

## **Психическая боль: природа, диагностика и принципы гештальт-терапии**

*А.Н. Моховиков*

Представляем Вашему вниманию статью Александра Моховикова — директора Одесского филиала МГИ. Что привлекает в этой работе? Клинический подход, столь редкий даже в мировой гештальт-терапии, примеры из философской и художественной литературы, что можно обозначить, как культурологический подход, и, наконец, авторский взгляд, проникнутый гештальт-философией. Приносим извинение автору за невозможность размещения рисунков к статье. Надеемся, читатели увидят их в ближайшем выпуске сборника МГИ. Спасибо, Саша.

Одесский Национальный Университет им. И.И.Мечникова, Институт последипломного образования, кафедра клинической психологии.

«Она, эта боль была так сильна, так нестерпима, что, не думая, что он делает, не осознавая, что из всего этого выйдет, страстно желая только одного — хоть на минуту избавиться от нее и не попасть опять в этот ужасный мир, где он провел весь день и где только что был в самом ужасном и отвратном из всех земных снов, он нашарил и отодвинул ящик ночного столика, поймал холодный и тяжелый ком револьвера и, глубоко и радостно вздохнув, раскрыл рот и с силой, с наслаждением выстрелил.»

*Иван Бунин «Дождь»(4)*

Невыносимая психическая или душевная боль, ведущая к страданию, является выражением утраты смысла жизни (от книги Иова через Серена Кьеркегора к Мартину Хайдеггеру и Людвигу Бинсвангеру) и возникает при столкновении с ситуациями изоляции, одиночества, свободы или умирания. Именно она превращает вопрос о жизни или смерти в центральную проблему философии (в концепциях Альбера Камю и Жана-Поля Сартра), литературы (от древнеегипетского «Спора разочарованного со своей душой» до поэзии Райнера Марии Рильке и Дэвида Лоуренса) и является важным аспектом психотерапии и консультирования клиентов с суицидальными тенденциями (от Зигмунда Фрейда до Ирвина Ялома и Эдвина Шнейдмана).

Немецкий философ XX века Эрнст Юнгер, близкий к национал-большевизму в своем эссе «О боли» (1934) писал: «Существует несколько великих и неизменных критериев, которые выявляют значение человека. К ним принадлежит боль; она есть самое суровое испытание в той цепи испытаний, которую обычно называют жизнью. Поэтому исследование боли, оказывается, пожалуй, непопулярным занятием... Боль является одним из тех ключей, которые не только подходят к наиболее сокровенным замкам, но и открывают доступ к самому миру. Приближаясь к тем точкам, где человек оказывается способным справиться с болью или превзойти ее, можно обрести доступ к истокам его власти и к той тайне, которая кроется за его господством. Скажи мне, как ты относишься к боли, и я скажу тебе, кто ты!» (25, с.473—474).

Знаменитый американский психолог Эдвин Шнейдман, один из основоположников современной суицидологии, описал 10 общих психологических черт, свойственных суицидальному поведению. В своих последних работах особое внимание он уделяет невыносимой психической (душевной) боли (psychache), как общему стимулу самоубийства (22,23). Психическая боль, полагает Э.Шнейдман, тесно связана с фрустрированными витальными психологическими потребностями (в принадлежности,

любви, безопасности и т.д.) и внутренним амбивалентным отношением человека к предпринимаемому суицидальному действию. Согласно Э.Шнейдману: «Если прекращение своего потока сознания — это то, к чему движется суицидальный человек, то душевная боль — это то, от чего он стремится убежать. Детальный анализ показывает, что суицид легче всего понять как сочтанное движение по направлению к прекращению своего потока сознания и бегство от психической боли и невыносимого страдания... речь идет именно о психической боли, метаболи, боли от ощущения боли» (22, с.354). Человек стремится спасти себя и выжить ценой «убийства» в себе невыносимой психической боли. Не случайно в клинической суицидологии существует правило: если снизить интенсивность страдания - подчас весьма незначительно - то человек выберет жизнь.

Вместе с тем, психическая боль является общим и весьма распространенным переживанием для подавляющего большинства людей: не существует, пожалуй, ни одного человека на свете, который совершенно не испытывал бы глубоких и болезненных чувств, касающихся экзистенциальной проблемы «быть или не быть», в кризисные периоды своей жизни, например, в ситуации утрат. Возникновение и феноменология душевной боли утраты детально описана в психологии переживания Ф.Е.Василюка. Он полагает, что душевную боль вызывает сам горящий, уходя от умершего или отталкивая объект утраты. Разрушение старой связи при произвольном отрыве и наблюдении за отдалением образа утраты вызывает душевную боль (7).

Для суицидолога следующий практический вопрос является насущным: какие качества психической боли превращают ее в нестерпимую и, следовательно, неотвратимо ведущую к самоубийству? По своей сущности, психическая боль представляет собой сложное аффективно-когнитивное и аксиологическое образование и соответственно конституирующие ее характеристики (эмоциональные, когнитивные, ценностно-смысловые) играют определяющую роль в суицидогенности.

Целью данной статьи является, по возможности, полное рассмотрение психической боли с использованием понятийного аппарата и феноменологических принципов гештальт-подхода. В задачи исследования входят освещение ее природы, феноменологии, связи проявлений психической боли с фрустрацией основных мета-потребностей в ходе жизненного цикла человека, психологической диагностики психической боли и принципиальным аспектам гештальт-консультирования и гештальт-терапии клиентов в контексте актуальных запросов суицидологической практики.

### **Феномен боли с точки зрения гештальт-подхода**

С позиций холистического подхода, принятого в гештальт-психологии и современной гештальт-терапии, и, используя новые взгляды, возникшие в послеперлзовский период ее развития (С.Шон, Г.Вилер, Ж.-М.Робин) (18,44,48,49), в частности, динамическую теорию личности (Д.Н.Хломов) (21), концепция боли может быть представлена следующим образом.

Боль можно определить как универсальный признак, указывающий на разрушение или угрозу разрушения целостности границ между организмом и окружающей средой на одном или нескольких следующих уровнях: физическом (телесном), психическом (эмоциональном), экзистенциальном или уровне взаимоотношений с другими людьми. Взаимодействие между человеком и окружающей средой происходит посредством контакта (самоосознания), в ходе которого возникает психическая реальность и происходит психологическое развитие личности. Процесс контактирования означает создание, трансформацию или разрушение границ между организмом и окружающей

средой, т.е. их изменение и создание нового. Любое новое становится не только интеграцией изменений, происходящих в ходе цикла контакта (18,49), но процесс его возникновения чреват травмой, ведущей к расщеплению (шизоидная травма), отчуждению (нарцисстическая травма) или непродуктивности («пограничная» травма). Следовательно, боль является универсальным спутником любого интенсивного изменения на любом уровне (Рис.1). Описывая душевную боль утраты, Ф.Е.Василюк отмечает: "Боль острого горя — это боль не только распада, разрушения и отмирания, но и боль рождения нового. Двух новых "Я" и новой связи между ними, двух новых времен, даже — миров, и согласования между ними" (7, с.28).

Чем сильнее и драматичнее происходящее изменение, тем интенсивнее его спутник, боль и окрашивающие ее чувства. В определенных ситуациях она становится нестерпимой, и тогда возникает трагический выбор между желанием дальнейших изменений, которые являются психологической сущностью жизни, и болью (страданием), которую они причиняют. В соответствии с холистической парадигмой гештальт-терапии и взглядами Э.Шнейдмана на невыносимую психическую боль (psychache) как страдание и мучение мы не выделяем отдельно психической боли и страдания, естественно, допуская, что в других психотерапевтических направлениях, например, понимающей психотерапии эти феномены могут рассматриваться раздельно: «Страдание можно описать как отношение боли к смыслу боли. Не сама по себе боль, а именно страдание является предметом психотерапевтической помощи. Боль — есть реакция и функция организма, страдание — есть состояние личности, но не только состояние, а еще и деятельность личности... чем меньше боль и чем больше ее позитивный смысл, тем меньше страдание» (6, с.126).

Человек защищается от боли и заодно от изменений тем, что не допускает контакта, используя механизмы интроекции, проекции, ретрофлексии, дефлексии или конфлюэнции. Эти нарушения контактной границы (или механизмы защиты в гештальт-терапии) временно способствуют преодолению эмоций, связанных с болью, например, посредством состояний скуки, которая есть не что иное, как попытка растворения боли во времени. Вместе с тем, эти механизмы играют важную роль в возникновении определенных форм суицидального поведения (интроективных, проективных, ретрофлексивных и конфлюэнтных самоубийств) (11).

Интроективный вектор самоубийства. При интроекции цикл контакта с окружающей средой прерывается на стадии возникновения фигуры: человек принимает внутрь себя имеющие внешнее происхождение ценности, стандарты, нормы или правила и заменяет собственное стремление желанием другого человека или группы. Обычно без «здорового» использования интроекции невозможно воспитание и обучение, которые предполагают ассимиляцию полученного опыта. В самом деле, в детстве нередко говорят: «Делай то или не совершай этого», — и, подчиняясь, ребенок интроецирует приказ взрослого в качестве подобия собственной воли. В дальнейшем при неоднократном воспроизведении подобная ситуация обеспечивает человека неосознаваемым опытом: «В жизни надо делать то, и не следует совершать этого». Таким образом, иногда чужой опыт настолько заменяет собственные желания и потребности, что в процессе взросления человек утрачивает способность к идентификации «своего» и отвержению «чужого».

Поскольку ориентированный на чрезмерную интроекцию человек поступает так, как хотят другие, то интроективный вектор наиболее полно представлен в случаях альтруистических самоубийств Э.Дюркгейма (8), которые совершаются, если авторитет общества или группа подавляет идентичность человека, и он жертвует собой ради блага других или какой-либо социальной, философской или религиозной идеи. Многочисленные случаи самопожертвований «за идею», будь-то японского самурая эпохи

средневековья, приверженца протопопа Аввакума в России XVII века, эталоны мужества советской эпохи типа Зои Космодемьянской и Александра Матросова или некоторые «рациональные» самоубийства вполне описываются интроективным вектором самоуничтожения. Особенно чувствительным к вторжению интроектов оказывается подросток. С одной стороны, он готов пожертвовать чем угодно, лишь бы отстоять свою независимость, интуитивно осознавая преимущества личного выбора, но, с другой стороны, в наследие от детства ему достается чрезмерная подверженность влиянию интроектов, которую, например, используют адепты деструктивных культов в ходе процедуры «контроля сознания» (20).

**Проективный вектор самоубийства.** С помощью проекции индивид что-то реально принадлежащее ему приписывает окружающей среде. Обычно приписывание касается желаний или эмоций, за которые человек не хочет брать ответственности. Таким образом, происходит отвержение некоторой реальной части своего "я", например, в контексте обсуждаемой проблемы проявлений деструкции или аутоагрессии. Не признавая эти части в себе, человек начинает находить их в других людях. В силу проективной установки он постепенно отстраняется от людей, которые кажутся ему враждебно настроенными, желающими зла или несущими опасность, изолирует себя от окружающей среды и испытывает подавленность или депрессию. Описываемый суицидальный вектор формируется различными видами проекции (дополнительной, когда другим приписываются чувства и желания, с помощью которых возможно оправдание своих действий, катартической, состоящей в освобождении от своих отрицательных качеств наделянии ими других, и аутистической, если окружающим приписываются собственные мотивы и желания) формируют этот суицидальный вектор. При чрезмерной проекции возникает описанный Э.Дюркгеймом (8) феномен аномии, возникающий вследствие неудач в приспособлении к социальным изменениям, которые нарушают взаимные связи личности и группы, и ведущий к самоуничтожению. Общеизвестными являются данные о существенном учащении аномических самоубийств во времена социальных катаклизмов и экономических кризисов.

**Ретрофлексивный вектор самоубийства.** При ретрофлексии человек останавливает цикл контакта непосредственно перед осуществлением конкретного действия. Формируется поддерживаемая заботящимся окружением замкнутая личностная система, в которой большинство чувств или желаний остается внутри: человек сам себя любит, ненавидит или ведет с собой нескончаемый внутренний диалог. Преобладающий стиль поведения состоит в том, что он делает самому себе то, что хотел бы сделать другому человеку (или получить от него). Чаще всего подобный индивид не позволяет себе проявлений агрессии в отношении объектов, на которые они в действительности направлены и в силу стыда или иных чувств обращает ее против себя. Крайней точкой развития ретрофлексии становится самоубийство: человек убивает себя вместо уничтожения того, кто заставил его страдать. Таким образом, ретрофлексивный вектор суицида объединяет, по крайней мере, два признака знаменитой триады Карла Меннингера: одновременное желание убить и стремление быть убитым (10). Например, Акутагава Рюноске описывает их в «Зубчатых колесах» следующим образом: «Жить в таком душевном состоянии — невыразимая мука! Неужели не найдется никого, кто бы потихоньку задушил меня, пока я сплю» (1, с.620). Более всего ретрофлексивный вектор характерен для эгоистического самоубийства Э.Дюркгейма (8) и эготического суицида Э.Шнейдмана (45). Последний является следствием внутриспсихического конфликта между различными частями души самоубийцы, единственным способом разрешения которого становится аутодеструкция или аннигиляция Self. Уходя от совершения действий в окружающей среде и чувствуя себя отчужденным от общества, семьи или друзей, человек сжимает весь мир до размеров самого себя и, ничего не ожидая от других,

превращает свою личность в арену, на которой происходит трагическое действие суицидального сценария. Ретрофлексивные самоубийства характеризуются продуманностью деталей и способа заранее планируемого акта саморазрушения. Именно при подготовке к нему в воздухе надолго повисает гамлетовский вопрос «Быть или не быть?», завершающийся суицидальным чувством беспомощности — безнадежности. («Я ничего не могу сделать (кроме совершения самоубийства), и никто не может мне помочь (облегчить боль, которую я испытываю)»). К ретрофлексивным самоубийствам относится знаменитый аналитический случай Элен Вест, описанный Л.Бинсвангером, К.Роджерсом и Р.Мэйем (2,3,14,19). Из дневника Элен Вест: «Ужасно — не понимать себя. Я стою перед собой как перед чужим человеком: я боюсь за саму себя и боюсь тех чувств, во власть которым я отдана, против которых я беззащитна... Я чувствую себя совершенно пассивной, вроде сцены, на которой две враждующие силы кромсают друг друга», — пишет она, предложив одному из крестьян 50 тысяч франков за то, чтобы он немедленно застрелил ее (2, с.115). Ретрофлексивным суицидом можно считать также смерть американской писательницы Вирджинии Вульф. В своей предсмертной записке она пишет: «Я определенно чувствую, что снова лишилась рассудка... И на этот раз нам этого не выдержать. Я точно не выздоровлю... Так что то, что я совершаю, кажется мне лучшим из того, что можно предпринять... Я не в состоянии больше бороться. Я знаю, что наношу вред твоей жизни, что без меня ты мог бы работать... Я не могу читать... Ты был таким терпеливым и невыразимо добрым со мной... Всему причиной была я, но определенность давала твоя доброта. Я не могу и дальше портить твою жизнь. Я не думаю, что два человека могли бы быть счастливее нас с тобой» (31).

Конфлюэнтный вектор самоубийства. В гештальт-терапии слияние или конфлюэнция традиционно считают состоянием, в котором возникает фигура и одновременно возникает сопротивление ее возникновению клиент препятствует возникновению фигуры и связанного с ней возбуждения. Таким образом, его психическая реальность представлена фоном. В жизни это состояние наиболее характерно для младенца, находящегося в слиянии с матерью. Конфлюэнция характеризуется неясными тревожными состояниями, связанной с некоторой замутненностью сознания. Данное состояние похоже на описанный Меннингером «латентный суицид», длящийся во времени как саморазрушающие формы поведения и явно не ведущий к смерти. К таким проявлениям можно отнести невнимательность при вождении автомобиля, злоупотребление психоактивными веществами и деструктивные ноты, которые замечаются в поведении каждого человека в повседневной жизни. Позднее вполне вероятной становится конфлюэнция с определенной социальной группой, значимым человеком или каким-либо незавершенным переживанием (например, горем, которое описывается как «безграничное»). Вместе с тем, опыт работы с конфлюэнтными суицидентами показывает, что конфлюэнция является состоянием с очень высокой энергией, которая обуславливает немалый риск, а также заразительность самоуничтожения. На кривой цикла контакта его скорее следует разместить вслед за эготизмом, крайней формой ретрофлексии. Человек не просто полностью закрывает границу в отношении действия, самого себя и перестает что-либо чувствовать, он спасается от переживания действия как принадлежащего ему самому ценой растворения своей личности и полной утраты идентичности в некоем «Мы». Описанная постэготическая конфлюэнция встречается не только среди суицидальных клиентов, но, например, является типичным состоянием для жертв тоталитарных сект.

Конфлюэнтный вектор является особенно важным при суицидальном поведении в молодом возрасте, когда возникает высокая степень слияния с группой, в частности, принадлежащей деструктивной культуре (можно вспомнить самоубийства сектантов «Народного храма» в Гайане, «Ветви Давидовой» или «Объединенной церкви» Муна), или со

значимым человеком, решившимся на аутоагрессивное действие (здесь перед нами предстает длинная, внушительная цепь реальных лиц и персонажей — от Ромео и Джульетты до современных кластерных самоубийств после суицида Мэрилин Монро, лидера группы «Нирвана» Курта Кобейна и прочих харизматических личностей). Конфлюэнтные самоубийства как бы «поглощают» человека и характеризуются заразительностью, поскольку один суицид облегчает или приводит к возникновению последующего, то есть «суицидальной волны» (33,43). В состоянии слияния человек не осознает своих чувств и потребностей, поэтому является весьма восприимчивым к аутоагрессивным действиям. Поскольку эти суициды часто выглядят внезапными и импульсивными, конфлюэнтных клиентов следует признать одной из серьезных групп риска.

### **Боль в истории жизни**

Сила желания к дальнейшим изменениям и, соответственно, толерантность к боли на любом уровне связана с успешным или неблагоприятным проживанием человеком в ходе личной истории трех основных мета-потребностей: в безопасности, привязанности (связанности или принадлежности) и достижении (манипуляции). Их называют мета-потребностями, поскольку не имеют фиксированного объекта удовлетворения и могут быть удовлетворены прямо противоположными способами.

Появление различных видов боли связано с фрустрацией соответствующих мета-потребностей в контексте личной истории клиента, что в кризисных ситуациях приводит к возникновению невыносимой психической боли.

В основном, мета-потребность в безопасности формируется в младенчестве, в первые месяцы жизни человека. В это время любые изменения являются хаотическими и непредсказуемыми и в силу чрезмерной зависимости индивида от контекста жизни оказываются чреватými витальными опасностями. Не только реальные изменения, но и их потенциальная возможность, кажется, несет угрозу жизни. Соответственно и проявления боли могут быть парадоксальными, например, полная анестезия, своего рода игнорирование боли на одном из уровней — телесном или психическом (эмоциональном) — и чрезмерная уязвимость на другом. В клинической психиатрии парадоксальность проживания боли давно описана у больных шизофренией и лиц с шизотипическим или шизоидными расстройствами личности, а также свойственна детям и подросткам с синдромом Каннера или Аспергера. Изменения на этой стадии развития не соотносятся с каким-либо объектом в окружающей среде или осознанием собственной отдельности и связаны с физической (телесной) и психической (эмоциональной) болью. Чаще всего боль вызывают интенсивная тревога, ужас, растерянность, беспомощность и безнадежность.

Мета-потребность в привязанности формируется вслед за обеспечением безопасности и связана с появлением в поле образа Другого, с которым можно находиться в контакте, совместно выживать, удовлетворять разнообразные потребности, т.е. осуществлять изменения и чувствовать боль (боль привязанности, любви), или, наоборот, выходить из контакта, чувствовать свою отдельность (с обязательностью проявляющуюся в одиночестве) и соответственно дополнительно переживать экзистенциальную боль. Непереносимый опыт экзистенциальной боли, связанный с прерыванием ранней, позитивной привязанности, например, в силу отвержения близкими людьми в детстве, имеет двойные последствия для дальнейшего развития человека и два возможных стиля историй жизни. Если из-за разрыва привязанности основы безопасности оказываются чрезмерно подорванными, то в силу невыносимости травмы индивид скрывается за контекстом жизни и возвращается на шизоидный уровень реагирования. Иная возможность состоит в том, что он заменяет чреватую опасностью привязанность —

которая в качестве потребности может быть удовлетворена — зависимостью от другого человека (аддикция отношений или созависимость) или его алиментарных (аддикция к еде, алкоголизм, наркомания, токсикомания) и деятельностных суррогатов (азартные игры, сексуальная аддикция, работоголизм, культовая зависимость), которую в течение жизни невозможно насытить. Поддержание длительных отношений привязанности вызывает боль. Она связана с необходимостью принятия ценности другого человека и своей собственной реальной значимости. Избегая внутреннего хаоса, человек ищет внешней референции, но в аддикции сталкивается с постоянно неудовлетворенной потребностью в зависимости, в свою очередь вызывающей боль (боль ненасыщения). Она связана с широким спектром чувств, например, страха, злости, обиды, зависти, ревности, жалости и стыда.

Развитие мета-потребности в манипулировании (достижении) генетически связано с освоением игровой деятельностью, которая в истории жизни предполагает приобретение свободы обращения с объектами окружающей среды. Изменения, происходящие в контакте, направленном на достижение, касаются установления, поддержания и прекращения отношений с Другими, что порождает боль, связанную с взаимодействием (конкуренцией) со значимыми людьми (боль унижения-признания). Обычно история жизни нарциссической личности ознаменована опытом ранней привязанности, хотя и прервавшейся, поэтому у нее сохраняется надежда на возможность нового аналогичного опыта и боль, связанная с неспособностью его осуществления в настоящем. Боль окрашивается страхом, стыдом, виной, огорчением, разочарованием, завистью.

В предлагаемой динамической гештальт-концепции боли появление различных ее видов следует эпигенетическому принципу развития человека, и нестерпимая психическая боль, описанная Э.Шнейдманом, является крайним выражением боли на каждом из уровней.

### **Диагностика психической боли**

В диагностике состояний психической боли следует выделять патопсихологическую и феноменологическую диагностику в процессе консультирования или первичного терапевтического интервью.

В клинической психологии и суицидологии долгое время отсутствовали средства, способные оценить психическую боль, хотя косвенным образом об отдельных ее компонентах можно было судить по результатам применения уже почти в течение трех десятилетий шкал, исследующих депрессию, например, шкал депрессии и безнадежности Бека, шкалы Гамильтона, а также ряда суицидологических опросников (27–30,32 и многие другие). Попытки создания в диагностических целях стандартизованных или полустандартизованных психодиагностических шкал для верификации душевной боли осуществлены лишь недавно.

В частности, Э.Шнейдман (23,46,47) разработал несколько вариантов Шкалы оценки психической боли, являющейся инструментом для полуколичественного и качественного определения душевной боли. Все ее варианты состоит из следующих разделов:

- 1) шкалы оценки душевной боли у испытуемого в момент опроса;
- 2) проективной методики (в виде наборов репродукций картин или историй, рассмотрев или прочитав которые, испытуемый оценивает психическую боль, ощущаемую персонажами, а затем выбирает одну из представленных на картинах ситуаций или историй, которая могла бы заставить его подумать о самоубийстве);
- 3) шкалы оценки наиболее интенсивной душевной боли, пережитой испытуемым в жизни;

- 4) списка отдельных чувств, из которых испытуемому предлагается выбрать три или четыре, наиболее выраженных в ситуации самой сильной душевной боли;
- 5) шкалы оценки способности выносить душевную боль;
- 6) краткого опросника об истории суицидальных мыслей и поведения у испытуемого;
- 7) раздела, отведенного для описания самой сильной пережитой испытуемым душевной боли и вызвавших ее обстоятельств.

Шкала является компактной (на 4-х страницах) с ясными и четкими инструкциями и является вполне удобной для работы. В качестве инструмента оценки душевной боли у испытуемых ее варианты были переведены на русский язык и апробированы у различных групп испытуемых, в том числе и в ходе первичного терапевтического интервью (11,12).

Изучая субъективный опыт столкновения подростков с неразрешимыми жизненными проблемами, исследовательская группа Университета Бар-Илан (Израиль) под руководством Израэля Орбаха установила, что он имеет непосредственное отношение к возникновению у них суицидальных тенденций, безнадежности и психической боли, проявляется в чувстве утраты контроля над ситуацией и предложила использовать для его измерения Шкалу субъективного опыта неразрешимости проблем (SEPI Scale), которая имеет четырехфакторную структуру и существенные психометрические возможности (36). Эта же группа ранее высказала предположение, что ранний телесный опыт играет важную роль в происхождении деструктивного отношения к жизни и суицидального поведения, обнаружив, что суицидальные подростки оказываются менее чувствительными к психологическим переменным боли, а толерантность к физической боли является более высокой в сравнении со сверстниками без суицидальных тенденций и испытуемыми контрольной группы (37,38).

Феноменологическая диагностика боли состоит в распознавании векторов суицидального поведения и выделении конституирующих ее эмоций, установок, смыслов и ценностей. Распознавание интроективного вектора в консультативной беседе происходит на основании употребления клиентом форм повелительного наклонения, плакатных и лозунговых фраз («Я ничего не стою»), в которых преобладают «надо» и «должен» («Я должен пожертвовать собой ради...», «Мне нужно пострадать»), а также использования местоимения "я", когда речь идет о «мы». Поведение «интроективного» клиента отличается двусмысленностью: на поверхности видна маска послушного, доброго и порядочного человека, за которой скрывается удивительная агрессия или энергия саморазрушения. («Я от себя требую, и Вы мне должны»). Суицидальный конфликт легко возникает, если интроекции подвергаются несовместимые друг с другом представления или установки. Нередко, чем более воспитанным (и, соответственно, внешне «интеллигентным») является субъект, тем больше вероятность встречи с интроектами, не подвергшимися ассимиляции. Деструктивность его стиля жизни состоит в том, что на метафорическом уровне он превращается в трупа, непрерывно желающего получать советы и без разбора «съедающего» в беседе все предложенное без остатка и какого бы то ни было усвоения. Очень важно, что, если клиент злоупотребляет интроекцией в качестве защиты перед контактом, у него исчезает чувство отворачивания, в том числе и страх перед собственной смертью.

Распознавание проективного вектора происходит на основании ухода клиента от выражения своих чувств и прояснения собственных желаний путем приписывания их другим людям («Меня недооценивают»), обществу («Нет смысла жить в этом отвратительном мире») или каким-либо травматическим обстоятельствам своей жизни («После того, что случилось, я полностью утратил надежду»). Механизм проекции в



высказываниях выдает себя местоимением «оно» в тех случаях, когда на деле речь идет о "я". В беседе эти клиенты склонны к наставлениям и поучениям. Они отличаются такими чертами, как недоверие, подозрительность и, нередко, жестокость. Они проявляют склонность к возмущению, агрессии или выбору в суицидальной ситуации наиболее brutальных способов саморазрушения, оставляющих мало возможностей для спасения.

Ретрофлексивный вектор распознается на основании зажатого в верхнем регистре, недостаточно модулированного голоса, возвратных движений, употребления возвратных частиц «ся» и местоимения «себя» («Я себя обвиняю», «Я жертвую собой», «Главный враг — это я сам», «Я себе омерзителен») и стремления к избыточному контролю («Я обязан себя контролировать»). В беседе клиент часто делит себя на наблюдаемого и наблюдателя и охотно ведет диалог с самим собой, однако в общении с терапевтом стремится отгородиться от актуальной ситуации.

Распознавание конфлюэнтного вектора происходит на основе употребления клиентом безличных форм предложений («Как-то грустно», «На душе тяжело»), местоимения «мы» («Нам это не под силу») или утверждений в третьем лице («Люди довольно часто оказываются в невыносимых ситуациях»), в результате чего возникает неясность относительно его реальных чувств, потребностей и желаний. «Конфлюэнтный» клиент излишне быстро вступает в диалог, не особенно разбираясь в сущности происходящего, не желает прояснения ситуации, стремясь, по возможности, скорее «слиться» с собеседником в некое подобие единства. Отмечаются отсутствие уважения к индивидуальным различиям, свидетельствующее о трагическом снижении самооценки, и чрезмерные агрессивные реакции при их обнаружении в ходе консультирования.

Психическая боль как сигнал о переживаемой ценности и пределе переносимости. Хотя, как уже отмечалось, в суицидологии невыносимая психическая (душевная) боль рассматривается в качестве общего стимула для совершения самоубийства (22,23), но ее значение этим не ограничивается. В поле внутренней феноменологии возникновение психической боли свидетельствует о переживаемой ценности, например, чувства, потребности или отношения с некоторым внутренним образом значимого человека. Психическая боль открывает для индивида определенную, часто неосознаваемую «внутреннюю» ценность и заставляет проявить заботу о ней, мобилизуя соответствующие ресурсы личности. Г.Марсель говорил о «молниеносной вспышке», в которой возвращаются к нам как бы в символическом качестве основные ценности нашей жизни (9). Это обстоятельство имеется в виду, когда говорят о ценности страдания. Средневековый мыслитель М.Экхарт писал: «Заметьте себе, вдумчивые души! Быстрейший конь, который донесет Вас к совершенству — страдание. Никто не испытывает большего блаженства, чем те, что со Христом пребывают в величайшей горести. Страдание горько, как желчь, нет ничего горше страдания, и нет ничего слаще, чем пройденное страдание. Пройденное страдание слаще меда» (24, с.66). На уровне отношений с другими людьми психическая боль сигнализирует о пределе переносимости чувств, фрустрированных потребностей или реальных отношений в целом. Чувствительность организма к этому пределу бывает различной в зависимости от присутствия проблемных зон, связанных с формированием в истории жизни основных мета-потребностей, и самоосознавания своих границ.

### **Принципы гештальт-терапии боли**

В пределах основной общей цели помощи людям с суицидальными тенденциями, направленной на спасение их жизнью, Э.Шнейдман (23) выделяет три основные цели психотерапии суицидальных пациентов: снижение интенсивности психической боли,

расширение возможностей осознания и ослабление эмоционального напряжения. Кроме того, он описывает две стадии терапевтического процесса: на первой стадии подбор и реализация терапевтических подходов осуществляются в соответствии с индивидуальным спектром психологических потребностей клиента. На второй стадии происходит пересмотр и изменение тех психологических потребностей, которые наиболее угрожают жизни. Для стимуляции процесса терапии используются приемы, которые Э.Шнейдман называет маневрами: они позволяют создать некоторый предварительный шаблон, который учитывает спектр психологических потребностей данного человека, причиняющих душевную боль и толкающих к самоубийству.

К настоящему времени в контролируемых исследованиях установлена эффективность двух психотерапевтических подходов у клиентов с суицидальными тенденциями: когнитивно-бихевиоральной терапии, в частности, сосредоточенной на решении проблем, и диалектической бихевиоральной терапии (34,39,40,42). Подтвержденные данные об эффективности иных направлений психотерапии суицидентов пока отсутствуют, однако изучение факторов, связанных с суицидальными попытками, показывает, что необходимы дальнейшие исследования в отношении, например, интерперсональной психотерапии (35,41) и гештальт-терапии, которые могут оказаться эффективными способами воздействия.

Возможности гештальт-терапии вполне удовлетворяют основным целям психотерапии суицидальных пациентов, которые сформулированы Э.Шнейдманом, однако, в литературе отсутствует какое-либо систематическое описание ее использования для этой категории клиентов. Можно выделить следующие направления феноменологической работы:

- 1) коррекцию феноменов актуального суицидального вектора данного клиента,
- 2) терапевтическую реконструкцию боли в истории жизни (проживание основных фрустрированных мета-потребностей).

Коррекция феноменов актуального суицидального вектора. Терапевтическая помощь «интроективным» клиентам состоит в работе над появлением чувства, что собственный выбор является вполне возможным, и усилением осознания различий между "я" и «ты» (14). В результате возникает чувство "я", которое способствует освобождению от неассимилировавшихся интроектов, в частности, связанных с саморазрушением. Нередко эти клиенты оказываются не только фанатиками по части получения советов, но и жертвами в отношении прожитой жизни. Одновременно им свойственны нетерпение, жадность и леность: нетерпение заставляет их незамедлительно «проглатывать» советы, лень препятствует выполнению клиентской работы, требующей усилий, а жадность обуславливает стремление к получению как можно большего за краткий промежуток времени. Если в ходе терапии человек перестает воспринимать свое существование как нечто заданное извне или неизменное и начнет проявлять интерес к самостоятельному воссозданию своей жизни, то этот опыт может стать ключевым пунктом для его самоопределения и коррекции суицидальной интроекции.

Среди терапевтических тем для исследования наиболее эффективными являются работа со значимыми утратами и чувством стыда. Исследование утрат(ы) позволяет рассмотреть тему смерти (в том числе и суицидальных намерений самого клиента), заново пережить горе, выразить соответствующие эмоции, уменьшить интенсивность психической боли и начать поиск ресурсов для интеграции утраты. Работа с болью как ценностью позволяет решить, как ее определяет Ф.Е.Василюк (7), задачу памятования психической боли с последующей интеграцией раздвоенного жизненного мира, восстановления связи времен, что ведет к исчезновению боли. Следуя логике его новой

парадигмы переживания горя, можно сказать, что именно психическая боль не впускает настоящее в прошлое, она рвет связь времен, и «психологическое, субъективное чувство реальности, чувство „здесь-и-теперь“ застревает в этом „до“, объективном прошлом, а настоящее со всеми его событиями проходит мимо, не получая от сознания, признания его реальности» (7, с.21). Например, этим объясняются реакции отказа, возникающие при заполнении дескриптивных частей шкал оценки психической боли.

Стыд является источником многих сложных внутренних состояний, связанных с саморазрушением: депрессии, отчуждения, самообвинения и фатального одиночества. У суицидальных клиентов он чаще всего принимает форму «интернализованного» (49), «токсического» (5) или «скрытого» (17) и проявляется в виде волн, спиралей или кругов (циклов) стыда (16,49), которые время от времени воссоздают компульсивные стереотипы саморазрушения. Г.Вилер пишет: «Если стыд превращается в хронический и непереносимый, то я начинаю чувствовать, что мир, в котором живу — это „не мой мир“, я не родился в нем и для него, он не создан для меня, и в нем нет подходящего места для человека с моим внутренним миром и опытом» (49, с.228). «Токсический» стыд останавливает естественную саморегуляцию организма и оказывает подавляющее воздействие на личность. Человек уверен в своей уродливости и ущербности и стремится исчезнуть «с лица земли» (часто вполне реальным образом) или относится к себе с «непрощающим» презрением. Все описанное может обусловить возникновение депрессии. Кроме того, стыд, отрицаемый клиентом, а также гнев или депрессия могут являться показателями «скрытого» стыда. Феноменологическое исследование стыда приводит к коррекции установок абсолютной бесполезности или «плохости», уменьшению психической боли и способствует повышению самооценки.

Терапевтическая помощь в осознании проекций прежде всего направлена на установление и всемерное поддержание отношений доверия, которые оказываются серьезно нарушенными, что приводит к одиночеству суицидента. В самом общем виде терапевтическая поддержка состоит в обращении внимания на реальное существование шанса выхода за пределы порой грандиозной системы проекций, обуславливающей суицидальное поведение, и несомненное принятие и одобрение соответствующего действия значимым окружением. Эксперименты заключаются в возвращении клиенту шаг за шагом отчужденной части его чувств, мыслей, желаний и ценностей. Они могут быть основаны на гештальт-терапевтическом диалоге (в индивидуальной работе), реальном взаимодействии с группой или психодраматических эпизодах. Экспериментирование восстанавливает причастность к жизни, чувство целостности и стимулирует энергию изменений. Среди терапевтических тем сохраняет свою актуальность тема стыда, который у «проективных» клиентов преимущественно является «скрытым». Возможна феноменологическая работа с темами аномического одиночества, зависти или гнева.

Практика работы с суицидальными клиентами показывает, что, учитывая тесную взаимосвязь механизмов интроекции и проекции, нередко приходится сталкиваться с их сочетанием, которое усиливает внутреннюю несвободу, внешнюю скованность клиента и ведет к утрате идентичности в саморазрушающем поведении.

Терапевтическая помощь при ретрофлексии включает тщательное соблюдение баланса фрустрации (побуждения к действию) и поддержки (преодоления настороженности) клиента, склонного к депрессии и наполненного энергией саморазрушения. Как отмечает Ж.-М.Робин: «Самоубийство — высшая форма ретрофлексии, субъект убивает себя самого вместо того, чтобы убить того, кто заставил его страдать» (18, с.49). Важным направлением терапевтической работы становятся телесно-ориентированные эксперименты: привлечение внимания к позе, жестам,

движениям или дыханию, что позволяет осознать невыносимое напряжение и психическую боль. На поддержание напряжения «ретрофлексивные» клиенты тратят невероятное количество энергии и нередко даже не подозревают о его существовании. Эти эксперименты способствуют высвобождению накопленной энергии боли во внешнюю среду, например, в сферу терапевтических и иных отношений. Любое, даже самое элементарное, осознанное движение для клиента превращается в первый шаг, направленный на восстановление контакта с окружающей средой, следствием чего является выбор продолжения жизни. Среди терапевтических тем эффективными являются исследование стыда, вины, зависти и разочарования. Самую сильную психическую боль вызывает нарцисстический стыд, вызванный каким-либо социальным провалом.

Терапевтическая помощь при конфлюэнции заключается в мягкой, деликатной и ненавязчивой стратегии контакта, использовании различия «мое» — «не-мое» и его систематической вербализации. Для клиента важным является осознание, что существуют потребности и чувства, принадлежащие только ему, и их наличие не обязательно создает опасность разобщения со значимыми людьми. Вопросы типа «Что Вы сейчас чувствуете?» или «Чего бы Вам хотелось сейчас?» помогают сосредоточиться на самом себе. Дальнейшая работа с его потребностями и желаниями может стать первым шагом к преодолению ужаса «не-существования» и пересмотру конфлюэнтных взаимоотношений. Проговаривая свои потребности, суицидальный клиент начинает осознавать свои желания и находить способы их достижения. Осознание собственных целей является начальной вехой на пути обретения личной свободы в разрешении суицидальной ситуации. В числе терапевтических тем для исследования вновь актуальной становится тема смерти. Может использоваться, особенно в групповом контексте гештальт-инициация собственной смерти. Она осуществляется на основе авторской модификации упражнений, стимулирующих конфронтацию со смертью и предложенных И.Яломом (26). Вначале предлагается техника, позволяющая отобразить свою нынешнюю точку жизни на отрезке прямой, отражающей ее предполагаемую длительность, или с помощью техники направленных визуализаций достичь начала жизни и просмотреть ее от начала до конца. Затем предлагается инструкция: «Вы узнали, что Вам предстоит прожить три дня. Как Вы их проведете? Что будете делать в каждый из дней? С кем встретитесь? Как пройдут последние минуты Вашей жизни? Кто будет при этом присутствовать? Какими будут Ваши последние слова? Какой могла бы быть ваша эпитафия?». В течение 5 минут клиенту предлагается «побыть с этим», а затем поделиться переживаниями. В группе это упражнение амплифицируется следующим ходом: можно разыграть психодраму, в которой протагониста, лиц, присутствующих при его смерти, и исполнителя «последнего песнопения» играют участники группы. Упражнение способствует существенному снижению актуальной психической боли, готовит к следующему этапу — терапевтической реконструкции истории жизни, устраняет конфлюэнцию у клиента и конфлюэнтные тенденции в группе при торможении групповой динамики.

Терапевтическая реконструкция боли в истории жизни клиента. Реконструкция боли в истории жизни клиента происходит при проживании основных фрустрированных мета-потребностей. Она состоит в исследовании опыта пережитой психической боли и обнаружении ресурсов, т.е. выявлении состояний, из которых формируется защита от боли.

В качестве части реальности, психическая боль, являясь незавершенным гештальтом, по мере развития личной истории человека имеет тенденцию к усилению, превращаясь в невыносимую душевную боль в критических ситуациях. Конфронтация с болью суицидального клиента делает ее частью терапевтического текста, т.е. феномен превращается в знак, и боль становится семиотической. Эта трансформация

позволяет начать движение в обратном направлении времени — к незавершенным переживаниям психической боли — и реверсивные движения, которые ведут к ее проживанию и уменьшению.

Реверсивное проживание боли позволяет приступить к ее терапевтической реконструкции в личной истории. Исходная история о боли, которую мы слышим в ходе первых сеансов, представляет собой отрывочную речь, обрывки налагающихся друг на друга фраз, незаконченных и оборванных на полуслове. Процесс реконструкции умножает текст, делает его более богатым и насыщенным, носитель боли узнает о ней гораздо больше, чем когда-либо, когда она составляла часть реальности, например, в эпизодах раннего детского насилия. Естественно, обогащение знаниями может вызвать преходящее усиление реальной боли, но одновременно в терапевтической ситуации возникает возможность ее разрешения за счет прояснения альтернатив. Конечно, новое знание о случившемся насилии влечет за собой негативные переживания, но как, например, в мифе об Эдипе имеет немало позитивных следствий.

В ходе терапевтической реконструкции боль постепенно помещается в многозначный контекст жизни. Естественно, сохраняется важность феноменологической работы с актуальными компонентами психической боли. Однако, чем более многозначным становится выявленный контекст (фон), тем больше появляется возможностей для его терапевтической деконструкции, превращения незавершенного гештальта реальной боли в семиотическую боль и выявления ее ресурсов.

Определение ресурсов психической боли происходит в ходе следующих подходов терапевтической работы:

1) феноменологического сравнения в эксперименте «боли сейчас» vs. «боли тогда». В результате, как правило, суицидальный клиент относит пик своей душевной боли к прошлому, что ведет к ослаблению беспомощности-безнадежности — базисного эмоционального состояния суицидальной ситуации (22);

2) прояснения денотата («Что это было?») — жизненных обстоятельств, вызвавших душевную боль (горе, насилие, развод и т.п.). Обнаружение связи психической боли с соответствующей критической ситуацией позволяет уменьшить ее «свободное плавание» в поле и отметить ее преходящий характер;

3) фиксации предиката — отнесения основных болезненных переживаний в прошлое;

4) прояснения аффективной составляющей психической боли (эмоций отчаяния, ревности, ужаса, беспомощности, безнадежности и др.);

5) обозначения многозначности контекстов, в которых возможен поиск ресурсов (возраст, социальное положение, профессия, образование, семейный статус, прошлый опыт преодоления кризисных ситуаций и т.п.);

6) определения смысла психической боли и прояснения ее ресурсов. Если при переживании психической боли происходит смыслообретение, это приводит к осознанию ресурсов боли и стремлению найти способы их реализации. Тогда опыт переживания сочетается с опытом смысла и опытом рефлексии, и ведет к совершению действия, ответственного поступка по М.М.Бахтину. Терапевтическая реконструкция боли в личной истории позволяет работать с болью как с осмыслением жизни, что приводит к выявлению дополнительных, внешних и внутренних ресурсов поддержки;

7) определения способов реализации ресурсов психической боли в конкретных жизненных обстоятельствах данного человека.

Коррекция феноменов актуального суицидального вектора данного клиента и терапевтическая реконструкция боли в истории жизни могут быть последовательными направлениями гештальт-терапии или сочетаться друг с другом.

## Выводы

1) Психическая боль представляет собой сложное аффективно-когнитивное и аксиологическое образование, и ее характеристики играют определяющую роль в суицидогенности.

2) Боль можно определить как универсальный признак, указывающий на разрушение или угрозу разрушения целостности границ между организмом и окружающей средой на одном или нескольких следующих уровнях: физическом (телесном), психическом (эмоциональном), экзистенциальном и уровне отношений с другими людьми.

3) Человек защищается от боли и изменений путем недопущения контакта с помощью механизмов интроекции, проекции, ретрофлексии или конфлюэнции. Временно эти нарушения границы контакта способствуют преодолению эмоциональных компонентов боли. Вместе с тем, каждый из механизмов играет важную роль в возникновении определенных видов самоубийств (интроективных, проективных, ретрофлексивных и конфлюэнтных).

4) Толерантность к боли на любом уровне связана с успешностью проживания человеком в личной истории трех основных мета-потребностей: в безопасности, привязанности (связанности или принадлежности) и манипуляции.

5) В динамической гештальт-концепции боли появление различных ее видов следует эпигенетическому принципу развития человека; невыносимая психическая боль, описанная Э.Шнейдманом, является крайним выражением боли на каждом из пяти уровней.

6) Психотерапевтическая работа с суицидальными клиентами основана на исследовании опыта пережитой боли и обнаружении ее ресурсов, т.е. выявлении состояний, из которых формируется защита от боли. Можно выделить следующие направления феноменологической работы:

- а) коррекцию феноменов актуального суицидального вектора данного клиента,
- б) терапевтическую реконструкцию боли в его истории жизни (проживание основных фрустрированных мета-потребностей).

## Список литературы

- 1) Акутагава Рюноске. Новеллы. М.: Художественная литература, 1974. С.597–620.
- 2) Бинсвангер Л. Случай Элен Вест // Психологическое консультирование и психотерапия. Т.2. Случаи из практики. М., 2001. С.106–122.
- 3) Бинсвангер Л., Мэй Р., Роджерс К. Три взгляда на случай Элен Вест // Там же. М., 2001. С.97–99.
- 4) Бунин И.А. Дождь // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. Сост. А.Н.Моховиков. М.: Когито-Центр, 2001. С.536–539.
- 5) Ван де Рьет.В. Взгляд гештальттерапевта на стыд и вину // Гештальт 1997. Сборник материалов Московского Гештальт Института за 1997. М., 1998. С.16–27.
- 6) Василюк Ф.Е. Методика психотерапевтического облегчения боли // Московский психотерапевтический журнал, 1997, № 4 (18). С.123–146.
- 7) Василюк Ф.Е. Переживание горя и утраты // Психологи о мигрантах и миграции в России: Информационно-аналитический бюллетень № 3. М.: Смысл, 2001. С.19–32.
- 8) Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. Пер. с франц. М.: Мысль, 1994.

- 9) Марсель Г. К трагической мудрости и за ее пределы // Самосознание европейской культуры XX века. — М.: Мысль, 1991.
- 10) Меннингер К. Война с самим собой. Пер. с англ. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.
- 11) Моховиков А.Н. Суицидальный клиент: взгляд гештальт-терапевта // Суицидология: Прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М.: Когито-Центр, 2001. С.453–462.
- 12) Моховиков А.Н. Экзистенциальная боль: природа, диагностика, особенности психотерапевтической работы с клиентом // 1 Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии: Материалы сообщений. М.: Смысл, 2001. С.74–77.
- 13) Моховиков О.М., Донець О.Ю. Чи викликає психічний біль суїцид? Досвід використання Шкали дослідження психічного болю Е.Шнейдмана // Форум психіатрії та психотерапії (Львів), 2000, т.2, С.20–23.
- 14) Мэй Р. Экзистенциальный анализ случая Элен Вест // Психологическое консультирование и психотерапия. Т.2. Случаи из практики. М., 2001. С.100–105.
- 15) Польстер И., Польстер М. Интегрированная гештальт-терапия: Контуры теории и практики. М.: Независимая фирма «Класс», 1997.
- 16) Поттер-Эфран Т. Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002.
- 17) Резник Б.У. «Порочный круг» стыда: взгляд гештальттерапии // Гештальт 2000. Сборник материалов Московского Гештальт Института за 1999. М., 2000. С.6–20.
- 18) Робин Ж.-М. Гештальт-терапия. М.: Мир Гештальта, 1998.
- 19) Роджерс К. Элен Вест и одиночество // Психологическое консультирование и психотерапия. Т.2. Случаи из практики. М., 2001. С.123–139.
- 20) Хассен С. Освобождение от психологического насилия: деструктивные культы, контроль сознания, методы помощи. Пер. с англ. СПб.:прайм-ЕВРОЗНАК, 2001.
- 21) Хломов Д. Динамическая концепция личности в гештальт-терапии / Гештальт-96. Сборник материалов Московского Гештальт Института. М., 1996. С.46–51.
- 22) Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств / Суицидология: Прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. Сост. А.Н.Моховиков. М.: Когито-Центр, 2001. С.353–359.
- 23) Шнейдман Э. Душа самоубийцы. Пер. с англ. М.: Смысл, 2001.
- 24) Экхарт М. Духовные проповеди и рассуждения. Репринт. Изд. 1912 г. М.: Политиздат, 1991.
- 25) Юнгер Э. Рабочий. Господство и гештальт; Тотальная мобилизация; О боли. СПб.: Наука, 2000.
- 26) Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М.: Независимая фирма «Класс», 1999.
- 27) Aish A.-M., Wasserman D. Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components// Psychological Medicine, 2001, v.31, p.367–372.
- 28) Bech P., Raabeck Olsen L., Nimeus A. Psychometric scales in suicide risk assessment/ Suicide — An unnecessary death. Ed. by D.Wasserman. London: Martin Dunitz, 2001. p.147–158.
- 29) Beck A.T., Weisman A., Lester D., Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1974, v.42, p.861–865.
- 30) Beck A.T., Kovacs M., Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior. An overview // Journal of American Medical Association, 1975, v.234, p.1146–1149.
- 31) Bell Q. Virginia Woolf: A Biography. New York: Harcourt Brace Jovanovitch, 1972.
- 32) Brent D.A., Kolko D.J. The Assessment and Treatment of Children and Adolescents at Risk for Suicide // Suicide Over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients. Ed. By S. J. Blumental and D. J. Kupfer. Washington, London: American Psychiatric Press Inc., 1990. p.253–302.
- 33) Gould M.S. Suicide Clusters and Media Exposure // Ibid. p.517–532.
- 34) Heard H.L. Psychotherapeutic Approaches to Suicidal Ideation and Behaviour // The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Ed. By K.Hawton and K. van Heeringen. New York: John Wiley and Sons, Ltd., 2000. p.503–518.

- 35) Klerman G.L., Weisman M.M. Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York: Basic Books, 1989.
- 36) Orbach I., Mikulincer M., Blumenson R., Mester R., Stein D. The Subjective Experience of Problem Irresolvability and Suicidal Behavior: Dynamics and Measurement // *Ibid.*, 1999, v.29, n.2, p.150–164.
- 37) Orbach I., Mikulincer M., King R., Cohen D., Stein D. Thresholds and Tolerance of Physical Pain in Suicidal and Nonsuicidal Adolescents // *J.Consult.Clin.Psychology*, 1997, v.65, n.4, p.646–652.
- 38) Orbach I., Stein D., Palgi Y., Asherov J., Har-Even D., Elizur A. Perception of Physical Pain in Accident and Suicide Attempt Patients: Self-Preservation vs Self-Destruction // *J. Psychiatric Research.*, 1996, v.30, n.4, p.307–320.
- 39) Pollock L.R., Williams J.M. Problem solving and suicidal behavior // *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1998, v.28, p.375–387.
- 40) Salkovskis P.M. *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press, 1996.
- 41) Salkovskis P.M. Psychological treatment of suicidal patients / *Suicide — An unnecessary death*. Ed. by D.Wasserman. London: Martin Dunitz, 2001. p.161–172.
- 42) Salkovskis P.M., Atha C., Storer D. Cognitive-Behavioral Problem Solving in the Treatment of Patients who repeatedly Attempt Suicide. A Controlled Trial // *British Journal of Psychiatry*, 1990, v.157, p.871–876.
- 43) Schmidtke A., Schaller S., Wasserman D. Suicide clusters and media coverage of suicide // *Suicide-An unnecessary death*. Ed. by D.Wasserman. London: Martin Dunitz, 2001. p.265–268.
- 44) Schoen S. *Presence of Mind*, New York, 1994.
- 45) Shneidman E. S. Classifications of suicidal phenomena // *Bulletin of suicidology*, 1968 July, p.1–9.
- 46) Shneidman E.S. The Psychological Pain Assessment Scale // *Lives and Deaths: Selections from the Works of Edwin S.Shneidman*. Ed. by A.LeeNaars. Brunner/Mazel: Philadelphia, PA, 1999.
- 47) Shneidman E.S. The Psychological Pain Assessment Scale // *Suicide and Life -Threatening Behavior*, 1999, v.29, n.4, p.287–294.
- 48) Wheeler G. *Gestalt Reconsidered. A New Approach to Contact and Resistance*. The Gestalt Institute of Cleveland Press, 1998.
- 49) Wheeler G. *Beyond Individualism. Toward a New Understanding of Self, Relationship and Experience*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 2000.

По материалам - <http://www.gestalt.by/>