимы четко сфокусированные микроэксперименты, а не одно-единственное «незавершенное действие». Важно, что «не финишировавшие действия» относятся к контексту «тогда», к моменту физической травмы. Эмоциональные движения часто относятся либо к контексту клиент/терапевт, либо к событиям, имевшим место после или до физической травмы.

### **Заключение**

Терапевтическая работа с физической травмой, как и любая работа с последствиями психической травмы, это работа с прошлым ради будущего. Физическая травма оставляет след не только в области телесного дискомфорта, но и в более широкой сфере эмоциональной свободы и спонтанности, как и в организации активности. С некоторой осторожностью (в методическом смысле) мы можем говорить о предпосылках формирования ПТСР при эпизодах физической травмы, так как часто человек переживает эпизод потери физической целостности как событие, в котором есть угроза его жизни. Поэтому мы не будем удивляться следам события физической травмы в области эмоциональной жизни и отражению этого опыта в развитии разнообразия нарушения форм контакта. В качестве отдаленного последствия перенесенных физических травм есть результат образования фиксированных алгоритмов и стереотипов поведения, которые предопределяют следующие выборы форм активности человеком. В большей степени это относится к физическим травмам, которые перенесены в раннем детстве, поскольку детская психика ясно не разграничивает физическое и душевное так, как это умеют делать взрослые. Но и в опыте взрослых людей «заблокированность» части импульсов, которые остались в опыте физической травмы, влияет на эмоциональную сферу человека. Поэтому проработка следов травмы может быть рассмотрена как профилактика будущих соматических заболеваний. А также — как профилактика ограничений и сложностей в области организации эмоциональных связей человека с миром. В этом актуальность практик работы с физической травмой.

### **Литература**

1. Баиндурашвили А.Г., Шапиро К.И., Дрожжина Л.А., Вишняков А.Н. Показатели и динамика травм костно-мышечной системы у детей Санкт-Петербурга в современных условиях. Педиатр. СПб, 2016, Т. 7 №2, 113 -120.
2. Зейгарник Б.В. Психология личности Норма и патология М.: МПСИ. 2007. 416 с.
3. Зейгарник Б. В. Теория личности К. Левина. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981.
4. Перлз Ф. «Теория гештальт терапии» - «Институт психотерапии», М 1999
5. Левин П., Исцеление от травмы: уроки природы. Московский психотерапевтический журнал. 2003.; № 1., 53 -68.
6. Пахомова М.А. , Петрова Е.Ю. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями физической травмы методом восстановления микродвигательных реакций. Журнал «Педиатр», 2016, том 7, вып 3, стр. 136-146
7. Сакс О. «Нога как точка опоры» Издательство: Астрель, 2012 г
8. Петрова Е.Ю. «Замороженная жизнь. Работа с последствиями психологической травмы» СПб 2019
9. Пайз Д. «Бессознательное использование женщинами своего тела» пер с англ, изд ВЭИП СПб 1992
10. Петрова Е.Ю. Травма. Материалы к авторскому семинару по работе с последствиями шоковой травмы и экстренных ситуаций. Москва – Санкт-Петербург, 2015. Доступен по: <http://elenapetrova.ru/article/elena-petrova-c-2015-trauma> (20.10.2021)

### **ON PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT OF PHYSICAL TRAUMA CONSEQUENCES IN GESTALT APPROACH PERSPECTIVE. AUTHOR'S METHOD OF MICRO-MOTION REACTIONS RESTORATION (MRR)**

**Petrova E.**, Medical psychologist, Gestalt therapist, trainer and supervisor in Gestalt therapy. Development director and director of training programs of Integrative Gestalt Training Institute, member of European Association for Gestalt Therapy, head of supervision committee of Guild of Psychotherapy and Training, head of Gestalt modality approach of Professional Psychotherapeutic League of Russia. Saint-Petersburg, Russia.

**Abstract.** Physical trauma and treatment of its consequences basically lies in the domain of medical specialists. But we would hardly imagine that some physical injury may result in bodily impairment only. As a matter of fact, one encounters with a number of psychological consequences from restriction caused by pain to subtle changes in life situation and relationships. Thus, we can consider that patients with physical trauma consequences may be also successfully treated by psychologists. Micro-motion reactions restoration method (MRR) is suggested and described in the article. This method is based on the principle of micro-motion reactions differentiation. In our approach we are using the concept of “unfinished tasks” which originates from Gestalt therapy. The MRR method enables development of various multidirectional and contradictory impulses and reactions that had been temporarily stalled in the episode of past physical trauma. That type of work permits each unfinished motion impulse born during trauma to develop completely. As a result, trust in spontaneity of

movement is restored and one's resilience grows. Also three clinical cases are presented in the article to demonstrate the possibilities of using the MRR method in psychotherapeutic work.

**Keywords:** Gestalt therapy, micro-motion reactions, MRR, physical trauma, unfinished motion, psychotherapeutic work.