

## ПСИХИЧЕСКАЯ БОЛЬ ПРИРОДА, ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ГЕШТАЛЬТТЕРАПИИ

А.МОХОВИКОВ\*

*Цель данной статьи – по возможности, полное рассмотрение феномена психической боли с использованием понятийного аппарата и принципов гештальт-подхода. В задачи работы входит освещение природы психической боли, ее феноменологии, связи основных ее проявлений с фрустрацией базовых мета-потребностей в ходе жизненного цикла человека и психологической диагностики боли. В заключение в статье существенное место отводится принципиальным аспектам гештальт-консультирования и гештальттерапии в контексте актуальных запросов суицидологической практики.*

*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”*

Невыносимая психическая или душевная боль, ведущая к страданию, возникает при столкновении с ситуациями изоляции, одиночества, свободы или умирания и является выражением утраты смысла жизни. Именно она превращает вопрос о жизни или смерти в центральную проблему философии (в концепциях А.Камю и Ж.-П.Сартра), литературы (от древнеегипетского “Спора разочарованного со своей душой” до поэзии Р.М.Рильке и Д.Лоуренса) и один из важнейших аспектов психотерапии.

Немецкий философ XX века Э.Юнгер 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... 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!” (Юнгер, 2000, с.473-474).

---

\* *Моховиков А.Н. – Одесский Национальный Университет им. И.И.Мечникова, Институт последипломного образования, кафедра клинической психологии.*

Знаменитый американский психолог Э.Шнейдман, один из основоположников современной суицидологии, описал десять общих психологических черт, свойственных суицидальному поведению. В своих последних работах особое внимание он уделяет невыносимой психической (душевной) боли (*psychache*) как наиболее общему стимулу самоубийства (Шнейдман, 2001, 2001а). Психическая боль, полагает автор, 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 сочетанное 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” (Шнейдман, 2001, 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 огромного большинства людей. Не существует, пожалуй, ни одного человека на свете, который в кризисные периоды своей жизни, например, в ситуации утрат, совершенно не испытывал бы глубоких и болезненных чувств, сопряженных с экзистенциальной проблемой “быть или не быть”.

Для суицидолога насущным является практический вопрос: 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, составляющие ее характеристики (эмоциональные, когнитивные, ценностно-смысловые), с точки зрения их роли в суицидогенности, приобретают немаловажное значение.

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

С позиций холистического подхода, принятого в гештальт-психологии и современной гештальттерапии, а также, отталкиваясь от новых взглядов, возникших в послеперлзовский период развития последней (Schoen, 1994; Wheeler, 1998, 2000; Робин, 1998), в частности, от динамической теории личности (Хломов, 1996), 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 уровнях: физическом (телесном), психическом (эмоциональном), экзистенциальном (взаимоотношения с другими людьми). Взаимодействие между человеком и средой происходит посредством контакта, или самоосознавания, 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 порождение *нового*. Любое новое становится не только интеграцией изменений, происходящих в ходе цикла контакта (*Робин, op.cit., Wheeler, 2000*), но процесс его возникновения чреват травмой, ведущей к расщеплению (шизоидная травма), отчуждению (нарциссическая 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” (*Василюк, 2001, с.28*).

**Рис.1**

*Феномен боли в контексте гештальт-подхода*

Чем сильнее и драматичнее происходящее изменение, тем интенсивнее его спутник – боль – и окрашивающие ее чувства. В соответствии с холистической парадигмой гештальттерапии и взглядами Э.Шнейдмана на невыносимую психическую боль (*psychache*) как страдание мы не выделяем отдельно психической боли и страдания, естественно, допуская, что в других психотерапевтических направлениях, например, в понимающей психотерапии эти феномены могут рассматриваться отдельно: “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” (Василюк, 1997, 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 гештальттерапии) временно способствуют преодолению связанных с болью эмоций, например посредством состояний скуки, кото-

рая есть ни 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) (Моховиков, 2001).

*Интроективный вектор самоубийства.* При интроекции цикл контакта с окружающей средой прерывается на стадии возникновения “фигуры”: человек принимает внутрь себя ценности, стандарты, нормы или правила, имеющие внешнее происхождение, и заменяет собственное стремление желанием другого человека или группы. В норме без “здорового” использования интроекции невозможно никакое воспитание и обучение, ибо и то, и другое предполагает ассимиляцию полученного опыта. В дальнейшем, при неоднократном воспроизведении, подобная ситуация обеспечивает человека неосознаваемым опытом: “В жизни надо делать то, и не следует совершать этого”. 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, 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 (Дюркхайм, 1994). Особенно чувствителен к вторжению интроектов подросток. С одной стороны, интуитивно осознавая преимущества личного выбора, он готов пожертвовать чем угодно, лишь бы отстоять свою независимость, но, с другой, в наследие от детства ему достается чрезмерная подверженность влиянию интроектов, которую, например, используют адепты деструктивных культов в ходе процедуры “контроля сознания” (Хассен, 2001).

*Проективный вектор самоубийства.* С помощью проекции индивид приписывает окружению присущие ему желания или эмоции. Обычно приписываются те качества, за которые человек не хочет брать ответственности. Таким образом, происходит отвержение некоторой реальной части “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 ему 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, со-

стоящей в отрицании собственных негативных качеств и наделении ими других, и аутистической, если окружающим приписываются собственные мотивы и желания). При чрезмерной проекции возникает описанный Э.Дюркхаймом феномен аномии, когда хронические неудачи в попытке человека приспособиться к социальным изменениям приводят к разрушению его взаимосвязей с группой, и далее – к самоуничтожению. Общеизвестными являются данные о существенном учащении аномических самоубийств во времена социальных катаклизмов и экономических кризисов (Дюркхайм, *op. cit.*).

*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 ввиду переживаемого стыда или иных чувств обращает ее против себя. Крайнюю точку развития ретрофлексии может помыслить как самоубийство: человек убивает себя вместо уничтожения того, кто заставляет его страдать. Таким образом, ретрофлексивный вектор суицида объединяет, по крайней мере, два признака знаменитой триады Карла Меннингера: одновременное желание убить и стремление быть убитым (Меннингер, 2000). Акутагава Рюноскэ в “Зубчатых колесах” описывает это безысходное сочетание следующим образом: “Жить в таком душевном состоянии – невыразимая мука! Неужели не найдется никого, кто бы потихоньку задушил меня, пока я сплю” (Акутагава, 1974, с.620). Более всего ретрофлексивный вектор характерен для эгоистического самоубийства Э.Дюркхайма (*op.cit.*) и эготического суицида Э.Шнейдмана (*Shneidman*, 1968). Последний тип самоубийства рассматривается автором как результат внутреннего конфликта между различными частями души индивида, единственной возможностью разрешения которого становится аутодеструкция или аннигиляция Self. Избегая активности вовне и чувствуя себя все более 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 разворачивается трагическое действие суицидального сценария. Ретрофлексивные самоубийства характеризуются тщательной продуманностью способа и деталей планируемого акта саморазрушения. Именно при подготовке к нему в воздухе надолго повисает гамлетовский вопрос “Быть или не быть?”, который завершает чувство

безнадежности (“Я ничего не могу сделать и никто не может мне помочь /облегчить боль, которую я испытываю/”). К ретрофлексивным самоубийствам относится знаменитый случай Элен Вест, описанный в свое время Л.Бинсвангером и ставший впоследствии предметом нового обсуждения тремя знаменитыми психотерапевтами – Л.Бинсвангером, Р.Мэем и К.Роджерсом (*Бинсвангер, Мэй, Роджерс*, 2001). 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 которых 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 (*op.cit.*, с.115). Ретрофлексивным суицидом можно считать также и 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... Всею 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” (*Bell*, 1972).

*Конфлюэнтный вектор самоубийства.* В гештальттерапии слияние, или конфлюэнцию, традиционно считают состоянием, в котором клиент препятствует возникновению “фигуры” и связанного с ней возбуждения. В жизни это состояние наиболее характерно для младенца, находящегося в слиянии с матерью. Позднее вполне вероятной становится конфлюэнция с определенной социальной группой, значимым человеком или каким-либо незавершенным переживанием (например, горем, которое описывается как “безграничное”). Опыт работы с конфлюэнтными суицидентами убеждает, что состояние конфлюэнции несет в себе чрезвычайно насыщенный заряд энергии, обуславливающей не только высокий риск, но и заразительность акта самоуничтожения. На кривой цикла контакта его следует разместить непосредственно вслед за эготизмом, крайней формой ретрофлексии. Человек спасается от переживания действия как принадлежащего ему самому ценой полной утраты собственной идентичности в некоем “Мы”. Такого рода *постэготическая конфлюэнция* является, например, типичным состоянием для жертв тоталитарных сект.

Конфлюэнтный вектор приобретает особую важность при суицидальном поведении в молодом возрасте, когда высока вероятность тесного слияния субъекта с группой (в частности, принадлежащей деструктивному культу),

или со значимым человеком, решившимся на аутоагрессивное действие. Здесь перед нами предстает длинная, внушительная цепь реальных лиц и событий: от коллективных самоубийств сектантов “Народного храма” в Гайане или “Объединенной церкви” Муна, с одной стороны, до серии кластерных самоубийств после суицида Мэрилин Монро, лидера группы “Нирвана” Курта Кобейна и прочих харизматических личностей, с другой. Конфлюэнтные самоубийства не просто “поглощают” человека, но и характеризуются заразительностью, благодаря которой один суицид приводит к возникновению последующего, то есть “суицидальной волны” (*Schmidtke, Schaller, Wasserman, 2001*). В состоянии слияния человек не осознает собственных чувств и потребностей, поэтому оказывается весьма восприимчивым к аутоагрессивным действиям. Поскольку эти суициды часто выглядят внезапными и импульсивными, конфлюэнтных клиентов следует признать одной из наиболее серьезных групп риска.

### ***История жизни и боль***

Сила желания дальнейших изменений и, соответственно, толерантность к боли на любом уровне связаны с тем, насколько успешно чело-

век в ходе своей личной истории пережил формирование трех основных мета-потребностей: в безопасности, привязанности (принадлежности) и достижении. (Их называют мета-потребностями, поскольку они не имеют фиксированного объекта удовлетворения и могут быть разрешены различными, вплоть до прямо противоположных, способами).

Появление боли связано с фрустрацией соответствующих мета-потребностей в контексте личной истории клиента. В кризисных ситуациях на этом фоне возникает состояние невыносимой психической боли (*рис.2*).



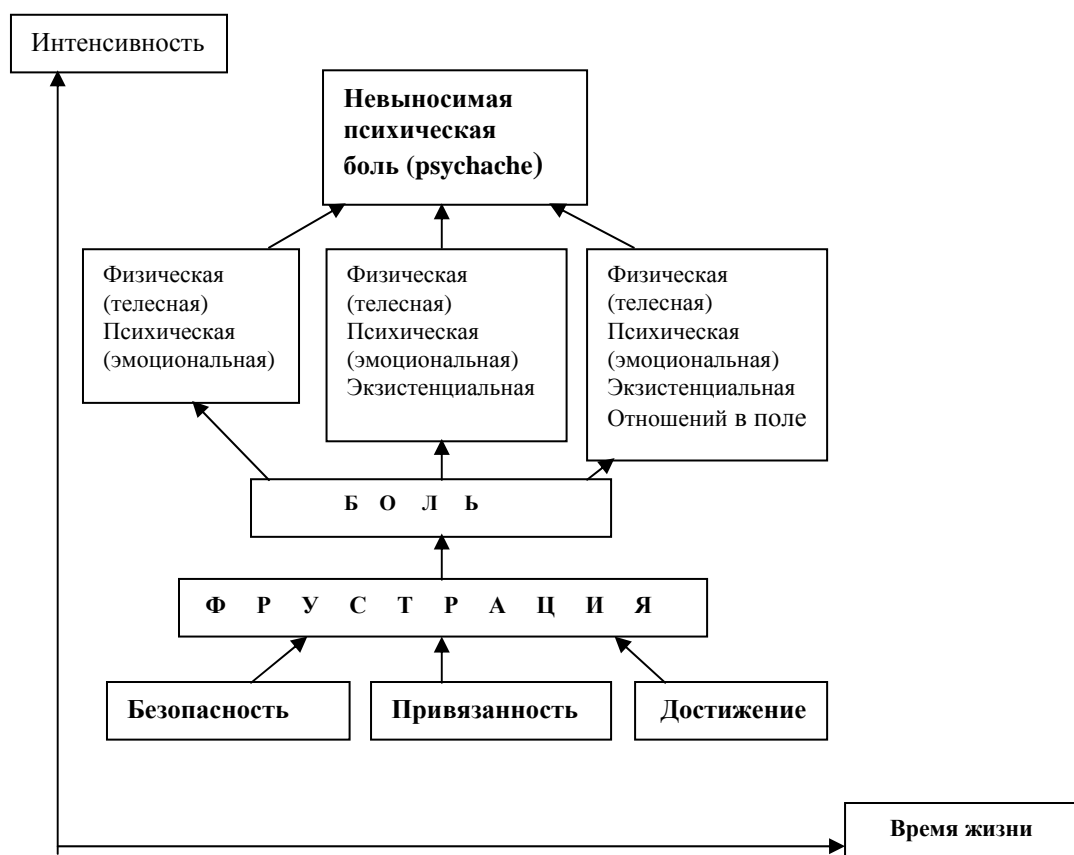


Рис. 2

*Психическая боль и основные мета-потребности*

Известно, что *мета-потребность в безопасности* формируется главным образом в младенчестве, в первые месяцы жизни человека. В это время, в силу чрезмерной зависимости индивида от контекста жизни, любые хаотические или непредсказуемые изменения чреваты витальными опасностями. Не только реальные изменения, но даже их потенциальная возможность, кажется, несет угрозу жизни. Соответственно и проявления боли могут быть парадоксальными, в виде, например, полной анестезии, своего рода игнорирования боли на одном из уровней – телесном или психическом (эмоциональном) – и чрезмерная уязвимость на другом. В клинической психиатрии парадоксальность переживания боли давно описана у больных шизофренией и лиц с шизотипическим или шизоидными расстройствами личности, а также у детей и подростков 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 (рис.3).



**Рис. 3.** Основные мета-потребности человека и эмоциональные проявления, обусловленные их фрустрацией

Мета-потребность в привязанности формируется вслед за обеспечением безопасности и связана с появлением в поле восприятия образа Другого, с которым можно находиться в контакте, удовлетворять потребности, т.е. осуществлять изменения и чувствовать боль (боль привязанности, любви), или, наоборот, выходить из контакта, чувствовать свою отдельность (с необходимостью проявляющуюся в одиночестве) и, соответственно, дополнительно переживать *экзистенциальную боль*. Непереносимый опыт экзистенциальной боли, связанный с прерыванием ранней, позитивной привязанности, имеет для дальнейшего развития человека двойные последствия, которые впоследствии находят отражение в двух возможных стилях жизни. Если разрыв привязанности настолько сильно подрывает основы безопасности ребенка, тогда ввиду невыносимости травмы индивид возвращается на шизоидный уровень реагирования. Иная возможность состоит в том, что он заменяет чреватую опасностью привязанность зависимостью от другого человека (аддикция отношений или созависимость) или зависимостью от алиментарных (аддикция к еде, алкоголизм, наркомания, токсикомания) и деятельностных (азартные игры, сексуальная аддикция, работоголизм, культовая зависимость) суррогатов, которую невозможно насытить. Избегая внутреннего хаоса, человек ищет внешней референции, но в аддикции сталкивается с постоянно неудовлетворенной потребностью в зависимости, в свою очередь вызывающей боль ненасыщения. Она связана с широким спектром чувств – страха, злости, обиды, зависти, ревности, жалости и стыда (рис.3).

Развитие мета-потребности в достижении (манипулировании) генетически связано с освоением игровой деятельности, которая в масштабе жизни предполагает развитие свободы обращения с объектами окружающей среды, приобретение навыков и умелости. Изменения, происходящие в направленном на достижение контакте, касаются установления, поддержания и прекращения отношений с Другими, что порождает боль, связанную с взаимодействием со значимыми людьми (*боль унижения-признания*). Обычно история жизни нарциссической личности ознаменована опытом ранней привязанности, прервавшейся впоследствии. Поэтому у нее сохраняется надежда на возможность нового аналогичного опыта и боль, связанная с неспособностью его осуществления в настоящем. Боль окрашивается огорчением, страхом, стыдом, разочарованием, завистью (*рис.3*).

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 становления личности.

### ***Диагностика психической боли***

В диагностике состояний психической боли, которая проводится в процессе консультирования или первичного терапевтического интервью, следует выделять патопсихологический и феноменологический разделы.

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 шкал, исследующих депрессию и степень суицидного риска (*Aish, Wasserman, 2001; Bech, Raabeck Olsen, Nimeus, 2001; Beck, Weisman, Lester, Trexler, 1974; Beck, Kovacs, Weissman, 1975; Brent, Kolko, 1990*). Попытки создания в диагностических целях стандартизованных или полустандартизованных психодиагностических шкал для верификации собственно душевной боли осуществлены лишь недавно.

В частности, Э.Шнейдман разработал несколько вариантов *Шкалы оценки психической боли*, являющейся инструментом для количественного и качественного измерения ее проявлений (*Шнейдман, 2001a; Shneidman, 1999; Shneidman, 1999a*). Шкала в разных ее вариантах включает следующие части: 1) шкала оценки душевной боли у клиента в момент опроса; 2) проективная методика (наборы репродукций картин или историй, рассмотрев или прочитав которые, клиент оценивает психическую боль, ощущаемую персонажами, а затем выбирает одну из представленных ситуаций, которая могла бы вызвать мысль о самоубийстве); 3) шкала оценки наиболее интенсивной душевной боли, когда-либо переживаемой клиентом в жизни; 4) список чувств, из которых клиенту предлагается выбрать три или четыре,

находящих наибольшее выражение в ситуации интенсивной душевной боли; 5) шкала способности выносить душевную боль; 6) краткий опросник, выявляющий историю суицидальных мыслей и поведения клиента; 7) раздел, предназначенный для описания самой сильной пережитой испытуемым душевной боли и вызвавших ее обстоятельств. Шкала компактна, занимая в целом не более четырех страниц, сопровождается ясными и четкими инструкциями, и вполне удобна для работы. Будучи переведенной на русский язык, она прошла апробацию на различных группах испытуемых, в частности, и в ходе первичного терапевтического интервью (Моховиков, 2001; 2001а).

Изучая субъективный опыт столкновения подростков с неразрешимыми жизненными проблемами, исследовательская группа Университета Бар-Илан (Израиль) под руководством Израэля Орбаха установила, что опыт такого рода сопровождается чувствами безнадежности, утраты контроля над ситуацией, психической боли, а также суицидальными тенденциями. Для оценки переживаний подростков группа предложила использовать *Шкалу субъективного опыта неразрешимости проблем (SEPI Scale)*, которая имеет четырехфакторную структуру и широкие психометрические возможности (Orbach, Mikulincer, Blumenson at al., 1999). Эта же группа ранее высказала предположение, что ранний телесный опыт играет важнейшую роль в происхождении деструктивного отношения к жизни и суицидального поведения. Им удалось выявить, что суицидальные подростки менее чувствительны к психологическим переменным боли, а показатели толерантности к физической боли у них существенно выше, чем у сверстников, для которых суицидальные тенденции не характерны, и испытуемых контрольной группы (Orbach, Stein, Palgi at al., 1996; Orbach, Mikulincer, King at al., 1997).

Феноменологическая диагностика боли строится на основе распознавания векторов суицидального поведения, а также на выделении конституирующих ее эмоций, установок, смыслов и ценностей.

В консультативной беседе важным ориентиром для распознавания интроективного вектора психической боли служит употребление клиентом форм повелительного наклонения, плакатных и лозунговых фраз, в которых преобладают слова “надо” и “должен” (“Я должен пожертвовать собой ради...”, “Мне нужно пострадать”), а также использование местоимения “я” там, где речь идет о “мы”. Поведение “интроективного” клиента отличается двусмысленностью: на поверхности – маска послушного, доброго, порядочного человека, за которой скрывается удивительная агрессия или энергия саморазрушения (“Я от себя требую, и Вы мне должны”). Суицидальный конфликт легко возникает, если предметом интроекции становятся несовместимые друг с другом представления или установки. Нередко чем

более воспитанным (и, соответственно, внешне “интеллигентным”) кажется субъект, тем больше вероятность встречи с интроектами, не подвергшимися ассимиляции. Деструктивность стиля жизни такого клиента заключается в том, что на метафорическом уровне он превращается в кадавра, непрерывно желающего получать советы и без разбора, но и без какого бы то ни было усвоения “поглощающего” все, что было ему предложено в беседе. Если клиент злоупотребляет интроекцией в качестве защиты перед контактом, у него исчезает чувство отвращения, в том числе и страх перед собственной смертью.

Распознавание проективного вектора происходит на основании ухода клиента от выражения своих чувств, а также прояснения его собственных желаний благодаря приписыванию 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, нередко жестокость. Они проявляют склонность к возмущению, агрессии, а в суицидальной ситуации – к выбору наиболее brutальных способов саморазрушения, не оставляющих шанса на спасение.

Ретрофлексивный вектор распознается на основании зажатого в верхнем регистре, недостаточно модулированного голоса, употребления возвратных частиц “ся” и местоимения “себя” (“Я себя обвиняю”, “Я жертвую собой”, “Главный враг – это я сам”, “Я себе омерзительен”). Другая не менее характерная для них черта – стремление 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 чрезмерно 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 (Шнейдман, 2001; 2001а), 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 к нам как бы в символическом качестве возвращаются основные ценности нашей жизни (Марсель, 1991). 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, кто 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” (Экхарт, 1991, с.66). На уровне отношений с другими людьми психическая боль сигнализирует о пределе переносимости сопутствующих ей чувств, фрустрированных потребностей или реальных отношений в целом.

### ***Принципы гештальттерапии боли***

В пределах основной цели – помощи людям с суицидальными тенденциями, направленной на спасение их жизней, Э.Шнейдман выделяет три основные цели психотерапии таких пациентов: снижение интенсивности психической боли, ослабление эмоционального напряжения и расширение возможностей осознания (Шнейдман, 2001а). Кроме того, он также описывает две *стадии* терапевтического процесса: на первой стадии подбор и реализация терапевтических подходов осуществляются в соответствии с индивидуальным спектром психологических потребностей клиента; на второй – происходит пересмотр и изменение тех психологических потребностей, с которыми в наибольшей степени связана угроза 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.

В настоящее время установлена эффективность двух психотерапевтических подходов в работе с клиентами, которым присущи суицидальные тенденции: когнитивно-бихевиоральной терапии, сосредоточенной, в ча-

стности, на решении проблем, и так называемой диалектической бихевиоральной терапии (Heard, 2000; Pollock, 1998; Salkovskis, 1990; Salkovskis, 1996). Данные, подтверждающие эффективность иных направлений психотерапии суицидентов, пока отсутствуют, однако изучение факторов, связанных с суицидальными попытками, показывает, что необходимы дальнейшие исследования в области, например, интерперсональной психотерапии (Klerman, Weisman, 1989; Salkovskis, 2001), а также гештальттерапии, которые также могут доказать свою эффективность в данной области.

Возможности гештальттерапии с достаточной полнотой отвечают основным целям психотерапии суицидальных пациентов, которые сформулированы Э.Шнейдманом, однако в литературе отсутствует систематическое описание возможностей ее использования в работе с указанной категорией клиентов. Можно выделить такие оправдавшие себя направления феноменологической работы, как: 1) коррекцию феноменов суицидального вектора, актуального для конкретного клиента и 2) терапевтическую реконструкцию боли в истории жизни клиента (проживание фрустрированных мета-потребностей).

*Коррекция феноменов актуального суицидального вектора.* Терапевтическая помощь “интроективным” клиентам состоит в содействии чувству, которое убеждает клиента в возможности собственного выбора; с другой стороны, усиливается осознание различий между “я” и “ты” (Мэй, 2001). В результате возникает чувство “я”, которое позволяет освободиться от интроектов, связанных с саморазрушением. Не просто из этих клиентов сделать действительно клиентов. Многим из них присущи нетерпение, жадность и леность: нетерпение заставляет их незамедлительно и без разбора “проглатывать” советы, лень препятствует выполнению требующей усилий клиентской работы, а жадность обуславливает стремление к получению как можно большего за краткий промежуток времени. Если в ходе терапии человек перестает воспринимать свое существование как нечто неизменное или заданное извне и начнет проявлять интерес к самостоятельному воссозданию своей жизни, то этот опыт может стать ключевым для его самоопределения и коррекции суицидальной интроекции.

Среди терапевтических тем наиболее перспективными для исследования являются, с моей точки зрения, тема значимых утрат и стыда. Исследование утрат(ы) позволяет приблизиться к теме смерти (а значит, 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, задачу *памятования* психической боли с последующей интеграцией раздвоенного жизненного мира,

восстановления связи времен (Василюк, 2001). Следуя логике его новой парадигмы переживания горя, можно сказать, что именно психическая боль рвет связь времен, не впускает настоящее в прошлое, 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” (там же, с.21). Этим можно объяснить реакции отказа, возникающие при заполнении дескриптивных частей шкал оценки психической боли.

Стыд – источник многих сложных внутренних состояний, связанных с саморазрушением: депрессии, отчуждения, самообвинения, фатального одиночества. У суицидальных клиентов он чаще всего принимает форму “интернализованного” (Wheeler, 2000), “токсического” (Van de Puet, 1998) или “скрытого” (Резник, 2000) и проявляется в виде “волн”, “спиралей” или “кругов” (циклов) стыда (Поттер-Эфран, 2002; Wheeler, 2000), которые время от времени воссоздают компульсивные стереотипы саморазрушения.

Г.Вилер пишет: “Если стыд превращается в хронический и непереносимый, я начинаю чувствовать, что мир, в котором живу, – “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” (Wheeler, op.cit., p.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 служить показателями “скрытого” стыда.

Феноменологическое исследование стыда приводит к коррекции установок абсолютной бесполезности или “плохости”, уменьшению психической боли и способствует повышению самооценки клиента.

Терапевтическая помощь в осознании проекций направлена, прежде всего, на установление и поддержание нарушенных отношений доверия, обуславливающих одиночество суицидента. В самом общем виде терапевтическая поддержка состоит в том, чтобы предметом внимания клиента стало реальное существование шанса, позволяющего выйти за пределы системы проекций, обуславливающей суицидальное поведение, как бы грандиозна она ни была. Шаг за шагом клиенту возвращаются отчужденные части его чувств, мыслей, желаний и ценностей. Это может достигаться с помощью гештальттерапевтического диалога (в индивидуальной работе), в процессе реального взаимодействия с группой или психодраматических



эпизодов. 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.

В практике работы с суицидальными клиентами нередко приходится сталкиваться с сочетанием механизмов интроекции и проекции ввиду существующей между ними тесной взаимосвязи, что только еще более усиливает внутреннюю несвободу, внешнюю скованность клиента и ведет к утрате идентичности, что предельное свое выражение находит 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: “Самозубийство – высшая форма ретрофлексии, субъект убивает себя самого вместо того, чтобы убить того, кто заставил его страдать” (Робин, 1998, 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 внутреннего напряжения “ретрофлексивные” клиенты тратят невероятное количество энергии, при этом нередко даже не подозревая 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.

Терапевтическая помощь при конфлюэнции заключается в мягкой, деликатной и ненавязчивой стратегии контакта, использовании различения “мое” – “не-мое” и его систематической вербализации. Для клиента важным является осознание, что существуют потребности и чувства, принадлежащие только ему, и их наличие не связано с угрозой разобщения со значимыми людьми. Вопросы типа “Что Вы сейчас чувствуете?” или “Чего бы Вам хотелось сейчас?” помогают сосредоточиться на самом себе. Дальнейшая работа с потребностями и желаниями клиента 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 – начальная веха на пути обретения личной свободы в разрешении суицидальной ситуации. В числе терапевтических тем для исследования здесь 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 (*Ялом, 1999*). Вначале предлагается техника, по инструкции которой следует отобразить свою нынешнюю точку жизни на отрезке прямой, отражающей ее предполагаемую длительность; или клиента просят 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 пяти минут клиенту предлагается “побыть с этим”, а затем поделиться переживаниями. В группе данное упражнение амплифицируется психодрамой, где протагониста, лиц, присутствующих при его смерти, и исполнителя “последнего песнопения” играют участники группы. Упражнение снижает психическую боль и готовит клиента к следующему этапу – терапевтической реконструкции истории жизни. В целом все это позволяет устранить 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 предполагает работу с фрустрированными мета-потребностями. Она состоит в исследовании опыта пережитой психической боли, а также в раскрытии ресурсов, т.е. состояний, из которых формируется защита от боли.

Психическая боль, будучи частью реальности человека и оставаясь незавершенным гештальтом, по мере развития его личной истории имеет тенденцию к усилению: в критических ситуациях она превращается в невыносимое душевное страдание. Конфронтация с болью суицидального клиента делает ее частью терапевтического текста. Таким образом, феномен превращается в знак, и боль переходит на *семиотический* уровень. Эта трансформация позволяет начать движение в обратном временном направлении – к тем незавершенным переживаниям, которые лежат в основе психической боли. Реверсивные движения ведут к ее новому проживанию и уменьшению.

Реверсивное проживание боли позволяет приступить к *терапевтической реконструкции* той роли, которую событие боли играло в личной истории

клиента. 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 прежде, когда она оставалась просто частью прожитой им реальности. Первоначально работа воспоминания, обогащение связанных с болью эпизодов новыми деталями и знаниями способна вызвать даже усиление боли, но одновременно с негативными переживаниями в терапевтической ситуации возникает и возможность разрешения боли за счет прояснения альтернатив.

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 возможно в рамках следующих подходов и техник:

1) феноменологическое сравнение “боли сейчас” vs. “боли тогда”; в результате суицидальный клиент относит пик своей душевной боли к прошлому, что ведет к ослаблению чувства беспомощности-безнадежности – базисного эмоционального состояния, которое всегда наличествует в суицидальной ситуации (Шнейдман, 2001);

2) прояснение денотата (“Что это было?”) – жизненных обстоятельств, вызвавших душевную боль (горе, насилие, развод и т.п.); установление связи психической боли с соответствующей критической ситуацией позволяет уменьшить ее “свободное плавание” в поле и акцентировать переходящий характер случившегося;

3) фиксация предиката – отнесение основных болезненных переживаний в прошлое;

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

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

б) определение смысла психической боли; если при переживании психической боли происходит *смыслообретение*, то оно непременно становится условием осознания ресурсов боли и вызывает стремление их реализовать. Опыт переживания в этом случае сочетается с опытом рефлексии и смысла, что, в конечном счете, ведет к совершению *действия*, или ответ-

ственного поступка, по М.М.Бахтину. Иначе говоря, терапевтическая реконструкция боли в личной истории позволяет работать с болью как с осмыслением жизни в целом;

7) определение способов реализации ресурсов психической боли в конкретных жизненных обстоятельствах *данного* человека – заключительный этап работы.

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

### **Выводы**

1. Психическая боль представляет собой сложное аффективно-когнитивное и аксиологическое образование; ее характеристики играют определяющую роль в возникновении суицидального поведения.

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

3. Человек защищается от боли и необходимых изменений посредством недопущения контакта с помощью механизмов интроекции, проекции, ретрофлексии или конфлюэнции. Временно нарушения границы контакта помогают заглушить эмоциональные компоненты боли. Вместе с тем, каждый из указанных механизмов играет ведущую роль в возникновении определенных видов самоубийств (интроективных, проективных, ретрофлексивных и конфлюэнтных).

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

5. Динамическая гештальт-концепция боли рассматривает различные ее виды в соответствии с эпигенетическим принципом развития человека; невыносимая психическая боль, описанная Э.Шнейдманом, является крайним выражением боли на каждом из пяти уровней развития.

6. Психотерапевтическая работа с суицидальными клиентами основана на исследовании опыта пережитой боли и выявлении ее ресурсов, т.е. состояний, из которых формируется защита от боли. Соответственно, можно выделить два направления феноменологической работы: 1) коррекцию феноменов актуального суицидального вектора *данного* клиента и 2) тера-

певтическую реконструкцию боли в его истории жизни (проживание фрустрированных мета-потребностей).

## ЛИТЕРАТУРА

- Акутагава Рюноскэ. Новеллы. М.: Художественная литература, 1974. С.597-620.
- Бинсвангер Л., Р.Мэй, К.Роджерс. Три взгляда на случай Элен Вест // Психологическое консультирование и психотерапия. Т.2. Случаи из практики. М., 2001. С.97-106.
- Бинсвангер Л. Случай Элен Вест // Психологическое консультирование и психотерапия. Т.2. Случаи из практики. М., 2001. С.106-122.
- 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.
- Ван де Рьет. В. Взгляд гештальттерапевта на стыд и вину // Гештальт 1997. Сборник материалов Московского Гештальт Института за 1997. М., 1998. С.16-27.
- Васильюк Ф.Е. Методика психотерапевтического облегчения боли // Московский психотерапевтический журнал, 1997, № 4 (18). С.123-146.
- Васильюк Ф.Е. Переживание горя и утраты // Психологи о мигрантах и миграции в России: Информационно-аналитический бюллетень № 3. М.: Смысл, 2001. С.19-32.
- Дюркхайм Э. Самоубийство. Социологический этюд. Пер. с франц. М.: Мысль, 1994.
- Марсель Г. К трагической мудрости и за ее пределы // Самосознание европейской культуры XX века. – М.: Мысль, 1991.
- Меннингер К. Война с самим собой. Пер. с англ. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.
- 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.
- 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.
- 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.

- Мэй Р. Экзистенциальный анализ случая Элен Вест // Психологическое консультирование и психотерапия. Т.2. Случаи из практики. М., 2001. С.100-105.
- Польстер И., Польстер М. Интегрированная гештальттерапия: Контуры теории и практики. М.: Независимая фирма "Класс", 1997.
- Поттер-Эфран Т. Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002.
- Резник Б.У. "Порочный круг" стыда: взгляд гештальттерапии // Гештальт 2000. Сборник материалов Московского Гештальт Института за 1999. М., 2000. – С.6-20.
- Робин Ж.-М. Гештальттерапия. М.: Мир Гештальта, 1998.
- Роджерс К. Элен Вест и одиночество // Психологическое консультирование и психотерапия. Т.2. Случаи из практики. М., 2001. С.123-139.
- Хассен С. Освобождение от психологического насилия: деструктивные культы, контроль сознания, методы помощи. Пер. с англ. СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2001.
- Хломов Д. Динамическая концепция личности в гештальт-терапии // Гештальт-96. Сборник материалов Московского Гештальт Института. М., 1996. – С.46-51.
- 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.
- Шнейдман Э. Душа самоубийцы. Пер. с англ. М.: Смысл, 2001а.
- Экхарт М. Духовные проповеди и рассуждения. Репринт. Изд.1912г. М.: Политиздат, 1991.
- Юнгер Э. Рабочий. Господство и гештальт; Тотальная мобилизация; О боли. СПб.: Наука, 2000.
- Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М.: Независимая фирма "Класс", 1999.
- Aish A.-M., Wasserman D. Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components // Psychological Medicine, 2001, v.31, p.367-372.
- 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.
- 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.
- Beck A.T., Kovacs M., Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior. An overview // Journal of American Medical Association, 1975, v.234, p.1146-1149.

- Bell Q. *Virginia Woolf: A Biography*. New York: Harcourt Brace Jovanovitch, 1972.
- 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.
- Gould M.S. *Suicide Clusters and Media Exposure // Ibid.* p.517-532.
- 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.
- Klerman G.L., Weisman M.M. *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books, 1989.
- 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.
- 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.
- 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.
- Pollock L.R., Williams J.M. *Problem solving and suicidal behavior // Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1998, v.28, p.375-387.
- Salkovskis P.M. *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press, 1996.
- Salkovskis P.M. *Psychological treatment of suicidal patients/ Suicide - An unnecessary death*. Ed. by D.Wasserman. London: Martin Dunitz, 2001. p.161-172.
- Salkovskis P.M., Atha C., Storer D. *Cognitive-Behavioral Problem Solving in the Treatment of Patirnts who repeatedly Attempt Suicide. A Controlled Trial // British Journal of Psychiatry*, 1990, v.157, p.871-876.
- 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.
- Schoen S. *Presence of Mind*, New York, 1994.
- Shneidman E.S. *Classifications of suicidal phenomena // Bulletin of suicidology*, 1968 July, p.1-9.
- Shneidman E.S. *The Psychological Pain Assessment Scale // Lives and Deaths: Selections from the Works of Edwin S.Shneidman*. Ed. by A.Leenars. Brunner/Mazel: Philadelphia, PA, 1999.

*Shneidman E.S. The Psychological Pain Assessment Scale // Suicide and Life-Threatening Behavior, 1999, v.29, n.4, p.287-294.*

*Wheeler G. Gestalt Reconsidered. A New Approach to Contact and Resistance. The Gestalt Institute of Cleveland Press, 1998.*

*Wheeler G. Beyond Individualism. Toward a New Understanding of Self, Relationship and Experience. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 2000.*