

*Мы висим на шатких лесах, и над пропастью держат нас наши фиксации*<sup>1</sup>.

## **Исследование обсессивно-компульсивного расстройства с точки зрения феноменологии и гештальта**

**Джанни Франчесетти**

Цель этой статьи в том, чтобы предложить исследование опыта людей, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР), с точки зрения феноменологии и гештальта, в надежде на то, что это поможет практикующим клиническим врачам в их терапевтической работе. Это исследование основано на непосредственном клиническом опыте и разработанной ранее литературе, и в особенности концептуально опирается на феноменологические методы (Moustakas, 1994; Spinelli, 2005; Ratcliffe, 2015; Gallagher and Zahavi, 2007) и феноменологическую психиатрию (Borgna, 1989; Galimberti, 1979; Callieri, 2001), а также на эмпирические методы гештальт-психологии (Ash, 2004) и на теорию и практику гештальт-терапии (Perls, Hefferline and Goodman, 1951; Spagnuolo Lobb, 2013a; Robine, 2016; Bloom, O'Neill, 2014; Jacobs and Hycner, 2009; Francesetti, Gecele and Roubal, 2013; Vázquez Bandín, 2014). С помощью этого подхода я надеюсь сформировать структурное<sup>2</sup> и отношенческое понимание данного заболевания, предложив схему, которая сможет придать смысл различному опыту, переживаемому и упоминаемому пациентами. В психопатологии процесс придания значения опыту пациента – и опыту отношений терапевта с пациентом – является необходимым и чрезвычайно важным элементом, снижающим риск ретравматизации пациента. Также мы задействуем полевой взгляд для обоснования терапевтической работы с людьми, страдающими от навязчивых мыслей (обсессий), предложив пример гештальт-терапевтического анализа в психопатологии и пример того, что феноменологическая психиатрия может помочь нам на этом пути, опираясь на нашу предыдущую работу (Francesetti, 2007; 2015a; Francesetti and Gecele, 2011; Francesetti and Spagnuolo Lobb, 2013). Существует не так много работ по гештальт-терапевтическому подходу к ОКР (Wheeler, 2002, p. 165; Dreitzel, 2010). Наиболее важной из них является работа Салонии<sup>3</sup> (Salonia (2013)), сформировавшая отправную точку моего исследования, которое потом перейдет к предложению весьма отличающегося понимания того, как формируются обсессии и компульсии. И хотя я уже в течение нескольких лет использую этот подход в своей клинической работе и обучаю ему, получая положительную обратную связь, тем не менее, полагаю, контролируемого исследования, подтверждающего клиническую ценность этой схемы, все еще недостает. Я надеюсь, что эта статья может послужить стимулом для проведения такого исследования.

---

<sup>1</sup> Marcoaldi (2015), стр. 36.

<sup>2</sup> То есть анализ, берущий пережитый опыт в качестве отправной точки для описания того, как определенный психопатологический опыт приобретает форму и развивается, фокусируясь скорее на том, как нарушение возникает, чем на его причинах (см. Borgna, 1989).

<sup>3</sup> Джованни Салония, итальянский гештальт-терапевт, учился у Изидора Фрома и Ирвина и Мириам Польстеров. Соавтор книги «Межличностная коммуникация» (*Interpersonal Communication*, 1979). (прим.пер.)

## 1. Некоторые соображения о внешней диагностике<sup>4</sup>

ОКР<sup>5</sup> – распространенное<sup>6</sup> и серьезное расстройство, сильно усложняющее жизнь пациентов и их ближайшего окружения. ОКР характеризуется двумя симптомами: obsessions и compulsions. *Obsessions* – это нежелательные и навязчивые мысли, образы, импульсы или идеи, переживаемые как пугающие, отвратительные, бессмысленные, непристойные или кощунственные. Тематика их может быть различной и обычно касается заражения/порчи и ответственности, связанной с причинением вреда, а также с сексом, религией, насилием, порядком и симметрией. От других повторяющихся мыслей obsessions отличаются три особенности: они нежелательны, несовместимы с системой ценностей пациента и вызывают сопротивление при попытке от них избавиться или рассмотреть их последствия. *Compulsions* – это мотивированное/целенаправленное и намеренное поведение, выработанное человеком в ответ на obsessions в попытке уменьшить вызываемую ими тревогу и избежать их катастрофических последствий. Компульсивные ритуалы обычно имеют отношение к обеззараживанию, контролю, повторениям и ментальным операциям.

Obsessive и compulsive симптомы могут возникать на различных уровнях функционирования, включая невротический, пограничный и психотический. Все имеющиеся системы диагностики отличают ОКР от психотического опыта, но оно, хоть и стоит обособленно, все же не настолько отличается от психотического опыта. По мнению многих авторов (Straus, 1948; Stanghellini and Ballerini, 1992), и в модели, которую я представляю в этой статье, ОКР может рассматриваться как близкое к психозу, в некоторых случаях выступающее в качестве укрепленного вала, защищающего человека от психотического опыта. Таким образом, мы можем сказать, что ОКР обычно возникает на невротическом уровне организации, но если obsessive регулирование не справляется с тем, чтобы сдерживать ужас, мы можем наблюдать obsessive-compulsive симптоматику и в психотическом опыте. Этот диагноз также следует отличать от obsessive-compulsive расстройства личности, которое, в отличие от ОКР, является эго-синтонным, то есть человека его перфекционистские, жесткие, настойчивые и требующие порядка привычки не беспокоят, и, как следствие, он не обращается за помощью. При obsessive-compulsive личностном стиле ОКР может наблюдаться, а может и не наблюдаться.

## 2. Феноменологический анализ: опыт пациента

---

<sup>4</sup> Для более глубокого взгляда на диагностику в гештальт-терапии и разницу между внутренней и внешней диагностикой см. Francesetti, Gecele (2009); Roubal, Gecele and Francesetti (2013).

<sup>5</sup> Диагностические критерии DSM 5 (APA, 2013) для ОКР: А) А. Присутствие obsessions, compulsions или и того, и другого; В) Obsessions или compulsions занимают много времени (больше 1 часа в день) и приводят к существенному снижению качества жизни; С) Obsessions и compulsions не связаны с употреблением вызывающих зависимость препаратов; D) Симптомы не могут быть объяснены другими расстройствами (например, генерализованным тревожным расстройством, телесным дисморфическим расстройством, стереотипическим поведением при соответствующем расстройстве, зависимостью и т.д.).

<sup>6</sup> Около 2–3% взрослого населения страдает этим расстройством (Abramowitz and Siqueland, 2013, стр. 194), что означает, что число людей с ОКР во всем мире составляет более 100 млн человек.

*Андреа до смерти боится, что может убить свою двухлетнюю дочь, или что кто-то может с ней сделать что-то ужасное. Его преследуют навязчивые образы физического и сексуального насилия над его дочерью. Он прячет все ножи и любые острые предметы в доме. Он считает секунды от момента, как он запер дверь дома, до момента, когда он дойдет до гаража и заведет машину – и если их количество неправильное, он будет повторять весь процесс, пока числа не сойдутся. Также, если номера машин, которые ему встречаются, при расчете сложным образом не образуют нужное число в пределах определенного диапазона, он совершает ряд трудоемких математических операций, чтобы отменить последствия, которые могли бы причинить вред его дочери.*

*Анна живет в зараженном мире и, чтобы защитить себя, вынуждена постоянно дезинфицировать свое пространство. Это означает, что все, входящее в ее дом, должно быть определенным образом вымыто и выдержано в «карантине» в течение некоторого времени – включая ее саму. Ее кожа стала сверх-тонкой оболочкой, все больше подверженной загрязнению. Она живет в постоянном страхе и отчаянии.*

*Кристина больше не может водить машину, потому что страх, что она может кого-то переехать, заставляет ее постоянно останавливаться и возвращаться, чтобы удостовериться, что они никого не сбила. И даже работа в магазине стала для нее невыносимой, потому что каждый раз, когда кто-то покупает какую-то мелкую вещь, Кристина боится, что ребенок может ее проглотить и задохнуться. Эти мысли стали постоянными, заставляя ее постоянно останавливаться и проверять, что облегчает ее тревогу, но лишь на время.*

У тех, кто страдает сильно выраженным обсессивно-компульсивным расстройством, каждый день начинается со сверхчеловеческой задачи, которую они никогда не смогут выполнить. Борьба с беспорядком, заразой, грязью, неопределенностью, вредом, риском или потерей контроля поглощает все их силы, не давая ни передышки, ни завершения, доводя их до истощения. В опыте таких пациентов мир предстает ужасающей, постоянно угрожающей трагедией и надвигающейся катастрофой. Компульсии являются антидотом, талисманами, которые временно предотвращают худшее (Straus, 1948; Ballerini and Callieri, 1996; Muscelli and Stanghellini, 2008; von Gebattel (1967); Stanghellini and Ballerini, 1992; Borgna, 1997). Я постараюсь описать этот опыт в рамках четырех предметов, имеющих особо важное значение при обсессивно-компульсивном расстройстве: пространство и время; отношение элементов и целого; ощущение границ; и материальность.

## **2.1. Пространство и время**

Пространство сжимается. Как при любом переживании тревоги, оно становится душным («тревожный» - anxious, от латинского – *angere*, что этимологически означает «сжимать»). Мир наступает на людей с обсессивным опытом со всех сторон, и человек вынужден ограничить пространство до размера, который можно контролировать и охранять от заражения. Чем выше потребность в контроле и дезинфекции, тем сильнее ограничено пространство. Этимологически «*ob-session*» происходит от латинского *obsidere*, что значит «осаждать». Таким образом в изначальном значении слова «обсессия» наличествует указание на пространство. Человек, подверженный обсессии, - это человек

осажденный, человек, которому не хватает пространства, которому кажется, что все расположено слишком близко» (Muscelli and Stanghellini, 2008, стр. 280). Потребность в симметричности и методы ее достижения создают ощущение контроля над пространством, прекращения его неумолимого и хаотичного сжатия, сдерживания осады. Пространство пугает не потому, что оно является местом, где я оказываюсь открыт миру и беззащитен, как в случае агорафобии (Francesetti, 2007; 2013), а потому, что это место, где мне не хватает расстояния от других предметов. Как мы далее увидим, переживание недостатка расстояния является основанием для понимания попыток обсессивного пациента создать дистанцию. Преимущественное использование зрения, наиболее дистанцирующего и объективизирующего из всех систем восприятия, также связано с этой потребностью. Таким образом, субъект обнаруживает, что ведет постоянный бой и при этом отступает, пребывает в осаде, которая никогда не завершится, во времени, которое течет, но без всплесков, апогеев и спадов – это линейное однообразное движение, время, которое течет неумолимо, но не достигая ничего, что могло бы быть отмечено выдохом, который, наконец, поставит точку и позволит перевернуть новую страницу. Время течет, не становясь *событием*, создавая телесное напряжение, которое никогда не разрешается в точке кульминации, напряжение, которое снижается, лишь когда потраченная на него энергия истощается, а не потому, что достигнута точка, в которой можно отдохнуть. Время не является развитием, не является передышкой, и таким образом, нет никакой ассимиляции. Остановиться означает пропасть; нет ни возможности отдыха, ни конечной точки.

## 2.2. Отношение между элементами и целым

У людей, страдающих обсессивно-компульсивным расстройством, есть сети, способные ловить мелкую рыбу, но упускающие крупную. Детали становятся фигурой; они преувеличиваются и постоянно анализируются, не принося, на самом деле, никакого ощущения завершенности. Недостаток дистанции заставляет пациента преувеличивать элементы пространства, и они становятся настолько большими, что вызывают отвращение и ощущение опасности. Штраус<sup>7</sup> (Straus (1948)) показывает, как писатель Джонатан Свифт, страдавший обсессиями, создал персонаж из "Путешествия Гулливера", чей опыт столкновения с реальностью был вынужденно утрированным и тесным, что вызывало отвращение: «[эти фрейлины]» раздевались донага, меняли сорочки в моем присутствии, когда я находился на туалетном столе перед их обнаженными телами; но я уверяю, что это зрелище совсем не соблазняло меня и не вызывало во мне никаких других чувств, кроме отвращения и гадливости...» (в переводе цитировано по: Джонатан Свифт. Путешествия Гулливера. М., 1980). То, что осаждает нас, нужно оттолкнуть, и один из способов это сделать – объективизировать это визуально, превращая в объект, но объект этот неизбежно будет расположен слишком близко и таким образом станет отвратительным и

---

<sup>7</sup> Эрвин Штраус, (1891 - 1975) — немецкий философ и психиатр феноменологического направления, один из основоположников (наряду с Х. Плеснером) "эстезиологии" — психологии и антропологии чувств (ощущений). "Объективному" однородному пространству и времени физикалистской психологии Штраус противопоставил качественно неоднородное переживаемое "пространство-время" — "даль" (Feme) как континуум изменений живого существа в актуальности его становления ("даль" обнимает полюсы далекого-близкого, "здесь-там", "теперь-тогда"). (прим.пер.)

опасным. Элемент становится доминирующим и выходит на первый план, но фигура никогда не оформляется до конца. При таком опыте сложно достичь финального гештальта, воспринимающегося законченным и охватывающим все значимые элементы. Фигуры подобны ветряным мельницам – поскольку они не укоренены в поддерживающем их основании, они неизбежно становятся повторяющимися и неокончательными; то, что не завершено, повторяется (см. Perls, Hefferline and Goodman, 1951). Недостаток опыта завершения дает нам объяснение феноменологии судорожного стремления к завершенности, которая не может быть достигнута. Именно здесь возникает переживание перфекционизма, которое лишь внешне не имеет отношения к переживаниям – *perfecto* на латыни этимологически означает *завершенный, законченный*. Это непрекращающееся стремление к опыту завершения – вот не находящая утоления жажда, движущая людьми, страдающими от obsessions. *Perfecto* так же означает *мертвый*, и, что немаловажно, пациенты с ОКР думают о суициде как об избавлении от бесконечного сражения: «Часто, на автомагистрали, я думаю, что нужно всего лишь не повернуть руль на повороте. Все, наконец, закончится, и все будут думать, что это был просто несчастный случай».

### 2.3. Ощущение границ

Границы, области, пределы, пороги, берега: все это приходит на ум, когда речь идет о сражении с теснотой и заражением, в попытке сдержать разрушение, разложение и угрозу. Это бесконечная битва со «злом» во всем его многообразии: насилие, рок, угасание плоти, болезни, микробы и глисты, опасности, повреждения, вредоносные воздействия. Но особенность зла в том, что его на самом деле нельзя сдержать. Процесс угасания не остановить. Микробы могут проникать в самые крохотные щели; насилие и рок могут настигнуть в любое время. Зло – это миазмы – газ, проникающий сквозь все барьеры. Так что границу приходится укреплять, возводить заново, усиливать и наращивать, но она всегда остается хрупкой и полной дыр. Человек моет руки, чтобы удалить налет окружающего их зла, но кожа становится все тоньше, барьер истончается и требует все более частого мытья в бесконечном порочном круге. Пристального obsessive наблюдения за каждым барьером недостаточно; они ломаются, осыпаются и истлевают. Они разрушаются безжалостным течением времени, пожирающего, истребляющего и уничтожающего все сущее. Отвращение, которое некоторые авторы (Straus, 1948) считают основным переживанием при obsessions, возникает из тесного столкновения с материальностью, которую нельзя оттолкнуть. Как мы видели в случае со Свифтом, недостаток широкого пространственного измерения, когда ты стиснут предметами/телами, делает их отвратительными. Невозможность установления надежной границы между собой и неопределенностью того, что может случиться в любой момент, дает нам ключ к пониманию феноменологии неспособности дистанцировать и усиливать барьеры удовлетворяющим образом. Это также дает нам понимание патологического накопительства. «Удалить» (*eliminate*) этимологически означает выбросить за границу (от латинского Latin *e-*: «за пределы» (*out*) и *limen*: «порог» (*threshold*)), но это одновременно желаемо и невозможно. Агрессивность, которая иногда может приводить к насилию, часто является крайним способом возвести барьер там, где кто-то его нарушил, создав пугающий пролом в предохранительном поясе, постоянно возводимом и контролируемом пациентом. В этой ситуации страх причинить вред происходит не из «подавленного желания» сделать больно. Это реальный страх, отражающий одновременно опасность

крайней меры защиты (когда невозможно создать дистанцию и защитить границу иным образом) и опасность невольной потери контроля.

## 2.4. Материальность

В мире obsessions предметы живые. Они движутся; они неконтролируемы и непредсказуемы. Они отличаются тем, что гештальт-психологи называли «физиогномическими свойствами» (Metzger, 1941; Straus, 1948), которые сразу же пробуждают сенсорные и эмоциональные переживания (см. §3.1.), обычно беспокоящие, вплоть до того, что наводят ужас. Предметы не находятся в покое и, как следствие, вызывают беспокойство. Предметы, если смотреть на них вблизи, смотрят на нас. Предметы являются существами, так что они тоже подвержены процессу энтропического разрушения. Материя – нестабильна; она неумолимо ветшает. Предметы в таком опыте расположены не в отдалении, ясно отделенные и дистанцированные от зрителя, который находится в более или менее нейтральной позиции наблюдателя. Эта позиция вожделенна, но не достигаема во всей полноте, потому что предметы всегда здесь, вблизи; они тревожат, и их невозможно оттолкнуть. Не существует ясной и устойчивой границы. Всегда есть нечто неуловимое, лишнее. Царапина на боку машины, пыль на протертом вчера вечером буфете, засохший лист на цветке герани, монетки, которые можно было проглотить: все это наглядное подтверждение того, сколь многое избегает нашего контроля, подтверждение бесконечного сражения с энтропией, не знающего передышки, – сражения, в котором мы никогда не сможем одержать победу.

Люди, страдающие obsessions, живут в условиях осады, постоянно подвергаясь потенциальному вреду, который может быть нанесен предметами или, непреднамеренно, ими самими. Осажденные, они продолжают сражаться, не зная ни отдыха, ни покоя.

*Suspended from shaky scaffolding,  
we secure ourselves with our  
fixations. To distract  
our gaze from the looming  
abyss, we take refuge  
in chilling automatisms,  
in pathetic obsessions.  
We know the burden of iniquity  
that we carry on our shoulders, but  
sloth, compulsion and laziness  
are dull and comforting rewards that are  
much more reassuring  
than the dazzling and alien lights  
of a world that offers no guarantees.  
(Marcoaldi, 2015, p.36)*

*Мы висим на шатких лесах,  
и над пропастью держат нас наши  
фиксации.  
Чтобы оторвать взгляд  
от грозящей бездны,  
мы находим убежище  
в леденящих автоматизмах,  
в жалких obsessions.  
Нам знакомо бремя несправедливости,  
что мы несем на плечах своих,  
но праздность, компульсии и лень –  
притупляющая и утешающая награда,  
успокаивающая гораздо надежнее,  
чем ослепительные и чуждые огни  
мира, что не дает никаких гарантий.  
(Marcoaldi, 2015, стр.36)*

## 3. Анализ опыта с позиций гештальта: значение obsessive-компульсивного

## творческого приспособления

Вопрос, на который я хочу попытаться ответить в этом разделе таков: «Как структурирован обсессивный опыт?» Это вопрос о патогенезе, то есть о том, как оформляется определенный тип заболевания. Этим исследованием я надеюсь пролить свет на то, как этот чрезвычайно трудный способ идти по жизни может, тем не менее, являться творческим приспособлением, функциональным для определенных ситуаций.

### *3.1. За геркулесовыми столбами: предгештальты, прото-сэлф, эмергентное сэлф и другие химеры*

Чтобы ответить на этот вопрос, я возьму за основу ряд теоретических и эмпирических материалов. Прежде всего, работу Клауса Конрада (Klaus Conrad)<sup>8</sup> по гештальт-психологии восприятия, основанную на анализе и, в особенности, работу Метцгера (Metzger (1941)). Эти мыслители предоставили эмпирические данные, демонстрирующие, что восприятие – это процесс, который в доли секунды приводит к опыту восприятия, при котором субъект воспринимает себя отделенным от объекта, причем субъект отделен от объекта одновременно физически (в пространстве) и эмоционально, а объект имеет ясные и определенные очертания. Этот результат восприятия, который Метцгер назвал *Endgestalt* (финальный гештальт), является итогом процесса, возникающего из совсем иного, исходного момента восприятия. Воспринимаемые фигуры этого исходного момента восприятия называются *Vorgestalten* (предгештальтами). В случае предгештальтов восприятие является диффузным, неопределенным и всеобъемлющим. Фигура еще не выделилась из фона; что-то уже появилось, но это нестабильное, смутное и неопределенное присутствие. Это опыт не-покоя и, следовательно, беспокойства, пока субъект ясно не отличим от объекта. В этой первой фазе преобладают *экспрессивные физиогномические свойства* – свойства, эмоционально заряженные, сообщающие нечто непосредственным, до-рефлексивным образом. Они переживаются пассивно, как будто захватывая субъект, вызывая ожидание развития, цели, которая еще только должна быть определена, и если это развитие запаздывает, возникает напряжение и возрастает беспокойство. Когда, наконец, возникают финальные гештальты (*Endgestalten*), преобладающими становятся *структурно-материальные свойства*, которым сопутствует облегчение от восприятия объективно вырисовавшейся различной фигуры, от которой субъект ощущает себя отделенным и способным наблюдать ее с критической точки зрения и без эмоционального вовлечения. Ощущение пассивной вовлеченности в нечто невнятное и беспокоящее заканчивается. В случае предгештальтов, в самом начале процесса восприятия, опыт является атмосферным<sup>9</sup> и пре-дуалистическим, находясь в

---

<sup>8</sup> Конрад первым сформулировал и использовал метод исследования в психопатологии, названный им «гештальт-анализом» (Conrad, 1958).

<sup>9</sup> Франчесетти использует слово *atmospheric*, которое на русский в контексте данного исследования можно перевести и как «атмосферный», и как «мистико-чувствительный», и даже как «волшебный». Это нечто, разлитое в атмосфере и неverifiedируемое привычными методами. Что-то, как выражается сам автор, за пределами геркулесовых столбов – трудно уловимое, неоформленное и неоформляемое, но, тем не менее, безусловно наличествующее и ощущаемое. Здесь и далее этот термин, часто встречающийся в статье, будет для единообразия переведен словом «атмосферный» - во всем богатстве его значений. (прим.пер.)

основе нашей болезненной (*pathic*) жизни (Tellenbach, 1968; Griffero, 2014; Böhme, 2010; Schmitz, 2011; Francesetti, 2015b). *Pathic* означает ощущаемый в живом теле и являющийся болезненным переживанием. Мы немедленно и пассивно оказываемся захваченными болезненным (*pathic*), нами движет страдание и страсть; это скорее то, что совершается *над нами*, чем то, что совершаем *мы*. В атмосферности фигура и фон еще не различимы, но создают эмоционально заряженное настроение, которое разливается в пространстве, непосредственно и без каких-либо четких границ, из чего потом возникнут субъект и объект, насыщающее и расцветивающее рождающийся опыт, заключающий в себе циклически возникающие и перетекающие друг в друга субъекты и объекты<sup>10</sup>.

В этой начальной фазе восприятия границы и полюса субъектности и объектности не определены и нестабильны. Гештальт-анализ восприятия согласуется с описанием возникновения сэлф Антонио Дамасио (Antonio Damasio (2012))<sup>11</sup>. Согласно этой модели, основывающейся на его неврологических исследованиях, при восприятии сэлф возникает постепенно, даже в пределах долей секунды, минуя несколько стадий: прото-сэлф, субъективное сэлф и автобиографическое сэлф. На исходной, первоначальной стадии, прото-сэлф реагирует на присутствие чего-то, без ясности, кому оно принадлежит. Состояние покоя становится беспокойством, которое еще нельзя отнести ко мне как к субъекту, потому что ощущение себя как отдельного субъекта появится позже. Концепция эмергентного<sup>12</sup> сэлф, разработанная Дэниелом Стерном<sup>13</sup> (Daniel Stern (1985)), также включает в себя эти исходные данные всего опыта. Эмергентное сэлф характерно для первых нескольких месяцев жизни младенца. В этот период развития у ребенка не существует ни ясного ощущения себя, ни отделения себя от всего остального мира; фигурой является скорее *процесс возникновения сэлф*. Согласно модели Стерна, стадии, которые мы проходим в процессе развития, присутствуют в любом нашем последующем опыте, в каждый момент нашей жизни. Феноменологическая традиция также указывает на исходное измерение опыта, в котором субъект и объект еще не дифференцированы, и представляет естественную, наивную точку зрения (Husserl, 1913), которая обычно описывает восприятие как продукт, а не как исходные эмпирические данные, хотя мы обычно не обращаем на это внимания (Merleau-Ponty, 1945; Alvim Botelho, 2016).

---

<sup>10</sup> «С философской точки зрения реабилитация болезненного (*pathic*) означает придание смысла [...] отказу от себя, принятию, что человек больше подвергается воздействию, чем воздействует сам; что, более того, равнозначно защите не-реальности, и в результате также критической реальности, дара, который нынче намного более редок, чем в прошлом – дар знания, как быть проводником скорее явления, чем действия, который рационалистическая-постпросветительская догма независимости субъектности, воплощаемая героями, для которых начало – это действие, а смысл жизни заключается в планировании своего конца, разумеется, не может постичь, не говоря уже о том, чтобы поддержать. [...] болезненное (*pathic*) – это дар принятия воздействий, а не осуществления оных» (Griffero, 2016, стр.9).

<sup>11</sup> См. <https://www.youtube.com/watch?v=8LD13O7dkHc>

<sup>12</sup> Эмергентный – «возникающий внезапно» (прим.пер.)

<sup>13</sup> Дэниэл Норман Стерн (Daniel Norman Stern; 1934 - 2012) — американский психиатр и теоретик психоанализа, специализировавшийся на теории детского развития, по которой написал множество книг, самой известной и успешной из которых считается «Межличностный мир ребёнка» (1985). Его исследования ставят своей целью преодолеть разрыв между психоанализом и когнитивным направлением в плане описания детского поведения. (прим.пер.)

Присутствие исходного эмпирического *импульса* засвидетельствовано уже в самой этимологии слов: «Мы видим следы процесса в словах *субъект* и *объект*: *sub-jectum* на латыни означает «бросить под», *ob-jectum* означает «отбросить, выбросить», что свидетельствует о том, что они являются не исходными сущностями, но продуктом акта забрасывания их в две разных части мира» (Francesetti, 2016а, стр.150). В предыдущей работе мы назвали этот импульс *до-личностным измерением* (*pre-personal dimension*) опыта (Francesetti and Spagnuolo Lobb, 2013) и приняли его в качестве краеугольного камня для понимания психотического опыта. В психотическом опыте субъекту не удается возникнуть из до-персонального измерения предгештальтов, и он остается блуждать в мире, лишенном определенных границ, в мире не знающем покоя и непередаваемом словами, мире, который пассивно поглощает его и из которого он не может вырваться. Бред и галлюцинации – это творческое приспособление, предназначенное для побега из этого кошмарного мира – не в мир, который можно разделить с другими, но хотя бы в мир определенный<sup>14</sup>. Мы описали этот мир как находящийся *за геркулесовыми столбами*, в месте, которое, по мнению древних, находилось за пределами известного, выразимого словами, мира, за *non plus ultra*, крайними пределами, мир, населенный монстрами и химерами, от которых нас защищают геркулесовы столбы (в греческом это слово использовалось для обозначения *границ*). Все мы, у истоков нашего опыта, приходим из этого мира. Эта концепция согласуется с концепцией эмергентного сэлф, которая подкрепляет теорию, на которой основывается гештальт-терапия (Philippson, 2009; Robine, 2016; Francesetti, 2016; Spagnuolo Lobb, 2016; Alvim Botelho, 2016), где самоощущение – это процесс, возникающий в некой ситуации, появляющийся как сэлф ситуации (Perls, Hefferline and Goodman, 1951; Robine, 2006). Признание пре-дуалистического начала субъективности особенно важно, поскольку подкрепляет пост-картезианскую концепцию (или пост-демокритианскую, согласно Шмитцу (Schmitz, 2011)), что позволяет нам понять заболевание и его лечение с точки зрения поля (или отношений, ситуации или межличностной матрицы, в зависимости от автора), а не индивидуума, несмотря на то, что эту болезнь переживает и выражает индивидуум, и он же заявляет о необходимости изменений.

### **3.2. Структурное происхождение обсессий: постоянные геркулесовы прыжки**

Литература предлагает различные модели, которые стараются объяснить происхождение обсессий. В частности, существуют психодинамические модели (Gabbard, 1994), бихевиоральные и когнитивные модели (Beck, 1976, и последующие разработки) и даже гештальт-терапевтические модели (Salonia, 2014). В *гештальт-терапии* (Perls, Hefferline and Goodman, 1951), обсессии рассматриваются как мысли, которые служат для устранения тревоги и возбуждения. Исследование, которое я представляю в этой статье, попытается надстроить это утверждение, определяя место данного расстройств, в частности, по отношению к невротическому и психотическому уровням организации и

---

<sup>14</sup> Первым, кто применил работу Метцгера для понимания психотического опыта, был Клаус Конрад (Klaus Conrad (1958)), заложивший основу изучения психопатологии с помощью того, что он называл «гештальт-анализом». К сожалению, его работа не была рассмотрена последователями во всем ее потенциале, несмотря на то, что в настоящее время ее высоко оценивает ряд авторов (Alessandrini и Di Giannantonio, 2013).

рассматривая его в свете процесса восприятия и возникновения сэлф.

Гипотеза, которую я хочу представить в этом параграфе, является патогенетической; то есть она состоит в попытке объяснить, как опыт возникает вне зависимости от его причин, к которым мы обратимся позднее. Итак, давайте рассмотрим гештальт-терапевтический анализ обсессивного опыта. Если мы связываем обсессивный опыт (§2) с происхождением восприятия (§3.1), сразу становится очевидно, что люди, страдающие обсессиями, *находятся в осаде в мире предгештальтов (Vorgestalten)*, но в то же время они *не потеряны и не застряли в нем навеки*. Мы можем наблюдать продолжающуюся битву за создание дистанции, за закрытие и завершение, за прорисовку границ, возведение барьеров и сепарирование. В психотическом опыте человек застревает и теряется в этом мире, лишенном дифференциации, и отыгрывает свою драму посредством бреда, галлюцинаций и ухода в невыразимое словами. Здесь этого не происходит. Страдающие обсессиями дают отпор недифференцированному миру, ведя бесконечное сражение за дистанцированную, ограниченную и безопасную землю. Каждый сантиметр ее достается невероятными усилиями только для того, чтобы быть немедленно и неминуемо потерянным. Время никогда не приносит победу – лишь бесконечную битву; это не событие, а усилие. Как сказал пациент: «Я в спасательной шлюпке в океане, один посреди шторма. Я вычерпываю воду, но шлюпка протекает. Я не могу остановиться. Я не тону, но никакие мои усилия не могут изменить ситуацию. Что будет, когда я слишком устану, чтобы продолжать?» В то время как в психотическом опыте человек не может уйти от предгештальтов (*Vorgestalten*) и вернуть себе общий мир, здесь человек совершает геркулесово усилие, чтобы очертить и удержать финальные гештальты (*Endgestalten*) – ясные, определенные и надежные – но без предгештальтов, по-настоящему развивающихся в ясные и определенные фигуры, и без укорененности в фоне. Это прыжок от сиюминутного, довербального и ощущаемого мира к вербальному, когнитивному, логико-математическому и рефлексивному. Обсессии – не что иное, как это: способность создавать – и удерживать – определенные фигуры, которые, не имея укоренения в фоне, должны быть сверхопределенными и бесконечно повторяемыми, чтобы иметь возможность *существовать (ex-sist – come out, выступать, проявляться), оставаться (sub-sist – remain out, пребывать) и продолжаться (per-sist – endure over time, длиться)*. Рассмотренные таким образом, переживания и симптомы приобретают смысл: перфекционизм – это попытка закончить опыт, достигнуть точки завершения, а телесная анестезия – это попытка избавиться от ощущения захваченности атмосферным. Битва с загрязнением и заражением – это сражение за создание границ и определение себя. Стремление к симметрии, к совпадению чисел, к порядку и контролю, – это попытка минимизировать хаос неопределенности, где может случиться что угодно. Стремление к безопасности – это стремление к стабильному, предсказуемому миру, в котором можно пребывать без забот – этимологически «безопасный», *secure*, происходит от латинского *sine cura*, что означает «без забот», то есть без необходимости постоянной работы для того, чтобы он существовал. Эти попытки приносят облегчение, поскольку *они являются частью сражения, которое не проиграно, хотя и не может никогда быть выиграно*, как вычерпывание воды из протекающей шлюпки, и отыгрывают драму, которую человек переживает. Это фундаментальная потребность в любом психопатологическом поле, поскольку только с помощью отыгрывания страдания – актуализирования его здесь и сейчас – это страдание может найти подходящее пространство для трансформации

(Francesetti, 2015b). С этой точки зрения, обсессивные симптомы являются не чем-то, от чего нужно избавиться, а выражением творческого приспособления, спасающего пациента от того, чтобы окончательно потеряться в лишенном границ психотическом мире. При этом мы можем обратить внимание на отмеченную другими авторами (Straus, 1948; Stanghellini and Ballerini, 1992) близость обсессивного и психотического опыта. Такой подход значительно отличается от подхода, рассматривающего обсессивные мысли как нечто неправильное, нечто, с чем надо бороться и что надо преодолеть. Скорее, эти мысли отражают, как пациент спасается от сенсорного фона, пробуждающего в нем только беспокойство и ужас. Именно эта способность сделать геркулесов прыжок от ужаса ощущений к, пусть и временно, рефлексивному, логико-математическому миру, который можно контролировать, спасает пациента от гораздо более страшной участи. Однако этот прыжок приходится повторять ежеминутно: «Мы висим на шатких лесах, и над пропастью держат нас наши фиксации».

### 3.3. Эстетический избыток: дьявол в деталях

Это исследование также поможет пролить свет на представление о расстоянии, которое люди с обсессиями получают от органов чувств и тела. Источник ощущений в этом случае является по сути источником необъяснимого ужаса, являющегося атмосферным, безграничным и непредсказуемым. Как сказал пациент: «Ежедневно, каждую минуту я превращаю ужас в страх. Но ноги<sup>15</sup> мои постоянно затоплены ужасом». Прыжок из предгештальтов (*Vorgestalten*) – это прыжок из области эстетического (болезненного, pathic) чувства в когнитивную, логико-математическую и лингвистическую сферу, где пациент остается балансировать в подвешенном состоянии между двумя мирами, ухитряясь не потеряться за пределами геркулесовых столбов (и таким образом спасаясь от психоза), но будучи не в состоянии постоянно оставаться в дифференцированном и определенном мире. Поскольку это прыжок, все время переносящий пациента в то же самое место, а не процесс, продвигающий его вперед, то чтобы постоянно оставаться здесь, ему нужно было бы бесповоротно сжечь мосты, связывающие его с миром чувств. Но если бы ему это удалось, могло бы возникнуть более серьезное нарушение, к примеру, такое, как разновидность социопатии. В этом случае его десенсибилизация не позволила бы ему более ощущать ужас и боль, и ему понадобилось бы тело другого человека для отыгрывания драмы, опыт другого человека, жертвы, чтобы дать возможность возникнуть страданию, которое сам он не может почувствовать (Francesetti, 2012). Таким образом, мы можем понять слова моего пациента, человека, временами опасно склонного к насилию, который в минуту сильного переживания сказал: «Я могу быть ангелом света или ангелом тьмы. Если я отщепляю свои чувства, я могу делать, что угодно, и ощущать себя вправе делать это. Ничто не могло бы меня остановить, кроме возвращения к собственным чувствам и боли». У людей с обсессиями десенсибилизация не достигает таких высот. То, что переживается пациентом и является причиной его компульсий, – феномен, который мы можем назвать *эстетическим избытком*. Несмотря на все усилия, обсессивный человек не может совершить прыжок за пределы чувств, за пределы атмосферного

---

<sup>15</sup> Отсылка к ногам не случайна. Говоря «у него холодные ноги» («to have cold feet» - устойчивое выражение – прим.пер.), мы имеем в виду, что кто-то боится, и дети, будучи напуганными и не получая телесного контейнирования, сворачиваются калачиком, отрывая ступни от земли или сжав их руками.

ощущения, которое никогда невозможно полностью осознать, но с которым он каким-то образом остается в контакте. Атмосферу невозможно полностью свести к объекту, который можно оттолкнуть; что-то всегда ускользает, как эфир. Чувство невозможно схватить во всей полноте или описать словами. Язык и чувственный опыт несоизмеримы (Mazzeo, 2013). В геометрии две величины или фигуры несоизмеримы, если при делении одного на другое образуется остаток. «Несоизмеримый» не означает «невыразимый»; его можно выразить, но с остатком. Этот остаток оставляет неисчерпаемый запас для воспроизведения, подобно бесконечной иррациональной дроби, вроде значения числа Пи, десятичное представление которого никогда не заканчивается, производя все новые значения после запятой. Язык выражает чувственный опыт приблизительно, то есть «с остатком». Как указывала Линн Джейкобс (Lynne Jacobs)<sup>16</sup>, приблизительность важна для терапии, поскольку отражает процесс приближения, освобождающий людей от перформативной<sup>17</sup> необходимости искать точное слово, и в течении длительного времени поддерживающий диалог и разговор. Язык с его структурой «подлежащее-глагол-дополнение» предназначен для описания опыта после того, как произошло разделение на субъект/подлежащее и объект/дополнение. Универсальная грамматика (Хомский (Chomsky, 1957)) служит для *полного* описания простого, естественного мира субъектов и объектов, которые уже отделены друг от друга, – мир Аристотелевой логики. Чтобы описать опыт до этого разделения – за пределами геркулесовых столбов, в мире предгештальтов и атмосферного, - нужны другие языки. Гудман (Goodman) предлагает поэзию (Perls, Hefferline and Goodman, 1951; Vázquez Bandín, 2014). Или безумие, несчастную родню поэзии (Clemens Brentano, quoted in Béguin, 1939). Образный язык, поэтический язык, затрагивающий нас и способный задеть струны нашего тела, аппроксимирует чувственный опыт и в то же время несет отпечаток того, что осталось невысказанным. Это язык, одновременно попадающий и не попадающий в цель, но то, чего не хватает, также говорит о себе – в самом деле, именно то, чего недостает, позволяет языку быть живым, зачарованным и чарующим, вместо того, чтобы стать мертвым и *perfecto* (совершенным) (Loewald, 1989; Mitchell, 2000). Атмосферный избыток чувственного или эстетический избыток, - вот демон, которого страдающий обсессиями не может сдержать, – не сходящиеся числа (или имеющие остаток!), микробы, не погибающие от антисептика, спонтанное чувство, не желающее уходить, криво висящая картина, пылинки на столе... дьявол обсессии кроется в этих деталях, отражающих то, что невозможно сдержать, и спасает обсессивного человека от анестетика социопатии. Приближение (в математическом смысле – прим.пер.) невыносимо для страдающих обсессиями, потому что это процесс, дающий остаток, который отказывается исчезать и таким образом не позволяет достигнуть завершенности и дистанцирования. Это дает нам дополнительный взгляд на компульсивные ритуалы как на попытки уменьшить и избыть эстетический избыток, который никакая математическая или лингвистическая логика не может – к счастью – свести к нулю. Но обсессии приносят лишь временное облегчение. При этом ритуале, в отличие от игр, где результат не определен, мы знаем, чем все закончится; он предсказуем и дает ощущение контроля. К тому же ритуал является

---

<sup>16</sup> Устная коммуникация, конференция AAGT, Асиломар, Калифорния, США, 05 сентября 2014г. / Oral Communication, AAGT Conference, Asilomar (CA, USA), 5th September, 2014.

<sup>17</sup> Перформативная речь (дискурс) сообщает бытие тому, о чем объявляет (прим.пер.)

культурно приемлемым способом сдерживать атмосферное, придавая ему форму и формируя воспоминания. Подумайте, как ритуалы поддерживают нас во время высокой атмосферной валентности, когда они придают личному опыту социально-приемлемую форму и одновременно обеспечивают отношенческие связи – в случае смерти, например, как *эталонного* события избытка, когда время и пространство разматываются<sup>18</sup>, ритуал придает форму личному опыту, одновременно позволяя нам оставаться в общем социальном мире. Обсессивные люди, однако, используют это творческое приспособление, не разделяя его с другими, вследствие чего оно не облегчает одиночества, подкрепляющего их ужас, – но и не преуспевая в устранении эстетического избытка, который, в конечном счете, привязывает их к миру живых.

#### **4. В каких условиях возникает обсессивное приспособление?**

В этом параграфе мы ступаем на эпистемологически скользкую почву, когда велик риск редукционизма, и нужно помнить, что все наши заключения являются гипотезами. Здесь мы обращаемся к вопросу этиологии или причин этого нарушения. Выходя на эту тропу, нужно помнить, что причины расстройства в настоящее время неизвестны, и этот пробел в наших знаниях может парадоксальным образом служить источником поддержки для терапевта. Столкновение с этим недостатком знаний помогает терапевту оставаться открытым и любопытным, и искать общую и уникальную историю пациента, придающую его заболеванию смысл. Здесь незнание оборачивается ключом к поиску и уникальности.

В психопатологии всегда важно отстраниться от логики простой и редукционистской причинности. Что мы в самом деле знаем – так это то, что каждый случай заболевания имеет собственные комплексные и не упрощаемые истоки. Позиция, занимаемая нами в рамках этой комплексности, основана на двух допущениях: во-первых, что каждый случай заболевания имеет смысл (Borgna, 1989); и во-вторых, что заболевание возникает в отношенческом поле, которое разыгрывается в терапевтической встрече (Francesetti, 2015b; 2016a; 2016b; Spagnuolo Lobb, 2013b). Для начала давайте проясним область биологической этиологии. Тот факт, что лечение с использованием серотонинергических антидепрессантов может облегчить симптомы обсессии, не подразумевает, что причиной нарушения является недостаток серотонина; если тут вообще и есть связь, то, возможно, с патогенезом. Таким образом мы находимся в патогенетической, а не в этиологической области<sup>19</sup>. Медикаментозная терапия имеет важное значение в клинической практике, если она может облегчать симптоматику, при условии, что мы на этом не останавливаемся и предпринимаем попытки прояснить смысл заболевания. Нельзя исключать, что у истоков расстройства лежат также генетические или эпигенетические составляющие (Bottaccioli, 2014; Spagnuolo Lobb and Francesetti, 2015; Spector, 2012) или, более широко, биологические факторы, поскольку однозначных данных нет (Castonguay and Oltmanns,

---

<sup>18</sup> «Пространство вокруг усопших было искажено / прорехой в сети / что крепко связывает здесь с сейчас...» (Gualtieri, 2010, стр. 50).

<sup>19</sup> Довольно часто путают патогенез (как симптом формируется) и этиологию (чем симптом вызван). Как объясняется в другой работе (Francesetti, 2015[a]), тот факт, что более высокий уровень серотонина смягчает симптомы, не означает, что недостаток серотонина является причиной самих симптомов. Если я принимаю морфий, моя зубная боль пройдет, но это не означает, что она была вызвана недостатком морфия.

2013), но в любом случае присутствие биологических составляющих не исключает поиска смысла. В психопатологии вместо того, чтобы фокусироваться на причинности, что обычно приводит к редукционизму и обобщению, более эффективно будет обратиться к концепции путей развития, что обеспечит больший акцент на оригинальности, уникальности и контексте. Рассматривая эти пути, психодинамика добавила к составляющим развития ОКР фиксацию на анальной стадии и эдипальный конфликт, однако это не сильно помогло в сложном лечении таких пациентов (Gabbard, 1994; Straus, 1948). Позиция, более близкая нашей, представлена интерсубъективным психоанализом, который рассматривал данное расстройство с точки зрения интерсубъективных полей (Stolorow, Brandchaft, Atwood *et al.*, 1999). Когнитивистский подход богат работами (Beck, 1976; Frost and Steketee, 2002; Clark, 2004), от которых мы часто отступали, поскольку не согласны с концепцией, что причина obsessions возникает на когнитивном уровне; напротив, по нашему мнению, obsessional привязанность к мысли является творческим приспособлением, позволяющим дистанцироваться от беспокоящего и ужасающего чувственного опыта.

Чтобы проложить путь среди вариантов возникновения obsessional расстройства, давайте начнем с двух феноменологических фактов, которые, судя по всему, очевидны. Первый состоит в том, что эмоциональным фундаментом для страдающих obsessions является ужас (Salonia, 2013; Stanghellini and Ballerini, 1992; Muscelli and Stanghellini, 2008; Calvi, 1996). Второй возникает в терапии, когда пациент окажется неспособным воспринять возможность облегчения своего ужаса через отношения. Он не видит поддержки в отношениях, когда боится. И снова этот момент находит выражение в пронизательном и наводящем ужас стихотворении Маркоалди:

<p><i>What do you think? If I hold you real tight, will I have a better chance of escaping death's bite?</i> (Marcoaldi, 2008)</p>	<p><i>Как ты думаешь? Если покрепче тебя обниму я, То смертельного, может, смогу избежать поцелуя?</i> (Marcoaldi, 2008)</p>
--	--

Этот вопрос может часто возникать в obsessional поле. Естественно, ответ – «нет»: объятия не уберегут от *смерти*. Но те, кто задает этот вопрос, явно не осознают, что объятия могут уберечь от *страха смерти*. Страдающие obsessions люди незнакомы с утешающей силой объятий, телесной близости, отношенческой поддержки (*comfort*) – этимологически *comfort* означает *сильны вместе (strong together)*. В этом мы обнаруживаем сердцевину такого опыта: одиночество ужаса. Obsessional пациент одинок, но в определенном смысле не осознает этого, потому что не понимает, что это не обязательно должно быть так, ведь у него нет опыта, позволяющего тосковать по другому и взывать к нему. Скорее, как мы увидели, структура его опыта заставляет его искать облегчения в дистанцировании, но пространства для того, чтобы почувствовать расстояние, недостаточно, и потому желание близости, для которого необходимо ощущение дистанции, не может возникнуть. Более того, его опыт – это опыт чрезвычайного положения – очень сложно отпустить шаткие леса, спасающие тебя от

падения в пропасть, чтобы ухватиться за чью-то руку. Это все равно как если бы кто-то карабкался на скалу и висел над пропастью без страховки, вцепившись в камни, - а ему предлагали бы выпустить камень и схватиться за чью-то руку (Salonia, 2013). В этом опыте испытываемые нами ужас и неверие так сильны, что мы думаем, что чужая рука уже предала нас, что другой уже ушел. Легко обнаружить истории, в которых отношенческое контейнирование, происходящее из эмоциональной и телесной близости, было недостаточным. Как говорил другой пациент: «Мое детство прошло в доме без стен, открытом всем штормам, где взрывы непредсказуемой злости жестоко сотрясали дом, и все сковывал холод. И только мое одиночество, свернувшееся в калачик в укромном углу, позволяло мне, дрожащему, дышать. Только одиночество было для меня поддержкой. Я начал читать домашнюю библиотеку, одну книгу за другой, начиная с левого края нижней полки, по порядку. Начиная с теории относительности до «Пармской обители» и Маркиза де Сада». Здесь мы очерчиваем вероятные истории, в которых другой оказался неспособен обеспечить контейнирование перед лицом ужаса и неопределенности жизни, но далее этого мы не пойдем, дабы избежать стереотипизации и кристаллизации опыта. Вместо этого давайте остановимся на двух обнаруженных очевидных феноменах: ужасе и сложности постижения контейнирования в отношениях. Эти феномены подчеркивают элемент ОКР, редко освещаемый в соответствующей литературе, а именно – одиночество обсессивного опыта. В этом отношении интересно взглянуть на данные наблюдений фармакологии в клинической практике. Лучше всего реагируют на антидепрессанты люди, страдающие депрессией, паническими атаками и обсессивно-компульсивным расстройством. С феноменологической и гештальт-терапевтической точки зрения, причина этих заболеваний отмечена переживанием одиночества (которое различно для каждого заболевания, см. Francesetti, 2007; 2013; 2015a; Francesetti and Gecele, 2011). Я предполагаю, что эффект этой категории препаратов заключается в снижении потребности в другом, что, таким образом, делает их наиболее эффективными для расстройств, у истоков которых лежит отсутствие другого. Это также могло бы объяснить возрастающее потребление антидепрессантов в нашем обществе, потребление, которое фактически растет в геометрической прогрессии (Whitaker, 2010). Общество, которое отрицает правомерность потребности в другом, неизбежно способствует нарушениям, коренящимся в одиночестве, и придумывает лечение, анестезирующее эту потребность.

В заключение, хотя мы и способны описать специфику формирования данного расстройства (патогенез, §3), мы не можем и не хотим сводить ОКР к конкретным причинам. Все, что мы можем, – это предложить гипотезу, состоящую в том, что эта форма заболевания складывается в экзистенциальном опыте, отмеченном столкновением с ужасом без достаточного отношенческого контейнирования. Некоторые авторы идут дальше и настаивают, что компульсии и ритуалы вызваны вытеснением какого-то чувства или деяния, которое не должно было быть почувствовано или сделано (Salonia, 2013), или видят расстройство как результат интроектов, вынуждающих пациента действовать в соответствии с перфекционистским идеалом (Dreitzel, 2010; 2013). Все это, разумеется, является вероятными сценариями, с которыми мы сталкиваемся в клинической практике, но исходя из представленного мною исследования, я не считаю, что они составляют структурный элемент, способный стать общим знаменателем для обсессивного опыта.

## **5. Эмергентное обсессивно-компульсивное поле в здесь-и-сейчас терапевтической**

## сессии

Когда мы в терапии сталкиваемся с человеком, страдающим обсессиями, мы вместе актуализируем поле, разыгрывающие это заболевание. Как я объяснял ранее, (Francesetti, 2016b), отыгрывание не предполагает чего-то искусственного, но непосредственно относится к актуализации между нами и вокруг нас поля, которое является экстазом (ecstasy) живых тел в текущей ситуации. То, что возникает, является чем-то реальным и эстетически ощутимым как атмосфера, как почти-сущность (almost-entity), которая не может быть только объективной или только субъективной. Это проявление, существование (ex-sistence) поля, которое в то же самое время актуализирует отсутствие на границе контакта (то есть заболевание) и взывает к присутствию (то есть потенции к трансформации и присутствию). Степень присутствия и отсутствия оформляется посредством того, как каждый из нас остается на границе контакта в терапевтической сессии; это экстаз наших тел и данной ситуации. Психопатологическое поле удерживает на границе контакта отсутствие, которое ожидает присутствия другого, чтобы трансформироваться в боль и красоту (Francesetti, 2012).

Каковы особенности обсессивного поля? Несмотря на различия для каждого случая и, следовательно, для каждого пациента, терапевта и сессии, мы считаем, что есть определенные особенности, которые можно обнаружить различным образом (если все обсессивные заболевания в самом деле имеют общий начальный опыт). Опыт, который я описываю, является выражением циркулирующих в поле явлений и иногда лучше ощущается пациентом, а иногда – терапевтом. Они являются результатом со-творения.

В терапии в подобном поле я могу ощущать, что я должен ступать очень осторожно, часто чувствуя, что я на грани совершения какой-то ошибки без реального понимания, почему это так, но с ощущением, что мне нужно тщательно контролировать свои действия. Я обнаруживаю, что некоторые слова запрещены: например, слово *ужас*. Или что неприемлемы какие-то жесты, как, например, рукопожатие при приветствии пациента или, иногда, слишком сильное приближение к нему, сверх некоторого предела. В попытке самоконтроля мое тело напрягается и деревенеет, мое дыхание незаметно укорачивается. Не осознавая этого, я немного приподнимаюсь над стулом, смещая вверх свой центр тяжести. Чувствительность снижается, и атмосфера становится стерильной. Иногда перед сессией я проверяю, чисто ли в кабинете и достаточно ли далеко друг от друга стоят кресла. Иногда я даже ощущал, что мне хотелось бы, чтобы кабинет был больше, или что этого хотел бы пациент. У меня уменьшается контакт с собственным телом, я ощущаю себя несколько отделенным от него. Телесное присутствие может стать практически чем-то неприличным или даже излишним: «Какое отношение ко всему этому имеет тело? Мы здесь говорим о психическом страдании, о непрекращающихся мыслях! Я вишу над пропастью, а вы советуете мне дышать? Конечно, я дышу, не в этом дело! Как это может помочь?» Иногда возникает ощущение чрезвычайной ситуации, и я ощущаю себя в западне, без возможности выбраться, и мне кажется, что от меня прямо сейчас требуется ответ – внятный, решительный ответ. В такие моменты пространство сжимается, и я не могу дышать. Я чувствую себя в осаде – каким облегчением будет, когда сессия закончится! Может статься, что меня потянет на размышления, дискуссию, вещание, детализацию, чистую формальную логику. Время начинает течь с постоянной скоростью,

без достижения апогея, приводящего к чему-то, к какой-то точке, где я могу сказать: «сегодня я добрался до этого!» с чувством некоторого удовлетворения. Это делает завершение сессии довольно сложным, как будто чего-то не хватает и процесс занимает вечность. Атмосфера в комнате обычно холодна и свежа, и редко когда затрагивается эмоциональными всплесками – при том, насколько мы поглощены преследованием того, что никогда не сможем ухватить. Расчищенный участок, к которому стремится терапевтическая встреча, никогда не бывает достаточно обширным, удобным и уютным, теплым и устойчивым, гостеприимным и безопасным. Это не место для отдыха. Какой же сюрприз меня ждет, когда я все-таки обнаруживаю пространство и дерзость, чтобы отдать должное вихрю своих эмоций, контакту со своей душой, когда он согрета контактом со страдающим другим. (Здесь я чувствую, что должен объяснить, что я имею в виду под словом «душа», но это, вероятно, воздействие «восходящего потока», наличествующего в обсессивном поле, которое я актуализирую, когда пишу). Другой может ускользнуть от меня – легко дать себя ослепить деталям или напряженностью симптомов, но тяжело не потерять ощущение тела, вибрирующего и страдающего, звучащего и трогающего сердце. Иногда кажется, что пациент находится по другую сторону железного занавеса; иногда – что неудачное слово может пронзить его душу, разорвав тело в клочья. Иногда я чувствую себя бесполезным, даже в качестве человека; я хочу поддержать, но этого всегда кажется слишком мало – не потому, что пациент ничего не ждет (как в депрессивном поле), а потому что я чувствую себя бессильным против назойливости симптома, крайности ужаса, радикальности вопросов. Я пытаюсь что-то изменить, но часто не могу; я истощаюсь. В этот момент я ощущаю желание отступить, и возможно, отступаю. И именно здесь я могу почувствовать драгоценность эмоционального переживания, возникающего медленно, но уверенно. Я ощущаю теплую боль от того, что оставляю пациента одного, а пациент, в определенный момент чувствует, что атмосфера между нами становится холоднее, когда я отодвигаюсь, а ужас – сильнее. В этот момент мы находимся за пределами обсессивного поля. Благодаря воплощенному в теле присутствию, ужас растворяется, и мы можем хотя бы на мгновение отпустить одинокие шаткие леса. Встреча – это событие, знак препинания, поставленный дыханием, расчистка места для отдыха.

## **6. Терапевтические подходы и направления**

Терапевтическая работа с людьми, страдающими ОКР, обычно сложная и фрустрирующая как для пациента, так и для терапевта. И хотя в долгосрочной перспективе исход может быть неопределенным, тем не менее, такая работа полезна. Виды интервенций рассмотрены довольно подробно, и те, что основаны на бихевиористском и когнитивном подходах (Abramovitz and Siqueland, 2016; Foa и соавт., 1999, Beck, 1976; Frost and Steketee, 2002; Clark, 2004), помогают уменьшить симптоматику ОКР довольно существенно, хотя и редко окончательно. На самом деле, это расстройство по природе своей часто является хроническим, благополучные периоды чередуются с периодами, когда симптомы более интенсивны (Castonguay and Oltmanns, 2013). Есть также свидетельства того, что вовлечение семьи в обучение психологической взаимопомощи или в терапию может значительно помочь, тогда как простое приспособление окружающей среды к вызванным обсессиями ритуалам обычно ухудшает ситуацию. Отталкиваясь от нашего исследования, давайте рассмотрим некоторые

направления, способные помочь нам в терапевтической работе. В кратких и общих словах, терапевтический подход фокусируется на способности во всей полноте чувствовать эмергентное поле в терапевтической сессии, что означает – присутствовать перед лицом того отсутствия, которое актуализируется в поле, а также на том, чтобы уловить собственный вклад в совместное сотворение этого поля. Это порог, открывающий дверь изменениям. Регулируя свое присутствие, вместо того, чтобы пытаться изменить пациента (Francesetti, 2015b), мы меняем совместно сотворенное поле, давая жизнь новому опыту и, следовательно, новым воспоминаниям. В терапевтической встрече заболевание актуализируется, и когда достигает границы контакта, трансформируется, благодаря совместному присутствию терапевта и пациента (Francesetti, 2012; Spagnuolo Lobb, 2013a). Это гештальт-терапевтический взгляд на терапевтический процесс, подходящий для любого пациента, вне зависимости от его заболевания. За более подробными соображениями на эту тему можно обратиться к упомянутым работам.

Но на каких моментах и шагах стоит сконцентрироваться, когда мы сталкиваемся с обсессивно-компульсивным полем?

### **6.1. От Körper к Leib<sup>20</sup>: сохраняя эстетическую чувствительность**

Эстетическое измерение – это чувственный мир, источник эмоций. В обсессивном поле поток постоянно пытается увести нас от этого измерения, так что терапевту важно позаботиться о том, чтобы оставаться в чувственном контакте со своим собственным живым телом (*Leib*). В обсессивном поле этот контакт легко потерять, поскольку напряжение заставляет нас напрячься и «заморозиться», и мы концентрируемся на размышлениях. В этом поле *Leib* легко становится *Körper*, предметом медицины, анатомическим и функциональным телом, телом, которое не чувствует и не наслаждается. В чрезвычайной ситуации чувства обостряются, чтобы воспринять грозящую опасность; глаза, уши и нос настороженно следят за окружающей средой, а дыхание замирает в ожидании атаки. Теряется фокусировка на эстетическом восприятии, на телесном, проприоцептивном и атмосферном чувствовании, та самая фокусировка, которую терапевт должен особенно тщательно поддерживать. Для дыхания важно оставаться подвижным, что значит – поддерживать связь времени и пространства. Дышать полной грудью означает дать полноту пространству и помогает установить правильную дистанцию. Ощущение полноты дыхательного цикла по мере его протекания меняет однообразное, линейное движение времени, создавая подъемы и спады, что приводит совершенный (*perfecto*) цикл к завершению, исполнению. Контакт с собственным живым телом также позволяет терапевту оценить, шаг за шагом, «температуру» контакта и актуализации атмосферного во встрече. Способность оставаться в неопределенности, возникающей у истоков ощущений, способность чувствовать все, что возникает, не убегая

---

<sup>20</sup> В декартовском понимании мира тело сводится к механизму, отделенному от мира и от души – к *Koerper* (т.н. «тело природы» (прим.пер.)), как его называли немецкие мыслители, анатомически функционирующее тело, предмет медицины (или атлетическое или косметическое тело общества потребления). Живое тело (или ощущаемое тело) – *Leib* на немецком (имеющее тот же этимологический корень, что и любовь (love) и жизнь (life)) – это тело, которое мы ощущаем, будучи живыми и находясь в контакте с миром. *Koerper* – это сущность; *Leib* – это почти-сущность (Francesetti, 2015b; p. 9).

от этого, позволяет нам контактировать с переживанием ужаса, постоянно питающим обсессии и удерживающим пациента, а в терапии – и терапевта, на расстоянии. Таким образом, работа всегда телесная, в том смысле, что она размещена в теле и присутствует в осознанности терапевта. Иногда можно сделать эту телесную работу фигурой, если только ощущение униженности, вызываемое подобной фокусировкой на теле, преодолено, и если построены достаточно длительные доверительные отношения. Если такое возможно, опыт телесной работы бесценен, поскольку мы переживаем воздействие расстояния/близости и то, как это влияет на ощущение пространства, границ, их размывания и восстановления, эмоций, возникающих в такие моменты, и ощущения течения времени в упражнениях, таких как простая техника заземления, во время которой пациент чувствует усталость и физическую боль, а затем облегчение, говорящее о конце (*perfecto!*) упражнения.

## **6.2. От ужаса к контейнированию посредством контакта**

Переживания ужаса будут неотступно возникать в терапии – ужаса, который, кажется, ничем не сдержат. Чистый и безграничный ужас, который можно унять только с помощью обсессий. Ужас, на который нет реального ответа. Ребенок в возрасте около двух лет мог бы спросить мать: «Ты умрешь?» Мать немедленно реагирует приближением к ребенку с улыбкой и объятиями и обычно говорит что-то о времени, что-нибудь вроде: «Я еще не старая!» Ребенок успокаивается и переключает внимание на что-то другое. В этой последовательности пространство охватывается мощным эмоциональным резонансом и телом матери, обеспечившим тепло близости; время размечается так, что создается дистанция между «сейчас», которое близко, и «тогда», настолько далекое, что не может коснуться нас (граница здесь); тело успокаивается в объятиях матери<sup>21</sup>; дыхание возвращается, и последовательность опыта завершается. Внимание освобождено и может быть обращено на что-то другое. Многое должно произойти перед тем, как последовательность такого рода, то есть поддержка/утешение в контакте (необязательно физическом) сможет возникнуть в терапии. Терапевт должен все это время присутствовать в переживании обсессивного поля, не убегая от него и не «замораживаясь», а также не позволяя ему себя затопить, так чтобы постепенно стать для пациента видимым и надежным. Пациент дойдет до того, чтобы задать тот же самый вопрос, что задал Маркоалди: «Если покрепче тебя обниму я, то смертельного, может, смогу избежать поцелуя?» Но терапевтическая работа, как я уже говорил и повторю снова, не направлена на изменение пациента. Вопрос, на котором концентрируется терапевт, следующий: «Как в терапевтической сессии и в жизни я обращаюсь с экзистенциальным ужасом, вызванном мыслями о своей смерти? И о смерти людей, которых я люблю? Что поддерживало меня, сейчас и в прошлом, позволяя мне продолжать дышать, сталкиваясь с этим? Как это все актуализируется, когда я встречаюсь в этом пациентом?» Задавая себе эти вопросы и честно исследуя собственный опыт на эту тему, мы получаем возможность оставаться в контакте со своим телесным и эмоциональным присутствием в терапии и чувствовать, что возникновение ужаса не приводит нас к избеганию терапевтического контакта. На этом фундаменте появятся ответы на актуальные вопросы, которыми пациент озадачивает терапевта (Salonia, 2013), – ответы, основанные не на заверениях, а

<sup>21</sup> На эту тему Салония (Salonia (2013)) небезосновательно цитирует прекрасный рассказ Гроссмана «Объятие» (The Hug (2013)). / Имеется в виду израильский писатель Давид Гроссман (прим.пер.)

на поддержке, обусловленной правдой; не на выказывании убежденности, которой у нас нет, а на том, чтобы размышлять о пределе жизни и продолжать при этом дышать. В приведенном примере терапевту не поможет попытка убедить ребенка, что ничего не случится; на самом деле этот подорвет доверительные отношения, потому что терапевт сказал бы то, о чем он не может знать. Напротив, что поможет – так это при столкновении с непредсказуемостью жизни научиться вместе сохранять спокойствие, и знать, что благодаря нашему совместному присутствию жизнь достаточно гостеприимна (*hospitable*) – от слова *hospes* (хозяин), а не слова *hostis* (враг). То, как это происходит, не может быть воспроизведено в виде техники. Это *phronēsis*<sup>22</sup>, возникающий, только если терапевт сам для себя разобрался в этих вопросах (Sichera, 2001; Orange, Atwood and Stolorow, 1999; Francesetti, 2015b). Интеркорпоральные отношения постепенно примут форму контейнирования возникающей тревоги.

### **6.3. От одиночества к эмоциональному резонансу**

Внимательное отношение к собственным чувственным ощущениям и способность встречать, поддерживать и переносить ужас дают возможность проявиться измерению, являющемуся частью обсессивного опыта, – а именно, одиночеству. До смерти испуганному одиночеству, поскольку оно подвергается воздействию сжимающегося пространства, нарушению границ, разрушению материи и отсутствию завершения. Для пациента «роскошь» ощутить это одиночество возможна лишь в укромных уголках, поначалу редких, где можно получить передышку от постоянной чрезвычайной ситуации. Во время критической ситуации любая близость является угрозой для нестабильной границы и потребности в дистанции, и не будет ответом на непосредственную потребность в искоренении причин ужаса. Тем не менее, через некоторое время определенная близость начнет цениться и иметь значение. Кинестетический резонанс, хоть и неуверенно, проложит себе дорогу (Frank, 2016), и лицо терапевта начнет смутно восприниматься как целительная инаковость (Bloom, 2016). Тихо, почти незаметно, не имея возможности быть названным или выйти на передний план, фон эмоционального присутствия начнет иметь значение. Чтобы это произошло, терапевту придется воззвать к своей способности ждать, не предвосхищая событий и не преуменьшая ценность близости – а это сильное давление в обсессивном поле. Даже здесь терапевт будет спрашивать себя: «Как близость поддерживала меня? Какую ценность я в ней вижу? Что поддерживает меня в моем одиночестве?» - и важно будет уловить все ощущения и чувства, что возникнут благодаря этим вопросам. Каждый раз, когда терапевт приносит все это в поле, по большей части, в неявной форме (Stern, 2004), поле меняется и становится способным помочь этим переживаниям возникнуть и в пациенте тоже – переживания, которые дают ход изменению опыта пациента, могут быть сначала испытаны самим терапевтом. С помощью такого подхода способ жить в этом мире может подвергнуться отношенческой перестройке, и может состояться встреча с экзистенциальными переживаниями, невыразимыми, но проживаемыми, которые позволяют нам дышать, осознавать и присутствовать даже перед лицом неопределенности жизни. Пока в конечном итоге не начнет ощущаться надлежащий отношенческий фундамент для того, чтобы понять смерть

---

<sup>22</sup> Греческое название благоразумия (Благоразумие) или практической мудрости. Отличается от «софии» (*sophia*) – теоретической или созерцательной мудрости. (прим.пер.)

на горизонте жизни, уход, необходимый для того, чтобы определить временную ограниченность жизни, согласовать пространство и дать возможность времени течь (Heidegger, 1927).

#### **6.4. Фармакологическая поддержка**

При этом расстройстве всегда необходимо рассматривать фармакологическую поддержку, поскольку она может существенно снизить страдания пациента. Однако существенным тут является то, что к ней относятся как к способу снижения интенсивности симптоматики, а не как к способу сведения значимости расстройства к биохимическим изменениям, что означало бы умаление опыта пациента и инвалидизацию его точки зрения, что может быть чревато ятрогенным эффектом. Как следствие необходимо тесное взаимодействие между назначающим терапию психиатром и психотерапевтом, наряду со взаимным уважением к области компетенции и границам друг друга. Пациенты, страдающие ОКР, иногда отказываются от медикаментозного лечения, особенно когда их проблема касается вопросов заражения, поскольку прием лекарства может рассматриваться ими как нарушение границы вторжением инородного тела. Это не исключает психиатрической консультации, на которой пациента ясно информируют об ограничениях и потенциале фармакологической поддержки, причем такая консультация проясняет, дистанцирует и придает определенную форму и достоинство выбору пациента. Иногда до того, как выписать лекарство, необходимо дождаться, когда сформируется доверие к психотерапевту, чтобы гарантировать, что значение заболевания пациента не будет утеряно, даже если лекарства окажутся эффективными. Соответствующие медикаменты включают, прежде всего и в основном, антидепрессанты, особенно, серотонинергические, но бензодиазепины и нейролептики также могут назначаться в определенных ситуациях.

#### **6.5. Краткий пример клинического случая**

Сейчас я представлю две коротких стенограммы, которые помогут связать то, что я описал, с конкретной клинической практикой. Андреа – сорокапятилетний мужчина, глава администрации крупной компании, несколько лет находящийся в браке и отец двухлетней дочери. Он пришел в терапию из-за сильно выраженного обсессивно-компульсивных симптомов, существенно осложняющих его жизнь, и из-за ужаса перед возможностью причинить вред своей жене и дочери. Его ритуалы разработаны с целью предвидеть и предотвращать аварии, несчастные случаи, заболевания и возможное внезапное насилие. Каждый день невероятно сложные комбинаторные расчеты заставляли его повторять секретные ритуалы снова и снова, пока вычисления не сойдутся и опасность не будет временно предотвращена. Незадолго до начала терапии он спрятал все ножи в доме в подвал из-за страха, что может совершить что-то непоправимое в приступе ярости. Мне он кажется крайне недоверчивым и контролирующим, очень умным и обладающим экстраординарным логическим складом ума. Тело его – зажатое, контролируемое, сдерживаемое и прямое. Позднее он скажет мне, что страдает от мышечной боли и головной боли напряжения. Он вырос в обеспеченной семье, и в его детском опыте были заброшенность и одиночество, длительное эмоциональное пренебрежение, столкновение со взрывами ярости родителей и непредсказуемые отъезды матери. Холодный,

зброшенный дом без стен, постоянно открытый всем ветрам и подверженный непредвиденным штормам и землетрясениям. Он старший сын, и у него есть младшая сестра, у которой диагностировали шизофрению, и младший брат с зависимостями. Во время работы с ним, особенно в начале терапии, я ощущал, что напряжен и сдержан в своих действиях, очень осторожен и не свободен. Я вынужден напоминать себе о том, что нужно дышать и чувствовать свой вес в кресле, чтобы присутствовать, чтобы не позволить пространству сложиться, как будто всосанному вакуумом. Актуализируемое нами феноменологическое поле таково, что заставляет меня чувствовать себя бессильным и загнанным в угол без возможности двигаться, где я оставляю его одного наедине со страхом перед неконтролируемыми событиями, справляться без моей поддержки, – это обсессивное поле. Ключевыми моментами терапии являются моменты контакта, меняющие это совместно созданное поле. Тот необходимый новый отношенческий опыт – это опыт, который любой человек с достаточно здоровой историей жизни имеет в своем прошлом: опыт сохранения спокойствия перед лицом неопределенности, благодаря присутствию эмоционального и контейнирующего значимого другого.

Отрывок стенограммы сессии после около восьми месяцев терапии.

*Однажды Андреа описал мне в общих чертах, не касаясь деталей, историю о том, как его двухлетнюю дочь похищают, мучают и убивают, упоминая жестокие и ужасные вещи, которые могли с ней случиться, но не называя их. И хотя ни одна конкретная сцена не описана, атмосфера, в которой мы оказались, леденит кровь.*

*Я говорю ему:*

*Т: То, как ты говоришь об этом, гораздо сильнее, чем то, что именно ты говоришь, заставляет меня думать, что такие мысли могут быть поистине ужасающими.*

*А: Да, они страшные.*

*Есть в том, как он это говорит, что-то такое, что предполагает своего рода отступление в сторону от моего заявления, возможно, небольшое движение головы, из-за которого у меня сложилось впечатление, что он избегает чего-то. Я так же понимаю, что он не повторил слова «ужасают». Кажется, что он его избегает с настороженностью представителя семейства кошачьих, вынюхивающего и избегающего западни».*

*Т: Постой, Андреа. Они страшные или ужасающие?*

*А: Я никогда не употребляю этого слова, - говорит он, напрягаясь и подаваясь назад.*

*Ужас в пространстве между нами становится осязаемым. Он так силен, что давит мне на грудь; она как будто вот-вот разорвется. Я ощущаю порыв убежать. Я чувствую, что это слишком для нас обоих, так что мне нужно немного ослабить напряжение.*

*Т: Итак, ты предпочитаешь слово «страшные»?» Напряжение тут же немного ослабевает.*

*А: Да, я предпочитаю говорить о страхах, потому что их можно контролировать.*

*Т: А... - говорю я с облегчением. Теперь я ощущаю в нашем пространстве что-то другое, появилось что-то приятное, но неопределенное. Возможно, это только тот факт, что я не оставил его одного в этом напряжении. Затем он произносит со скоростью и напором летящей пули:*

*А: А вот ужас – это что-то, что невозможно контролировать.*

*Испытываемое мною чувство становится яснее. Впервые в нашем взаимодействии он смог произнести это слово и выдержать его; пространство между нами ясное и поддерживающее, а не стерильное. В его глазах понимание: он знает, что произнес запрещенное слово и что он смог его произнести потому, что он здесь, и он знает, что я знаю, что он знает. Во время этой паузы мы наслаждаемся нашим чувством. Я чувствую, что я с ним, и что мы чего-то достигли.*

*Это мгновение особого, тесного контакта, которым стоит дорожить, даже не называя его. Понимание, меняющее актуализированное нами поле, - понимание, которое, как мы оба знаем, даже не говоря этого, мы запомним, – для меня это опыт, когда я не чувствую бессилия, будучи прижатым к стене, а для него – опыт, когда его не оставляют одного с ужасом, лишенным какого бы то ни было присутствия. Маленькое, эмоциональное совместное путешествие (Stern, 2010), крупинка со-бытия в безграничном одиночестве.*

*Через полтора года терапии.*

*А: Я безумно надоели этот контроль, суммирование, ритуалы и снова суммирование; их все больше. И что еще хуже: это издевательство над моим интеллектом – это такие глупости, и они поглощают массу энергии.*

*Т: Они не имеют для тебя смысла?*

*А: Я не уверен.*

*Т: Что ты имеешь в виду?*

*А: Ты указал мне, что они усиливаются, когда я боюсь за людей, к которым привязан, так что они выражают мою привязанность, возможно, даже любовь к ним.*

*Т: Да...*

*А: Рассудок заставляет меня во всем этом сомневаться. В конце концов, возможно, все это – лишь крайний эгоизм. Я все контролирую; я всех помещаю в клетки, чтобы дать покой своему разуму, но все, о чем я беспокоюсь, - это мой собственный разум, так что я всего лишь эгоист.*

*Я ощущаю, что пространство между нами стерильно. Мы могли бы долгое время это обсуждать и спорить об этом, но я ощущаю, что между нами нет совсем никаких чувств.*

*Т: Твой разум сомневается... но что ты чувствуешь? Ты делаешь это для себя или для Лизы?*

*А: Эм... Я не уверен, что могу доверять тому, что чувствую...*

*...но да, ...я бы сказал, что это для Лизы.*

*То, как он произносит «Лиза», вызывает у меня и в то же время у него сильный и неожиданный всплеск эмоций; нас неожиданно настигает нечто, похожее на всхлип. Мы понимаем, что эта внезапность и это переживание – общие, и мы застигнуты врасплох и смущены тем, что происходит. Внезапно я ощущаю его и свою экзистенциальную усталость – я хорошо осознаю, как привязанности и любовь связывают нас с болью потери любимого. В этом общем чувстве я улавливаю красоту возникшего между нами нового и сильного контакта, неожиданного, как подарок. После недолгого молчания я говорю:*

*Т: Я понимаю, сколько усилий ты приложил за все эти годы, чтобы защитить Лизу, твое бесконечное стремление позаботиться о ней.*

*А: Да...*

*Андреа смотрит на меня, захваченный чувствами. Он отводит взгляд и прочищает горло. Пауза. Воздух полон вибрацией, на границе того, что выносимо для нас обоих. Я сажусь поудобней и выравниваю дыхание.*

*Т: Что происходит, Андреа ?*

*А: Эм... ты знаешь, я говорил тебе, что некоторые сессии – как переломные моменты, а некоторые – про закрепление... ну вот, эта – переломный момент.*

*Т: Я тоже так думаю.*

*Мы некоторое время остаемся в этом мгновении, мгновении, в котором произошло нечто.*

*Мы останавливаемся, чтобы насладиться им и ощутить его эффект. Мы ощущаем, как оно меняет наши отношения и то, как мы себя чувствуем.*

## **7. Заключение**

Наше путешествие провело нас дорогой феноменологического анализа и гештальт-анализа, затрагивая: определение поля исследования с помощью внешней диагностики; феноменологический анализ переживаний; гештальт-терапевтический анализ опыта с приданием значения творческому приспособлению, выражающемуся в obsessions и compulsions; размещение этого приспособления в рамках возможного биографического и экзистенциального контекста; особенности obsessional-compulsive поля в терапии; и, наконец, некоторые аспекты терапии. Во время этого путешествия я попытался особо отметить то, что obsessional-compulsive приспособление является особым творческим подходом к обращению с ужасом, когда этот ужас не может быть прожит в присутствии

другого, и как оно оберегает пациента от более тяжелого страдания. Я надеюсь, что это мое исследование станет поддержкой в другом путешествии – путешествии терапевта и пациента к тому месту, которое наш поэт, опять же, так точно описал:

*That's right, I can't help but think:*

*first we fly and then we fall—*

*soaring high and then worn out,*

*exhausted we return to reality.*

*Only then will we be ready*

*to praise the infinite*

*realm of immanence*

*and to accept, perhaps, the immanence*

*of death—like the natural lot*

*of a fruit that ripens, then falls.*

*(Marcoaldi, 2015, p.44)*

*Это правда, и я не могу не думать:*

*Сначала мы летим, а после падаем –*

*взмывая ввысь, а затем измученные,*

*опустошенные возвращаемся к  
реальности.*

*Лишь тогда мы будем готовы воспеть*

*безграничное царство имманентности*

*И, быть может, принять*

*имманентность смерти –*

*как естественный жребий*

*плода, что созревает и падает.*

*(Marcoaldi, 2015, стр.44)*

## **Аннотация**

Эта статья представляет подход к обсессивно-компульсивному расстройству на основе теории гештальт-терапии, гештальт-психологии и психиатрической феноменологии. После установления диагностических рамок исследуется опыт пациентов, начиная с опыта переживания пространства и времени, отношения между элементами и целым, границ и материальности. В свете гештальтистской теории восприятия обсессивно-компульсивный симптом рассматривается как творческое приспособление, способное защитить пациента от значительно более серьезного страдания в ситуации, когда телесная чувственная зона охвачена ужасом. За описанием того, как обсессивно-компульсивное поле эстетически актуализируется в терапии, следует изложение ряда моментов, которые могут помочь терапевтам в их совместном путешествии с пациентами.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, гештальт-терапия, феноменологическая психиатрия, гештальт-психология, восприятие, психопатология, психопатологическое поле, язык, эстетика.

**Джанни Франчесетти**

Психиатр, гештальт-терапевт, международный тренер и супервизор, широко публикуется в области психотерапии и психопатологии, исследуя оригинальные подходы к пониманию клинических заболеваний с точки зрения феноменологии и гештальт-терапии и предлагая новые модели интерпретации определенных клинических расстройств (включая панический опыт, депрессию, психоз и обсессивно-компульсивное расстройство). Координатор Международных Тренингов по Гештальт-Подходу к Психопатологии в Итальянском Гештальт-Институте (Istituto di Gestalt НСС Italy). Президент Центра Гештальт-Терапии «Поэзис» в Турине. Бывший президент Европейской Ассоциации Гештальт-Терапии (EAGT) и Società Italiana Psicoterapia Gestalt (SIPG), Европейской Ассоциации Психотерапии (ЕАР) и общества психотерапии исследований (SPR). Живет и работает в Турине, Италия.