

ПРОГРАММА
"Московский гештальт институт"
Консультационно-тренинговый центр
ГЕШТАЛЬТ АНАЛИЗА

КРИЗИСЫ И ТРАВМЫ

А. Н. Моховиков, Е. А. Дыхне

методические материалы к учебному курсу
ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

Выпуск первый

МОСКВА 2007

"Кризисы и травмы". Методические материалы Московского Гештальт Института.
Выпуск первый А.Н. Моховиков, Е.А. Дыхне

Главный редактор: Даниил Н. Хломов Редакторский совет: А.Н. Моховиков, Е.А. Дыхне, Подготовка к печати: Е.А. Дыхне, Художественное оформление: Е. Пронина
©Е.А. Дыхне, 2006

© Психологический центр Гештальт-анализа "Искусство выживания", 2006

© Московский Гештальт Институт, 2006

© Е. Пронина (обложка), 2006

Оглавление

Оглавление	3
Возрастные кризисы или кризисы развития	4
Психология переживания утраты. Стадии горевания	7
Нормальные и патологические реакции на утрату	11
Острая травма/ ПТСР/ травматическое развитие	18
Травма развития и тяжелые расстройства личности	18
.....	
Травма развития с точки зрения объектных отношений	22
.....	
Особенности терапевтических отношений	24
.....	
Перенос	25
.....	
Контрперенос	26
.....	
Роли жертвы-палача и их интеграция в психотерапии	27
.....	
Агрессия в контрпереносе	27
.....	
Психическая боль: природа, диагностика и принципы гештальт-терапии (А.Н. Моховиков)	29
Психическая боль в клинической психологии	30
.....	
Психическая боль в психиатрии	31
.....	
Феномен боли с зрения гештальт-подхода	35
.....	
Боль в истории жизни	39
.....	
Диагностика психической боли	42
.....	
Принципы гештальт-терапии боли	45
.....	
Выводы	49
.....	
Список литературы	50

Возрастные кризисы или кризисы развития

"Мы ведем речь о трех процессах: соматическом, эго-процессе и социальном. В истории науки эти три процесса были связаны с тремя научными дисциплинами: биологией, психологией и социальными науками. Каждая из них изучала то, что могла изолировать, сосчитать и расчленить: одиночные организмы, отдельные души (minds) и социальные агрегаты... Во всех этих случаях научная дисциплина наносит ущерб предмету наблюдения, активно расчленяя его целостное состояние жизни для того, чтобы сделать изолированную часть податливой к применению некоторого набора инструментов или понятий... Мы изучаем индивидуальные человеческие кризисы, вовлекаясь в них как терапевты... мы обнаруживаем, что упомянутые выше три процесса представляют собой три стороны человеческой жизни. Тогда соматическое напряжение, тревога индивидуума и платоническое настроение группы - это три разных образа, в которых человеческая тревога являет себя различным методам исследования" (Эриксон Э., 1996. С. 67).

Человек, по Э. Эриксону (1902-1994), проходит психологические стадии развития Эго, или Я, в ходе которых он устанавливает основные ориентиры по отношению к себе и своей социальной среде. Принцип прохождения стадий носит название *эпигенеза*¹, поэтому и теорию Эриксона называют *эпигенетической*. При работе с кризисными состояниями в гештальт подходе лучше всего опираться на эпигенетическую концепцию. По сути, сам термин означает, что:

1. развитие не есть простое развертывание того, что уже зародилось, возникают новые качества, формы, которые не были изначально предопределены;
2. кроме "начал", материи, генов и др. роль отводится неким запускающим процессам, механизмам субъективного (готовность, предрасположенность) и объективного (условия, обстоятельства, деятельность) порядка.

Содержание и форма нового качества определяется общением индивида с социальным окружением, но при этом оно обязательно опирается на внутренние предпосылки.

Отношения, которые формируются у человека к новым требованиям, ролям, задачам становятся центром его идентичности². При переходе от одной целостности к другой происходит смена идентичности, которая носит название кризиса. Во время кризиса происходит разрыв между настоящим и прошлым образами Я. Такие кризисы у Эриксона имеют нормативный характер, стимулируя процесс личностного роста.

1 Эпигенез - учение о зародышевом развитии организмов как процессе, осуществляемом путем последовательных новообразований. Термин эпигенез впервые появился благодаря Харви Уильяму Гарвею в биологии в 1651 г. Эпигенез рассматривается как интенсивное развитие организмов (наряду с экстенсивным развитием - преформизмом, то есть появлением и увеличением уже имеющегося).

2 Идентичность (тождественность) личности согласно Эриксону - важнейшая характеристика целостности личности на высших уровнях развития, интегративное качество ее организации, в центре которой находится переживание индивидом своей неразрывной связи с определенными социальными

группами.

На языке теории поля, кризис - несоответствие между потребностями организма и возможностями окружающей среды. **Кризис** всегда полярен. Опасности любого кризиса связаны с регрессом, а возможности - с прогрессом. Преодоление кризиса возможно только при совершении усилия по приведению в соответствие ожиданий от окружающей среды и возможностей организма.

По Эриксону, созревание определенных психофизиологических систем организма делает индивида восприимчивым к определенным социальным воздействиям. Общество предъявляет к человеку требования, но в то же время предоставляет возможности, широкий спектр средств, способов решения социальных задач.

Эриксон выделяет восемь стадий жизненного цикла человека, на каждой из которых делается выбор между двумя полярными отношениями к миру и к себе.

1. Орально-сенсорная, или инкорпоративная (0 - 18 мес.). Цель: выбор между *доверием* или *недоверием*. Имея чувство определенности, доверия ребенок воспринимает окружающий мир как безопасное, стабильное место. Мать передает ребенку чувство узнаваемости, постоянства, тождества переживаний. Такая согласованность и непрерывность переживаний обеспечивает зачаточное чувство эго—идентичности. Критерием сформированности доверия считается способность ребенка спокойно переносить уход матери из поля зрения. На орально-сенсорной стадии формируются элементы защитных механизмов - *проекции* - приписывания другим собственных отрицательных, неодобряемых свойств и *интроекции* - вбирания внутрь внешних источников положительных состояний. Интроекция образов родителей является *первой ступенью* в формировании идентичности личности.

2. Мышечно-анальная (18 мес. - 4 года). Цель: выбор между *автономией* или *стыдом*. Предпосылкой этой стадии является овладение ребенком способности ходить как основы для развития автономности и самостоятельности. Автономия - самостоятельное передвижение ребенка в контролируемом пространстве. Стыд - гнев, направленный на себя из-за нежелания родителей развивать у ребенка самостоятельность. Стыд формируется под воздействием упреков родителей, запретов, не имеющих явного социального значения. Родители ругают ребенка за неумение быть опрятным, неумение контролировать процессы мочеиспускания и дефекации. Базисное чувство сомнения во всем, что человек оставил сзади себя, позднее, т.е. во взрослом состоянии, может быть выражено в паранойяльных страхах преследования, угрожающих сзади. Положительным исходом этой стадии является развитие элементов самоконтроля и саморегуляции.

3. Локомоторно-генитальная, или эдипова (4 - 6 лет). Цель: выбор между *инициативой* и *виной*. Развитие речи, овладение новыми понятиями, умение планировать, предвосхищать некоторые события является основой для формирования на этой стадии новой формы идентичности - идентификации, т.е. уподобления взрослому человеку определенного пола и усвоения свойственных ему форм поведения. Инициатива добавляет к автономии предприимчивость и планирование, это - освоение нового за счет умения ставить перед собой цели. Вина - негативная оценка ребенком своих неправильных действий, чувство неуверенности в себе, вызванное потребностью любить и получать любовь родителя противоположного

пола.

4. **Латентная** (6 - 11 лет). Цель: выбор между *чувством умелости, компетентности и неполноценностью*. Это период, который в самых разных обществах означает один и тот же процесс - начало систематического усвоения знаний, умений, навыков. Именно они позволяют ребенку чувствовать себя компетентно. Компетентность - уверенность в том, что в соответствии с социально значимыми целями ребенок может оказывать положительное влияние на окружающих его людей. Неполноценность (некомпетентность) проявляется в чувстве ущербности, неумелости, робости и замкнутости.

5. **Стадия юности** (11-20 лет). Цель: выбор между *обретением положительного Я и диффузной идентичностью*. Под диффузной идентичностью понимают неясность представлений о себе, неопределенность жизненной перспективы, приводящие к желанию присоединиться к группе, к зависимости от чужого мнения, к пассивности в принятии решения. С целью сохранения своей личности от распада юноши сверхидентифицируются с героями неформальных объединений и компаний. Состояние юношеской влюбленности интерпретируется Эриксоном как попытка добиться четкого определения собственной идентичности путем проекции расплывчатого образа своего эго на других людей и наблюдения за собственным "отражением". Для Эриксона стадия юности имела такое же важное значение как фаллическая стадия для Фрейда.

6. **Ранняя зрелость** (21 - 25 лет). Цель: выбор между *интимностью и изоляцией*. Интимность означает готовность слить свою идентичность с идентичностью другого при наличии установки сохранить свою идентичность и индивидуальность. Интимность основана на развитии положительного Я в предыдущий период развития, изоляция, как правило, наоборот, тесно связана с диффузией Я. Это объясняется тем, что сформированность представлений о себе, определенность собственных границ позволяет индивиду оставаться самим собой даже при установлении доверительных, интимных отношений с другими людьми. **Диффузная идентичность** развивается в чувство изоляции, обособления вследствие возникающего страха быть поглощенным, инкорпорированным.

7. **Зрелость** (25 - 60/65 лет). Цель: выбор между *продуктивностью или застоем*. Новые условия жизни, которые предъявляет социум человеку на этой стадии развития, вызваны его особым положением в обществе, а именно необходимостью установления конструктивных отношений с разными поколениями. Например, для 50-летнего человека такими отношениями может быть общение со своими родителями, детьми и внуками, которое нуждается в разных **когнитивных**, эмоциональных и коммуникативных стратегиях. Застой, или стагнация, сопровождается замкнутостью, стереотипностью поведения, **ригидностью**, центрированностью на себе.

8. **Зрелость** (свыше 60/65 лет). Цель: выбор между *интеграцией или отчаянием*. Интеграция - это принятие своего единственного и неповторимого цикла жизни. Отсутствие интеграции выражается в страхе смерти, отвержении своей жизни.

По мнению Эриксона, здоровые дети не будут бояться жизни, если окружающие их старики обладают достаточной целостностью, чтобы не бояться смерти.

В 1950 году он издает свой фундаментальный труд "Детство и общество", в котором исследует идентичность как тождественность человека самому себе, как твердо усвоенный и личностно принимаемый образ себя во всем богатстве и

разнообразии отношений личности к окружающему миру.

Эриксон выстраивает последовательность стадий развития личности, которые характеризуются особыми новообразованиями. Каждое из них формируется в процессе разрешения человеком конфликта между двумя противоположностями, одна из которых способствует поступательному развитию личности, а другая - тормозит его. Эти тенденции включают и определенную черту личности и отношение человека к миру, к жизни, к себе.

В ранних работах такими положительными качествами были - доверие, автономия, инициатива, компетентность, положительно организованная идентичность, близость, генеративность и интегративность. К отрицательным качествам относились - недоверие, стыд, вина, неполноценность, диффузность ролей, изоляция, стагнация и отчаяние.

В последних работах он пересматривает свой взгляд на развитие личности, определяя новообразования как неустойчивый баланс между этими двумя тенденциями. Теперь эпигенетическими образованиями каждой стадии Э. Эриксон называет Надежду, Волю, Намерение, Компетентность, Верность, Любовь, Заботу и Мудрость, каждое из которых включает в себя два противоположных качества. Равновесие между ними может нарушаться то в одну, то в другую сторону.

При благоприятном разрешении кризиса баланс нарушается в сторону положительных качеств. В противном случае мы сталкиваемся с расстройствами личности различной степени тяжести, речь о которых пойдет во второй главе.

Помимо кризисов развития, бывают ситуационные, экзистенциальные, системные (семейные, групповые, больших социальных систем) и множественные.

Ситуационные кризисы - такие как смерть близких родственников, крупные неудачи на работе, раскрытые измены, смена места жительства и т.п. Ситуационные кризисы более явные, чем возрастные, поскольку людям легче понять причины происходящего. Есть конкретная причина и ее следствие, в отличие от возрастных, когда внешняя ситуация не поменялась, изменился внутренний мир человека.

Наиболее тяжелые из ситуационных кризисов возникают в процессе переживания утраты, связанной с потерей близких ...

Психология переживания утраты. Стадии горевания

Время черных одежд!
Но с печальной порою в споре
Вишни — в самой поре!
И о времени забывая,
Мы ломаем цветущие ветки.
Фудзивара-но Санэката-но Асон,
японский поэт (ум. в 998 г.)

С переживанием горя приходится сталкиваться часто: мы нередко встречаемся с человеком, потрясенного смертью близкого или тяжелой невозвратимой утратой кого-либо или чего-то, имевшего для него витальный смысл. Переживание горя, связанного с утратой, является универсальным опытом человека, осознавая который,

он становится способным понимать утраты других. Жизнь без утрат невозможна. К утратам помимо смерти относятся длительная разлука, прекращение отношений со значимыми людьми. Они бывают социальными (утрата работы или учебы), психическими и физическими (утрата соответствующих способностей или возможностей), духовными или материальными. У детей, например, утрата животных или вещей часто приводит к горю. Для создания позитивных перемен в состоянии человека необходимы умение и знания психологии горя. Это дает возможность эффективно осуществлять психологическую помощь или просто человеческую поддержку. Не случайно, когда знаменитый советский психолог А. Н. Леонтьев спросил у философа М. Мамардашвили: "С чего начинается человек?", тот, не задумываясь, ответил: "С плача по умершему".

Феномен горя (иногда пишут - горевания) в литературе рассматривается психологами с психоаналитических, когнитивных или феноменологических позиций.

З. Фрейд относил его истоки к ранней оральной стадии, когда ребенок является наиболее зависимым и беспомощным, в силу чего малейшая утрата, обычно связанная с матерью, вызывает витальный кризис. В 1919 году он писал: "Едва ли существует какая-либо иная область, где мышление и наши чувства с незапамятных времен изменились столь мало, а древнее под тонкими покровами сохранилось так хорошо как в нашем отношении к смерти". Согласно Карлу Абрахаму переживание горя возникает в связи с "интроекцией объекта любви", и в упрямом протесте против реальности утраты образ любимого в глазах скорбящего приобретает все более яркие краски. Это оказывает защитное действие, поскольку утрата во всей своей необратимости постигается постепенно, шаг за шагом, к чему и сводится переживание горя.

Теория дифференциальных эмоций считает горе сложной структурой, включающей фундаментальные эмоции и аффективно-когнитивные взаимодействия. Ее создатель, К. Изард полагает, что ядром горя является страдание. Оно выполняет ряд функций: (а) сообщает, что человеку плохо, (б) побуждает предпринять действия для его уменьшения, устранения причины или изменения отношения, а также (в) облегчает сплочение людей внутри групп (семьи или общества).

Феноменология горя и его понимание как процесса стали объектом психологического исследования после появления ставшей классической работы американского психиатра Э. Линдемана "Симптоматология и работа острого горя" (1943), впервые описавшего его динамику и разработавшего понятие "работа горя", о котором упоминал еще Фрейд, описывая свой первый случай Анны О. в "Исследованиях истерии" (1895).

Горе характеризуется следующими проявлениями.

1. На первый план выступает **физическое страдание** в виде периодических приступов, длительностью от нескольких минут до часа со спазмами в горле, припадками удушья, учащенным дыханием и постоянной потребностью вздохнуть. Впоследствии постоянные вздохи сохраняются длительное время, и вновь становятся особенно заметны, если человек вспоминает или рассказывает о своем страдании. Ощущается чувство пустоты в животе, потеря аппетита, мышечной силы; малейшее движение становится крайне тягостным и почти невозможным, от незначительной физической нагрузки возникает полнейшее изнеможение. На фоне этих телесных признаков человек испытывает **психическое страдание** в виде эмоционального

напряжения или душевной боли. Отмечаются изменения ясности сознания: возникает легкое чувство нереальности и ощущение увеличения эмоционального расстояния, отделяющего человека от других людей.

2. Поглощенность образом утраченного. На фоне некоторой нереальности могут возникать зрительные, слуховые или сочетанные иллюзии. Переживающие горе сообщают, что слышат шаги умершего, встречают его мимолетный образ в толпе, узнают знакомые запахи и т.д. Такие состояния отличаются особой эмоциональной охваченностью, под влиянием которой может утрачиваться грань между переживанием и реальностью.

3. Чувство вины. Горюющий пытается отыскать в событиях и поступках, предшествующих утрате, то, чего он не сделал для умершего. Малейшие оплошности, невнимания, упущения, ошибки преувеличиваются и способствуют развитию идей самообвинения.

4. Враждебные реакции. В отношениях с людьми снижается или исчезает симпатия, утрачивается обычная теплота и естественность обращения, нередко о происходящем человек говорит с раздражением или злостью, выражает желание, чтобы его не беспокоили. Враждебность иногда возникает спонтанно и оказывается необъяснимой для горюющих. Некоторые принимают ее за начало грядущего безумия. Другие стараются контролировать вспышки гнева, что удается далеко не всегда. Постоянные попытки держать себя в узде, приводят к особой манерно-натянутой форме общения.

5. Утрата прежних, естественных моделей поведения. В поступках отмечается торопливость, суетливость, человек становится непоседливым или совершает хаотические действия в поисках какого-либо занятия, но оказывается совершенно не способным к простейшей организованной деятельности. Со временем он по сути вновь осваивает круг повседневных дел. Пораженная горем одиночества в страшную эпоху сталинского террора Анна Ахматова писала:

"У меня сегодня много дела,
Надо память до конца убить,
Надо, чтоб душа окаменела,
Надо снова научиться жить".

Эти повседневные дела, естественно, прежде всего теснейшим образом оказываются связанными с потерей. Горюющим очень часто приходится "учиться" их делать, поскольку проявляющаяся активность воспринимается лишенной какого бы то ни было смысла.

6. Идентификация с утратой. В высказываниях и поступках человека появляются черты поведения умершего или признаки его последнего заболевания. Как правило, идентификация с утратой становится следствием поглощенности образом утраченного.

Таков поперечный срез состояния горя. Во времени ему свойственна динамика, прохождение ряда этапов, когда человек, как писал Э. Линдемэнн, осуществляет "работу горя". Она требует физической и психической энергии: переживание включает не только выражение эмоций, но и активные действия. Человек и те, кто стремится

ему помочь, деятельно участвуют в процессе горя. Цель "работы горя" состоит в том, чтобы *пережить* его, стать независимым от утраты, приспособиться к изменившейся жизни и найти новые отношения с людьми и миром.

Пять стадий процесса горевания (Миллер):

- I. **Стадия шока** имеет 2 этапа: 1 этап - шок - возникает сразу, продолжается приблизительно 2 - 3 дня. 2 этап - кризис непреодолимости - возникает ощущение хрупкости, уязвимости. "Я без него не могу". Если этот этап не преодолевается, на выходе из этой стадии может выработаться защитное поведение: - по типу избегания ("Я не хочу об этом думать"); - по типу отрицания ("я ничего не чувствую").
- II. **Стадия печали** - может длиться в течение полугода.
- III. **Стадия возмещения потери** - возможно появление агрессии или идеализации объекта (или их чередование). Агрессия может быть направлена на умершего или на врачей, которые не вылечили. На этой стадии возможны рецидивы паники, печаль, но постепенно внешний мир приоткрывается.
- IV. **Стадия идентификации с объектом** или с его целями и желаниями. Контакты с внешним миром возобновляются. Неосознанно копируется поведение умершего. Создается новый образ себя, самостоятельно стоящего на ногах.
- V. **Стадия замещения объекта.** Контакт с реальностью восстанавливается, устанавливаются новые связи.

Фазы горевания, которые переходят одна в другую (Парке):

1. Оцепенение (шок)
2. Тоска (отрицание потери, агрессия)
3. Фаза хаоса и отчаяния, во время которой человек не может функционировать на привычном уровне (похоже на ст. Депрессии)
4. Реорганизация жизни.

Описание состояний, соответствующих разным стадиям

1. **Шоковое состояние.** Оно развивается сразу после утраты и длится от нескольких дней до месяца, сосуществуя с признаками следующего этапа — переживания. Человек не осознает потери, не в состоянии осмыслить случившееся, происходящее воспринимается как в тумане или во сне. Затем приходит неверие, что это могло произойти. Психологической защитой служат вытеснение и отрицание. Их вовлечение является естественным и полезным, поскольку помогает человеку постепенно освоиться со случившимся. К концу этапа шока после психической анестезии начинается страдание, свидетельствующее о начале переживания, то есть "работы горя". О наступающем завершении говорят элементы понимания и признания утраты, а также обстоятельств, при которых она произошла.

2. **Состояние переживания,** являющееся в процессе горя наиболее интенсивным. Понимание и признание утраты достигает степени ясности факта. Ритуальные действия и другие конкретные события играют в этом важную роль. Страдание обычно достигает наибольшей силы и отличается разнообразием проявлений. Осознание приводит человека к зияющей пустоте, которая возникла после утраты, и необходимости освоиться с ней. Попытки ее заполнения выражаются в неоднократных возвращениях и рассказах об обстоятельствах утраты. Затем человек уходит все дальше, возникают многообразные воспоминания о потере, о прошлом. Они не только способствуют пониманию утраты, но и приводят к идеализации и идентификации с ушедшим за счет вовлечения механизмов вытеснения. Тем не менее, уход в прошлое

характеризует начало принятия и интеграции опыта утраты.

3. Состояние принятия утраты (интеграция). "Работа горя" в это время состоит в преодолении психического страдания, идей самообвинения, поглощенности образом утраты и идентификации с ней для того, чтобы возвратиться к реальности. Принятие утраты не исключает, что укоры совести, чувство вины, могут быть длительными. Постепенно исчезает враждебное отношение к окружающим. Сохраняются воспоминаниям о прошлом, которые существенно снижают эмоциональное напряжение.

Начинается освоение своего нового места в мире, а энергия переключается на отношения и занятия, не связанные с утратой.

В реальной жизни динамика этапов горя не бывает линейной, они скорее напоминают накладывающиеся друг на друга циклы. Эта закономерность отражена на рис. 1

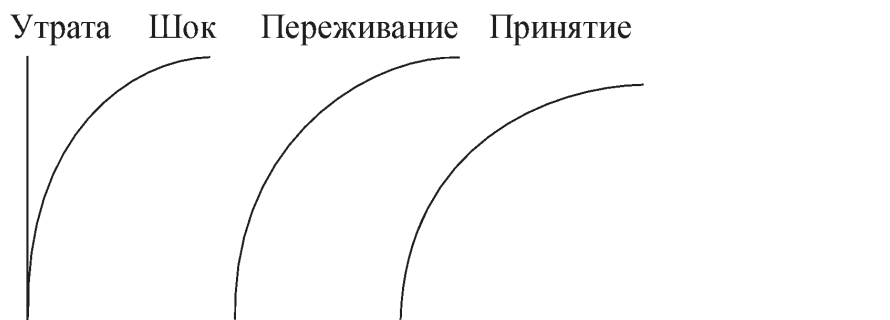


Рисунок 1. Динамика проявления этапов горя

Шок, переживание и принятие не следуют строго один за другим, хотя сама последовательность является типичной и, следовательно, предсказуемой. Их проявления часто перекрывают друг друга. Поскольку переживание горя представляет собой индивидуальный процесс, характерные признаки этапов могут сосуществовать в различных сочетаниях, создавая уникальные возможности для позитивных изменений.

Нормальные и патологические реакции на утрату **Задачи психокоррекционного вмешательства**

Нормальная реакция на утрату длится 3-18 месяцев.

Утрата затрагивает:

- эмоциональную
- физическую
- психическую сферы (интеллектуальная сфера, изменения поведения)

1. Физические проявления:

- проблемы с желудком (мутит, крутит);
- напряжение воротниковой зоны;
- напряжение в горле (не может говорить, глотать);
- повышенная чувствительность к шуму;
- нехватка воздуха (ощущение, что невозможно нормально дышать);
- мышечная слабость;
- отсутствие энергии;
- сухость во рту;

- кратковременная деперсонализация, дереализация.

2. Эмоциональная сфера:

- печаль;
- гнев, агрессия;
- чувство вины и самообвинения (аутоагрессив. тенденции);
- тревога;
- чувство одиночества (бывает связано с чувством небезопасности);
- утомление и усталость (может переживаться как апатия);
- беспомощность (связана с тревогой);
- шок (ощущение оглушенности, паники, беспокойства);
- тоска;
- облегчение (когда человек долго болел);
- освобождение (если напряженные и амбивалентные отношения с умершим);
- оцепенение (защита от наплыва чувств и если есть страх не справиться с ними).

3. Интеллектуальная сфера:

- мысли рассеяны, трудная концентрация;
- неверие;
- спутанность и забывчивость;
- навязчивости (навязчивые мысли об умершем, об обстоятельствах смерти, о том как его вернуть);
- ощущение присутствия умершего;
- "галлюциноз" (иллюзии).

4. Изменение поведения:

Возникают часто и проходят сами по себе.

- нарушения сна. Если не проходят через несколько недель - то либо это депрессивные тенденции, либо возможны страхи (уснуть и не проснуться; одна в постели; приснится умерший).
- нарушения аппетита;
- безотчетные действия (по прежнему накрывают стол на умершего);
- избегание социума;
- сберегание вещей умершего;
- избегание всего, что напоминает об умершем;
- поиск и призывание умершего (ищут в толпе, машинально набирают № телефона, говорят имя);
- активность без усталости;
- плач;
- частое посещение памятных мест (если слишком часто - это чувство вины, признак амбивалентных чувств).

4 задачи, которые должны быть решены за время переживания горя (Уорден)

1) Признание потери: Важно осознать, что умершего больше нет. В норме человек спохватывается и говорит себе: "Что я делаю, ведь он умер". Если этого нет - то это:

- Отрицание необратимости потери - "я не хочу, чтобы он умирал", увлечение спиритизмом, религией. Длится до 8 недель.
- Отрицание значимости потери - "я не скучаю"; избирательное забывание чего-то, связанного с умершим.
- Отрицание факта потери - несколько дней не замечает, что человек умер: мумификация (более 6 мес. сохраняет комнату). Видит умершего в другом.

2) Открытое проживание чувств. Ощутить боль потери. Может быть апатия, утрата контакта ("я думал, это переживается острее" и т.д.) Боль надо выявить и проработать, иначе она все равно выйдет. Бели чувства не отработаны, человек ломается в клиническую депрессию. Чаще всего через психосоматику. Препятствия проработке:

- идеализация умершего;
- путешествия;
- загрузка работой;
- эйфория: отказ верить и постоянное ощущение присутствия.

3) Выработка умений справляться с теми областями жизни, где влияние умершего было наиболее заметно. Горюющий может не осознавать тех ролей, которые умерший играл в его жизни:

- Упражнение: "Что давал мне умерший и что из этого я могу сам". Должны вырабатываться новые навыки.
- Иногда отсутствие выработки умений продуцируется семьей: "Зачем тебе это надо, мы все сделаем и т.д."
- Иногда полезно переформулировать потерю в позитивный ракурс: "Что мне дает утрата".

4) Создание новых эмоционально насыщенных связей. Изъятие эмоциональной энергии из прежних связей и перевод ее в другие. Часто задача начинает реализовываться только через несколько лет. Препятствие этой задаче:

- чувство вины;
- социальный запрет на новые связи (предал свою жену, женившись после ее смерти)

Окончание терапии: Клиент достаточно адаптивен, может говорить об умершем без боли ("Печать моя светла"). Чувства должны быть обращены на реальные, а не на умершие объекты.

Патологические реакции на утрату

Реакция на утрату значимого человека характерна для всех культур и можно считать, что реакция на утрату - это норма. Разница между нормой и патологией горя - в длительности и интенсивности переживаний.

Осложненное горе возникает, если описанное течение переживания замедляется, приостанавливается или появляются сложности с интеграцией утраты и приобретением нового опыта. Часто это происходит, если связь была амбивалентной или горюющий обладает нарциссическими чертами, тогда утрата воспринимается как

части себя или не воспринимается вообще как утрата. Или существует сильная зависимость от умершего, тогда теряется представление о себе как о сильном человеке, способном справляться с трудностями. У него собственная сила воспринимается через человека, от которого зависит. Чувства беспомощности и растерянности заглушают тревогу и перекрывают все чувства.

При осложненном горе могут появляться элементы психопатологии, например, галлюцинации, деперсонализации, витальная депрессия, а естественные проявления горя достигают необычной интенсивности или "застывают" во времени. Оно пристально изучалось школой психоанализа еще со времен Фрейда, который в работе "Печаль и меланхолия" (1917) указывал на возникновение в состояниях скорби "галлюцинаторного психоза желаний": приписываемая объекту утраты яркость красок разрастается до степени галлюцинаций. В этой связи позднее Отто Ранк и Мелани Кляйн, пережившая смерть сына, говорили о появлении "двойника" утраченного объекта любви. Поскольку возможность получения какой-либо обратной связи из внешней реальности отсутствует, ее нехватку восполняет яркий, нередко устрашающий внутренний образ, приобретающий черты двойника. В последние десятилетия примечательными являются исследования Волкана (1981), Боулби (1983) и Биона о патологическом переживании горя и значении "связующего объекта" (linking object).

К осложненному горю приводят:

1. внезапная или неожиданная утрата,
2. утрата, вызвавшая двойственные чувства, прежде всего гнев и самообвинение,
3. утрата, с которой были связаны отношения чрезмерной зависимости, породившие отчаянную тоску,
4. множественные утраты на протяжении незначительного времени,
5. отсутствие систем поддержки личности или жизнеобеспечения.

Необходимо проявлять осторожность, определяя осложненное горе только по его продолжительности. Даже через год после утраты вполне естественно переживать горе, принимая во внимание индивидуальные темпы "работы горя". Но, если миновало несколько лет, или признаки горя существенно мешают в жизни, тогда следует говорить об осложненном горе. Среди всех горюющих оно составляет не более 10—15%. К его признакам, которые не всегда сами по себе специфичны, можно отнести следующие. После утраты полностью меняется стиль жизни или привычки, возникает сильная тенденция избегать людей или активности, связанных с ней. Отождествление достигает степени принятия даже тех черт или форм поведения ушедшего, к которым ранее относились отрицательно. Появляется страх умереть от той же самой болезни. Человек не может заставить себя посетить кладбище и принять участие в ритуалах или, наоборот, полностью поглощен этой деятельностью. Алкоголь или седативные средства употребляются в больших количествах. Появляются навязчивые мысли об утрате и ее деталях, ушедший превращается в святого или, наоборот, в исчадие ада. Разговоры ведутся так, как если бы человек был жив или утрата только что случилась. При разводах иногда возникает фиксация на чувстве мести. Постоянно ощущается безнадежность, бессмысленность существования, человек утрачивает способность радоваться, выполнять ежедневную работу или устанавливать отношения с людьми.

Существует **несколько форм** осложненного горя:

1. **Хроническое горе.** При этой, наиболее частой, форме переживание горя носит постоянный характер, и интеграция утраты не наступает. Среди признаков преобладает тоска по человеку, с которым существовала тесная эмоциональная связь. Даже спустя много времени после утраты малейшее напоминание о ней вызывает интенсивные переживания.

2. **Конфликтное (преувеличенное) горе.** Один или несколько признаков горя искажаются или чрезмерно усиливаются, прежде всего чувства вины и гнева. Оно затягивается, поскольку возникают двойственные чувства. Сразу после нее появляется ложная эйфория, переходящая в длительную депрессию с идеями самообвинения.

3. **Подавленное (маскированное) горе.** Проявления горя незначительны или полностью отсутствуют. Вместо них появляются соматические жалобы, признаки болезни, отмечавшиеся у умершего, с последующим развитием длительной ипохондрии. Например, описываются состояния "кластерной головной боли", которая может продолжаться в течение нескольких месяцев и складываться из множества отдельных приступов. Осознание их связи с утратой отсутствует.

4. **Неожиданное горе.** Внезапность делает почти невозможным принятие и интеграцию утраты. Их развитие задерживается, преобладают интенсивные чувства тревоги, самообвинения и депрессия, осложняющие ежедневную жизнь. Весьма характерно возникновение мыслей о самоубийстве или планов.

5. **Отставленное горе.** Его переживание откладывается на длительное время. Сразу после утраты возникают эмоциональные проявления, но затем "работа горя" прекращается. В дальнейшем новая потеря или напоминание о прежней запускают механизм переживания. Посещая врача человек неоднократно говорит об утрате. Дома не желает что-либо менять, расставаться с дорогими вещами или действует прямо противоположным образом.

6. **Отсутствующее горе.** При этой форме отсутствуют какие-либо внешние проявления, как если бы утраты не было вообще. Человек полностью отрицает ее или остается в состоянии шока.

В некоторых случаях течение горя, в том числе и осложненного, может усугубляться присоединением признаков посттравматического стрессового расстройства (см.), например, в условиях чрезвычайных стихийных бедствий, военных действий или их последствий.

Что делать с клиентом в состоянии острого горя? Самое важное — это активное выслушивание с готовностью принять и облегчить его чувства и переживания. Советы или наставления оказываются непродуктивными. Абоненту следует дать возможность полностью выразить свои чувства и оказать поддержку симпатией и добротой. Необходимо быть с ним, чтобы он знал, что его переживания являются естественными, и он не одинок. Эмпатическое понимание со стороны консультанта является эффективным на всех этапах процесса горя, поскольку способствует интеграции опыта утраты. Собеседник может неоднократно возвращаться к актуальным переживаниям или различным деталям утраты: эффективность помощи будет во многом зависеть от степени терпения в ходе эмпатического выслушивания. Скорость принятия утраты у разных людей различна. Помня об этом, следует определить по основным признакам стадию, в которой находится собеседник, а также

предполагаемую скорость "работы горя". Горюющий не может увеличивать ее произвольно, поэтому, используя эмпатию, необходимо идти вместе с ним, по возможности, скорее. И если в горе нужно "снова научиться жить", то, образно говоря, консультанту отводится роль принимающей роды акушерки.

Если позволяет состояние собеседника, имеет смысл работать вместе над исследованием проблемы. В этом процессе очень важным становится факт утраты. Исследование приводит к обсуждению понятия о смерти. В этом контексте продуктивным становится упоминавшийся тезис М. Мамардашвили: "Человек начинается с плача по умершему", дающий огромные коррекционные возможности для работы с собеседником.

Жизнь полна разнообразных событий и явлений. Она описывается языком жизни. Смерть не может быть ее событием, находясь "по ту сторону", и потому принципиально не определима. У нас просто нет языка смерти. Она присутствует в жизни в качестве символа. Он, как считал М. Мамардашвили, может быть событием жизни, став "обостренным чувством сознания". Он писал: "Нельзя жить, если жизнь не освещена тем особым напряжением, что сопутствует переживанию смерти, которая как таковая не может быть эмпирически переживаемым состоянием человека" (Мамардашвили, 1991. С. 12). Поэтому конечной целью работы с клиентом является превращение острого горя в это "обостренное чувство сознания".

Для этого в консультативном диалоге абоненту необходима помощь в создании его личной деконструкции переживания горя. Среди прочего в ней необходимо учитывать, что человек не может пережить смерть как событие жизни и сталкивается с ней только в виде символа.

В заключение консультирования следует работать с собеседником над интеграцией опыта потери. Она достигается разработкой индивидуальной стратегии переживания горя и исследованием предлагаемых жизнью новых возможностей. Следует рассмотреть горе как процесс личностного роста абонента и способствовать укреплению надежды, скрывающейся в имеющихся системах поддержки человека. Важной задачей является переключение его энергии на новые отношения и занятия

Средневековый мыслитель М. Экхарт писал: "Заметьте себе, вдумчивые души! Быстрейший конь, который донесет Вас к совершенству — это страдание. Никто не испытывает большего блаженства, чем те, что со Христом прибывают в величайшей горести. Страдание горько, как желчь, нет ничего горше страдания, и нет ничего слаще, чем пройденное страдание. Пройденное страдание слаще меда"

(Экхарт, 1991. ?).

Рекомендуемая литература

1. *Васильюк Ф.Е.* Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. М: Изд-во Моск. ун-та, 1984.
2. *Изард К.* Эмоции человека. СПб.: Питер, 1999.
3. *Линдемманн Э.* Клиника острого горя//Психология эмоций. Тексты/Под ред. В. К. Виллюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. М: Изд-во МГУ 1984 С 212—220.
4. *Лукас К., Сейден Г.* Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства М.: Смысл, 2000.
5. *Мамардашвили М.* О философии//Вопросы философии №5 1991 С 4—6.
6. *Хааз.Э.* Ритуалы прощания: антропологические и психоаналитические аспекты работы с чувством утраты//Московский психотерапевтический журнал, № 1. 2000. С.29-47.
7. *Экхарт М.* Духовные проповеди и рассуждения. Репринт. Изд. 1912 Г. М.: Политиздат, 1991.
8. *Bowlby J.* Verlust, Trauer und Depression. Frankfurt:Fischer, 1983.
9. *Hamilton L., Masecar D* Counselling the Bereaved: Caregiver Handbook. Calgary: Canadian Mental Health Ass., 1995.
10. *Freud Z.* Das Unheimliche. G.W. XII, 1919, 229-268.
11. *Volkan V.* Linking Objects and Linking Phenomena. A study of the Forms, Symptoms, Metapsychology and Therapy of Complicated Mourning New York, IUP, 1981.

Острая травма/ ПТСР/ травматическое развитие

Травма - одноразовое, интенсивное и потрясающее всю душу переживание, которое не может абсорбироваться (поглощаться) и "метаболизироваться" (до конца прорабатываться) психикой;

Травму следует отличать от посттравматического стрессового расстройства с одной стороны, и от постоянных воздействий агрессии или злоупотребления в период детского развития, с другой.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) - отставленная и/или затяжная патологическая реакция на исключительное по силе психического воздействия, степени угрозы для жизни (природная или техногенная катастрофа, боевые действия, преступное посягательство и пр.) или значимости утраты (смерть близких, разорение и пр.) с повторно вторгающимися в сознание представлениями, отражающими экстремальные события (Flash-backs), острыми драматическими вспышками паники или дисфории на фоне хронического чувства оцепенелости, эмоциональной отчужденности, ангедонии, избегания деятельности и ситуаций, напоминающих о травме.

Его острая картина выступает в форме, схожей с последствиями тяжёлых травм, полученных в результате пребывания в концентрационном лагере, на войне, после пережитого несчастного случая, насилия, террора, в том числе политического, пыток, пребывания в роли заложника и других форм тяжёлых физических и сексуальных истязаний, особенно в раннем детстве и в возрасте 10-15 лет. *Клиническая картина* этого синдрома, длящегося 2-3 года, представляет собой острые состояния страха, ограничения функций Я, взрывы ярости, постоянно снящиеся кошмары и Flash-backs. Обычно в результате пережитых тяжёлых травм обнаруживаются ещё и разнообразные ограничения в межличностных отношениях, в работе, в общественной и сексуальной жизни. Таким образом, тяжёлые травмы могут приводить к длительно сохраняющимся психопатологическим последствиям, которые, тем не менее, существенно отличаются от типичных расстройств личности. При *лечении* людей, страдающих от этого синдрома, на переднем плане стоит комбинированное применение анксиолитических медикаментов и поддерживающей психотерапии вместе с эмпатической установкой терапевта по отношению к клиенту, а также поддержка клиента при необходимом повторном столкновении с ситуацией, которую он со страхом избегал из-за пережитой травмы.

Травма развития и тяжелые расстройства личности

Исследования последних лет показали, что этиология пограничного расстройства личности в узком смысле, множественного личностного расстройства, при котором "субъект имеет несколько отчетливых и раздельных личностей, каждая из которых определяет характер поведения и установок за период времени, когда она доминирует" (Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок, 1994, с.453), прослеживается в раннем детском опыте интенсивного длительного насилия, причем последнее может быть как физическим (физическое истязание, сексуальное изнасилование, присутствие при совершении физического или сексуального насилия), так и психологическим.

Как психологическое насилие можно квалифицировать, например, ситуацию, в которой оказывается ребенок в семье с **аддиктивным** поведением, например, в семье,

где один или оба родителя — алкоголики или наркоманы. Психический статус ребенка при этом определяется паттерном зависимости от компульсивного поведения родителей, формирующимся как следствие попыток ребенка обрести безопасность, сохранить собственную идентичность и самоуважение. Этот паттерн получил название "со-зависимость" (co-dependence).

Ребенок, пытаясь взять на себя решение семейных проблем, отрицает свои собственные потребности. В результате он становится зависимым от потребностей, желаний, надежд и страхов семьи. Такие условия не позволяют ребенку чувствовать себя в безопасности, испытывать безусловную любовь, вести себя спонтанно. Для того, чтобы удержать внимание взрослого на себе, ребенок прекращает выражать собственные потребности и становится со-зависимым. Результатом такой формы родительского отношения исследователи называют хрупкость и проницаемость границ Я, обесценивание чувств (и утрату способности их выражать!) и нарушение способности к установлению эмоциональной близости.

К феноменам психологического насилия относится все, что разрушает отношения привязанности, или, напротив, насильственно их фиксирует: неадекватные родительские установки, эмоциональная депривация и симбиоз, унижение и угрозы. Отсутствие родительской любви в младенческом и отроческом возрасте способствует развитию неутолимого эмоционального голода и искажает формирующийся образ Я. Нестабильность и "ненадежность" эмоциональных отношений делает перцептивный, эмоционально-чувственный образ Другого неконстантным, "флуктуирующим" в восприятии ребенка от "тотально плохого" (отвергающего и наказывающего) к "тотально хорошему" (любящему и принимающему) или навсегда становится чужим и потенциально угрожающим.

В ситуации **депривации** малыш, активно исследующий окружающий мир и испытывающий потребность в поддержке взрослого, обнаруживает лишь пустоту, безразличие, неизвестность. Интроецирование подобных паттернов разрушенного эмоционального отношения приводит к формированию широкого круга психопатологий, центральными переживаниями в которых, являются страхи потери, смерти, пустоты.

Другая форма неадекватного родительства — **эмоциональный симбиоз** — будучи абсолютно противоположным паттерном взаимоотношений, приводит к таким же искажениям образа Я, как и депривация. Симбиоз представляет собой экстремальную форму взаимозависимости, связанной с переживаниями полного "слияния" и "растворения" в Другом, когда границы Я утрачиваются. У участника симбиотических отношений отсутствует потребность в собственной индивидуальности, так велико его желание "утонуть" в Другом. Симбиотическая связь матери и ребенка характеризуется отсутствием, стиранием в сознании родителя границ между "Я" и "моим ребенком". Однако, если ребенок оказывается "не таким", "плохим", то родитель отвергает эту часть Я, отторгает ее, будучи не в силах принять мысль "Я — плохой, так как часть меня — плохая". При этом затрудненным оказывается вторичное, "когнитивное" самоопределение, так как ответить на вопрос "Кто я?" можно, только отделяя и отличая от Другого себя и свои границы. Такой тип взаимоотношений порождает импульсивную предельную открытость границ и провоцирует любое вторжение Другого — физическое, сексуальное, психологическое. Само вторжение так же, как и в предыдущем случае, может переживаться не только

как собственно насильственный акт, но и как желанное заполнение интрапсихического "вакуума", обретение объекта для слияния.

Таким образом, наиболее распространенные формы неадекватного родительского отношения — эмоциональная депривация и эмоциональный симбиоз — не только оказывают исключительно неблагоприятное воздействие на формирующийся образ Я и картину мира ребенка, но и создают психологический базис, особую "перцептивную готовность" для других форм вторжения, в частности, физического и сексуального.

Вследствие этого формируется особая личностная организация (а именно — пограничная личностная структура), характеризующаяся диффузной самоидентичностью, полезависимым когнитивным стилем, зависимостью самооценки от оценок значимых других и т.д., что доказано рядом эмпирических исследований. Ведущий защитный механизм личности — расщепление — позволяет сосуществовать во внутренней ткани самосознания голосам хрупкого, слабого, зависимого Я, и агрессивного, грандиозного Я, причем в зависимости от внешних условий, может актуализироваться как позиция "жертвы", "слабенького", "маленького", так и позиция агрессора, "преследователя", "палача".

С этой точкой зрения перекликается позиция современного психоанализа, полагающего, что этиология такого психосексуального расстройства, как садомазохизм, коренится в опыте насилия в детстве. Ребенок интроецирует паттерн отношений "насильник - жертва", который фиксируется на физиологическом уровне, так что базовые потребности можно удовлетворить, только или переживая насилие, или насилуя [47].

Таким образом, основные типы искаженного родительского отношения — депривация и симбиоз — ложатся в основу формирования виктимной личностной организации, которая вынуждает ее обладателя всю последующую жизнь вызывать на себя другие ситуации насилия.

J. Bowlby (1979), известный исследователь феномена материнской депривации, вводит термин **"патогенное родительство"** (pathogenic parenting), определяя его как ключевой этиологический фактор невротических симптомов, личностных расстройств, семейных и супружеских проблем J. Bowlby выделяет следующие типы неадекватного родительского отношения:

1. Отсутствие родителя или отделение ребенка от родителя (при помещении в больницу, детское учреждение).
2. Отсутствие адекватного ответа на поиск заботы и привязанности, отвержение ребенка.
3. Угрозы покинуть ребенка, применяемые как дисциплинарная мера (родитель угрожает лишить ребенка своей любви, покинуть семью, совершить суицид и т.п.).
4. Провоцирование родителем чувства вины или переживания собственной "плохости" у ребенка. (При этом ребенок подвергается исключительной критике. Крайним вариантом является возложенная на ребенка ответственность за болезнь или смерть одного из родителей.).
5. Тревожная привязанность к ребенку, связанная с оказанием на него давления. Родитель (обычно мать) стремится таким образом стать единственным источником заботы в окружении ребенка.

Описывая пагубные последствия подобного родительского отношения, Bowlby отмечает, что "формирование той или иной психопатологии в этих случаях

происходит, так как мир для таких детей всегда остается двусмысленным, неопределенным и всегда опасным". Собственный внутренний мир ребенка, границы его тела, полоролевая идентичность также будут диффузными, размытыми, нечеткими, как в случае симбиоза с матерью, так и в случае отвержения.

Таким образом, любая ситуация насилия вряд ли является случайной для жертвы. Вероятнее, что она окажется подготовленной всей предыдущей историей жизни ребенка, и, прежде всего — историей его детско-родительских отношений.

Ярость, ненависть и зависть

О. Кернберг считает, что практически с самого начала жизни существует способность к проявлению ярости. Ярость ребёнка при этом прежде всего имеет сигнальную функцию, говорящую о том, что что-то не согласуется, мир так сказать не находится в порядке и мать должна что-то делать, чтобы удалить вредный элемент или даже полностью его уничтожить. Таким образом, ярость является сигналом необходимости устранения вредного раздражителя, а позднее ярость может стать сигналом, активирующим на разрушение вредного объекта, и наконец из ярости может сформироваться хроническая диспозиция к созданию особого инроецированного отношения с объектом, вызывающим у ребенка ярость, которого необходимо убрать со своего пути любой ценой. При такой связи, ярость проецируется на внешние объекты, которые начинают сами рассматриваться в качестве свирепых, агрессивных, садистических, а в результате этого появляется желание их разрушить. Когда разрушение объекта становится главным мотивом постоянной ярости ребёнка, тогда мы говорим о **ненависти**. Таким образом, мы рассматриваем ненависть в качестве структурированного, постоянного, инроецированного отношения с объектом, в котором речь с одной стороны идёт о попытке разрушить объект, с другой — о желании чем-то пожертвовать для него, заставить объект страдать, чтобы в конечном итоге начать его контролировать. Таким образом, с ненавистью связаны желание разрушать, причинять страдания и осуществлять контроль над объектом. Если в разрушении мы встречаемся с чистыми ненавистью и агрессией, то когда чувства ненависти смешиваются с наслаждением от причинения объекту боли, тогда лучше говорить о *садизме* или о садистической установке по отношению к объекту. Садизм формируется из ненависти и в конце концов объединяется с желанием контролировать объект. Таким образом, желание разрушать, мстительность, садистическое стремление причинять страдания и контролировать являются выражением переполненных ненавистью инроецированных отношений с объектами.

Все мы в принципе обладаем этими качествами, так как практически невозможно представить, что кто-то сможет построить свою жизнь таким образом, что никогда и нигде не будет ощущать по отношению к пробуждающему ненависть объекту хотя бы небольшую степень ненависти, которая обычно удерживается в определённых границах, или даже сублимируется. Так мы можем ненавидеть своего босса, ненавидеть то, что противно нашей совести, а ещё мы ненавидим преступников, которые почти всегда вызывают у нас реакции, свидетельствующие о нашей большой ненависти. Но в случае тяжёлых личностных расстройств ненависть становится одним из наиболее сильных бессознательных мотивов личности, причём она отщеплена от желания любить и от идеализированных представлений об объектах. Трагедия заключается в том, что клиенты, которые в раннем детстве, испытали на себе

воздействие хронической агрессии, склонны постоянно реагировать ненавистью.

Чувство зависти: особая форма ненависти, которая формируется по отношению к объекту, который с одной стороны переживается вызывающим боль, злым, разрушительным и вызывающим страдания, а с другой стороны имеет в себе потенциально хорошие стороны, и даже вызывает любовь. Иначе: зависть связана с представлением о том, что хороший объект обладает, или отнял, или незаконно задерживает или утаивает у себя что-то такое, что и любой другой захотел бы иметь. Это чувство в определённом смысле даже опаснее ненависти, так как мы завидуем тому, чего сами желаем и что побуждает нас кусать руку, которая нас кормит. Эта неспособность допускать зависимость из-за зависти к тому, в чём нуждаешься, приводит к тяжёлым межличностным конфликтам и может доходить до злокачественного нарциссизма или до формирования антисоциальной личности.

О злокачественном нарциссизме мы говорим тогда, когда грандиозная Самость насквозь пропитана ненавистью, когда проявляются антисоциальные и параноидные черты, главенствуют агрессия и садизм. Наиболее тяжёлая форма обнаруживается у *антисоциальных личностей*, которые характеризуются тяжёлой патологией сферы Сверх-Я, с преобладанием ненависти в любых межличностных отношениях, невозможностью почувствовать и выразить любовь, господством ненависти и зависти по отношению к другим людям (Kernberg. *Aggression in Personality Disorders and Perversion*. NY, 1992).

Если мы будем с клинической точки зрения рассматривать переполненную ненавистью жертву, то заметим, что ей всегда противостоит переполненный ненавистью преступник. Существует коррелирующее, переполненное ненавистью взаимоотношение между преступником и жертвой, причём переполненный ненавистью преступник стремится разрушить бессильный объект, причинить ему страдание и учинить над ним контроль. Существование такой бессознательной диадной структуры представляет одну из главных проблем в работе с этими клиентами, так как она тотчас проявляется в переносе/контрпереносе.

Клиент, испытавший в жизни тяжёлые травмы, отщепляя агрессивное поведение в другую область (на реакции в отношении других персон), "создаёт" такую ситуацию, в которой терапевт видит его только в роли жертвы.

Травма развития с точки зрения объектных отношений

С этой точки зрения, под последствиями травмы понимаются влияния, которые она оказывает на переживание Я и другого. Переживание, например, заботы по отношению к себе, вызывает одновременно с ощущением любящего другого также и ощущение себя как любимого. В противоположном случае (при переживании ненависти со стороны другого) возникает переживание себя как "плохого".

1. Сильное переживание предательства, составляющее ядро объектных отношений человека, пережившего травму. В случае внутрисемейного злоупотребления искажается способность познавать мир на основе надежных и предсказуемых категорий. Ролевые категории больше не обеспечивают безопасности. Друг, терапевт, любимый, мать теперь выступают в роли агентов как боли, так и любви. Мы обращаемся к людям, имея ряд основанных на опыте ожиданий. Если мы уверены, что папа любит, то мы должны исключить возможность того, что он может причинить вред. Для того, чтобы получить утешение, необходимо отречься от папы-насилъника,

отрицать его или диссоциировать. Чтобы ощутить утешение, ребенок должен отречься, отрицать или диссоциировать также и саму возможность злоупотребления.

2. Ощущение беспомощности, являющейся следствием невозможности влиять на события и людей (van der Kolk, 1994). Когда ребенок используется как вещь для обслуживания потребностей и желаний взрослого, он опирается на представления о нем взрослого, в которых он лишен личной инициативы и воли. Каковы последствия такой ситуации? Рассмотрим снова предпосылки в межличностных отношениях, чтобы понять развитие чувства Я и Другого. Я и Другой существуют в динамическом напряжении, когда каждый определяет другого через качество их взаимоотношений. Подчинение овеществлению, осуществляемому взрослым, сохраняет отношения, которые оказываются неизбежным якорем в мире. Лауб и Ауерхан (Laub and Auerhahn, 1989) говорят об этой идее в контексте своей работы с жертвами Холокоста. Они отмечают, что "чувство Я у индивидуума зависит от его способности созерцать Я в другом. Обращение к злему отражающему объекту -единственная альтернатива состоянию полного отсутствия объекта" (р. 386). Для ребенка, развивающегося в условиях доминирования хронической агрессии или злоупотребления, такой обмен представлениями "злое Я / злой другой" становится ключевым аспектом его межличностной и интрапсихической организации. Рамки познания себя и других у него очень узкие. Поскольку эмоциональное окружение такого ребенка опасное и небрежное, взрослый другой начинает представляться в качестве увековеченного злоупотребления. Возникает искажение переживаний реальности, проваливается защитная функция взрослого и - самое главное - происходит крушение Я ребенка в результате использования его взрослым как "вещи". Чувство Я у ребенка становится в сущности плохим, постыдным и виноватым. В таких условиях ребенок стремится вырвать ощущение жизненности из своей истории злоупотребления. Часто это достигается через чувство "избранности", которое ребенок создает для себя.

3. Избранность внедряется в отношения ребенка со злоупотребляющим другим через чувство отличности от сверстников, совместную тайну и уникальность отношений с насильником. Он - единственный ребенок, к кому тот приходит ночью. Он сохранит тайну о том, что на самом деле происходит между ними. Через чувство избранности, которое включает и реальный, и фантазийный опыт, травмированный ребенок стремится занять активную позицию в совладании с травмой. В противном случае он является лишь пассивной жертвой. Пассивная жертва - виноватая и плохая - сменяется представлением о себе как об обладателе уникальных способностей и талантов. Фактически клиенты с историей злоупотребления часто действительно чутки к нюансам взаимодействий с людьми.

4. Последствия хронического злоупотребления часто проявляются как неспособность клиента регулировать возбуждение. "Оцепенение" сменяется состояниями перевозбуждения, что существенно влияет на хранение и воспроизведение воспоминаний. Способность успокаиваться возникает в ответ на даваемое родителями утешение, интернализируемое ребенком. Нарушение в способности "другого" распознавать, отзываться и утешать приводит к нарушению функции саморегуляции у ребенка. Пережитый опыт злоупотребления, как правило, приводит к насилию над самим собой и аддиктивному поведению.

Таким образом, переживание злоупотребления (в частности - со стороны членов семьи, будь то физическое или сексуальное насилие) оставляет ребенка неспособным

поверить в стабильность или надежность отношений. Будучи не способным сопротивляться тому, что взрослый использует его для своих собственных нужд, бессильный повлиять на наносящие ему ущерб события, подвергнутый злоупотреблению ребенок чаще всего может лишь принять представление взрослого о нем как об объекте потребностей и желаний другого человека. Из-за нарушенной способности оценивать реальные аспекты ситуации и склонности к диссоциации при столкновении с чрезмерно сильными переживаниями клиент не может построить связное описание истории своей жизни. Все эти элементы приводят к тому, что терапия с такими клиентами становится чрезвычайно проблематичным мероприятием и превращается в настоящее испытание способностей терапевта.

Особенности терапевтических отношений

Склонность к диссоциации вносит вклад в трудность терапии с травматиками. Диссоциированное переживание не похоже на вытесненный материал, зашифрованный (хотя и противоречивым образом) в языке и затем забытый. Скорее, диссоциация отделяет переживание от памяти. Переживание расчленяется, кодируется в различные соматические воспоминания - кинестетические, обонятельные, зрительные — и, вследствие этого, когда вызывается вновь, то стремится восстанавливаться в форме интенсивных физических "вспышек" (flashbacks) или дисфорических состояний со слабой когнитивной организацией. Бромберг (Bromberg, 1995) полагает что "истина", которая сохраняется в диссоциированном состоянии, недоступна для интерпретативных вмешательств, поскольку она существует в эмпирической памяти в виде переживания и не имеет четких перцептивных или когнитивных воспоминаний, связанных с Я. Для того, чтобы эти отчужденные психические состояния стали противоречивыми объектами саморефлексии, они должны стать прежде всего лингвистически "мыслимыми". Фактически, лишь благодаря способности терапевта переносить такие состояния "не-себя", они становятся связными и "мыслимыми" для обоих участников. Способность терапевта оставаться свидетелем пересказа клиентом своей истории злоупотребления - какими бы ни были средства передачи - является жизненно важным, хотя и трудным, первым шагом к превращению этого опыта в объект осмысления клиентом и терапевтом. Вспомним приведенное ранее определение травмы: переживание, которое превосходит способность клиента переработать его. Из-за того, что огромный ужасающий опыт клиента не может быть выражен словами и хранится на уровне сенсорной или соматической памяти, а также вследствие слишком низкой организации и выраженной интенсивности дис-форического аффекта, который обычно отрицается, повторное разыгрывание обычно заменяет воспоминание. Именно это делает терапию столь напряженной и трудной как для клиента, так и для терапевта. Диссоциативный уход или невнимание к происходящему на сессии - часто встречающаяся реакция терапевта при работе с такими клиентами.

Таким образом, терапевт вынужден участвовать в разыгрываемой динамике доминирования, принуждения и подчинения, являющихся характерными чертами отношений клиентов, развивающихся в условиях хронического злоупотребления. Дейвс и Фраули (Davies and Frawley, 1994 p. 167) неоспоримо доказывают это в своем детальном исследовании восьми конфигураций переноса-контрпереноса, которые повторяют динамику клиента, пережившего злоупотребление. Они выделяют

следующие пары:

- злоупотребляющий родитель и брошенный ребенок,
- насильник и жертва
- спаситель и ребенок, ожидающий спасения
- свратитель и свращенный

Каждая пара осязаемо воссоздается в терапии в форме сменяющихся отношений. Каждый участник играет комплементарную роль в рамках разыгрываемого другим травматического "осадка". Кроме того, поскольку клиент в качестве средства коммуникации использует повторное разыгрывание, то постоянно существует вероятность повторного насилия как внутри, так и вне терапии.

Т. о.: Самоощущение клиентов, история жизни которых связана со злоупотреблением, очень переменчиво: то он переживает чувства маленького ребенка, беспомощного и взволнованного перед лицом могущественного взрослого, то - дистанцирован, обособлен и как бы "не здесь". Кроме того, у них очень размытая граница между "сейчас" и "после", что вносит вклад в повторное переживание событий прошлого, как если бы они были частью настоящего. Такая неспособность клиентов делать свой опыт объектом рефлексии с опорой на язык и образование символов приводит к тому, что интенсивные переживания из прошлого вновь возникают в настоящем. Трудность для терапевта состоит в том, чтобы сохранить собственную жизненность на протяжении болезненного пересказа и воспроизведения клиентами историй их злоупотребления. Это серьезное испытание - оставаться одновременно и наблюдателем, и участником действия, разворачивающегося в терапии, особенно когда имеет место мощное давление к повторению насильственного прошлого опыта клиента. В такие моменты надежда, которая поддерживает всех нас в трудных переживаниях, составляет парадокс. С одной стороны, надежда придает в терапии силы обоим участникам, сохраняя возможность того, что что-то может быть иным. С другой стороны, надежда притупляет чувствительность клиента к опасности, приглашая клиента представить, что "этот человек совершенно не похож на моего насильника", что "эта ситуация совершенно не похожа на мое ужасное прошлое". Как во время перемирия между противниками, клиент и терапевт должны балансировать между оптимизмом и осторожностью, для того чтобы превратить непереработанный опыт в связное описание прошлого и настоящего.

Перенос

1. Надменность, излишнее любопытство и псевдотупость

Наиболее тяжёлым из них, является надменное поведение, описанное Бионом (Bion W. R. On arrogance. 1957). Речь идёт о клиентах, проявляющих по отношению к терапевту чрезмерную агрессивную заносчивость и излишне живо интересующихся его частной жизнью. И в тоже время они не видят своих проблем, складывается даже впечатление о псевдоглупости самих по себе очень умных клиентов. За время терапии им ни разу не удаётся понять далее самое простое из того, что говорит им психотерапевт. Эти три симптома: надменность, любопытство и псевдотупость в принципе нацелены на то, чтобы воспрепятствовать любой форме общения ради того, чтобы не увидеть существования у самого себя ненависти, то есть ненависть здесьотреагируется без возможности её воспринять в качестве своего аффекта. В терапии

это ставит перед психотерапевтами трудную психологическую задачу.

2. Абсолютная расщеплённость

Вторым часто наблюдающимся симптомом является абсолютное расщепление между идеализированным защитником и садистическим палачом, преследующим по параноидному типу. Возможно, наиболее тяжелую форму мы встречаем среди клиентов, чувствующих преследование со стороны терапевта, и потому по какой-либо причине начинающих распускать слухи о нём, возбуждать против него дела в суде, чтобы после всего этого отыскать для себя нового психотерапевта, которого будут идеализировать и ожидать от него помощи в борьбе с прежним психотерапевтом. Если исход этого судилища благополучно заканчивается для клиентов, и они достаточно расправились с прежним психотерапевтом, то тогда такие клиенты начинают новый процесс уже против второго терапевта, отыскивая ещё раз нового психотерапевта, который будет идеализироваться в качестве компенсации за "несовершенство" второго.

3. Трансформация жертвы в палача:

Клиент, играющий роль жертвы, планомерно провоцирует терапевта стать палачом. При отказе терапевта, клиент впадает в ярость.

4. Диссоциации

В качестве другой частой ситуации, вызывающей проблемы, следует назвать диссоциации - тяжёлые примитивные расщепления. Диссоциативные тенденции можно нередко встретить у пограничных клиентов. Обычно они пытаются не замечать диссоциативные состояния, используя для этого расщепление. Любая попытка устранить расщепление и истолковать причины сохранения расщепления приводят в переносе к параноидной установке клиента, и тогда психотерапевт тотчас становится палачом, а клиент - жертвой, то есть, попытка навести мосты над расщеплением приводит к реактивации примитивных диадных отношений, описанных выше.

Контрперенос

Активируем в переносе патологический интроект (внутренний объект), патологическое отношение, чтобы дать клиенту возможность полностью пережить их в переносе, одновременно исследуя *три канала* нашего *психотерапевтического восприятия*:

1. Что именно говорит нам наш клиент, то есть, каковыми являются его субъективные ощущения?
2. Как проявляет себя клиент?
3. Что мы ощущаем в нашем контрпереносе?

При этом наш контрперенос может проявляться двояко:

- идентификация с тем, что ощущает клиент, то есть конкордатная идентификация с переживаниями клиента, помогающая нам эмпатически вчувствоваться в него
- комплиментарная идентификация в контрпереносе, то есть идентификация с тем, чего клиент не может в себе терпеть.

В работе с такого рода клиентами чаще всего проявляется комплиментарный контрперенос. Таким образом, анализ переноса и контрпереноса позволяет нам довольно тонко обнаружить преследующие инроецированные отношения в структуре личности клиента и его идентификацию то с жертвой, то с палачом. (Clarkin JF, ... Psychotherapy for Borderline Personality. NY, 1999).

Роли жертвы-палача и их интеграция в психотерапии

Когда клиент способен выдержать на сеансах психотерапии открытие того, что он одновременно играет роли жертвы и палача, тогда подобного рода патологическая идентификация теряет свою силу и приводит к возможности обновлённой интеграции, к элементу, позволяющему объединить любовь с ненавистью, тех противоположностей, интеграция которых ранее не была доступна клиенту. А в результате этого клиент освобождается от своих проблем. А если же на сеансах психотерапии клиенту будут помогать только в том, что он ограничивает своё понимание лишь ролью жертвы, проецируя каким-нибудь образом вовне палача в себе, тогда хотя отношения клиента и будут казаться благополучными, так как клиент чувствует себя хорошо защищенным, проблемы его всё-таки в принципе не будут разрешены. Собственная, переполненная мстительными чувствами, агрессия клиента, которая не была им признана, эта агрессия, доходящая до ненависти, будет тогда постоянно проявляться в параноидных установках, овладевающих жизнью клиента; причём это столь же сильно относится как к изнасилованию, так и к другим формам тяжёлых травм.

Агрессия в контрпереносе

Очень важно уметь в контрпереносе сохранять интерес к клиенту и заботиться о нём несмотря на все провокации со стороны клиента. А это, значит, допускать в себе агрессивный контрперенос, так как неизбежно будут иметься моменты, в которых самое лучшее чего бы мы хотели так это выброситься из окна. Толерантность к агрессии палача, проецируемая на нас клиентом, безусловно, имеет решающее значение для успеха психотерапии. А для этого нам приходится становиться палачами, идентифицироваться с ними, облегчая этим и самому клиенту идентификацию с подобной ролью. В этом - главная трудность психотерапии, так как естественно, подобный подход явно противоречит нашим привычным психотерапевтическим убеждениям. Но когда мы не способны осознанно идентифицироваться в нашем контрпереносе с тем, что навязывает нам клиент, то тогда нам не удастся освободить его от интроецированного им образа палача. Таким образом, нам приходится идентифицироваться с комендантом концентрационного лагеря, с палачом, находящимся на службе у диктаторского режима, с отцом, вступающим с дочерью в сексуальные, инцестуозные отношения, с матерью-садисткой. То есть, мы должны научиться испытывать наслаждение от разрушительных действий, удовольствие от метания бомбы, наслаждение от проявления садистической агрессии, так как готовность к подобного рода действиям у всех у нас существует в сфере бессознательного. В качестве психотерапевтов таких клиентов мы никак не можем обойтись без того, чтобы и в самих себе приходить в контакт с этими чувствами и аффектами. Точно также мы должны всегда быть наготове идентифицироваться с сексуальными переживаниями клиентов, чтобы таким способом помочь клиентам справиться со своими проблемами. А это уже означает умение справляться с сексуальными и эротическими чувствами по отношению к клиентам, конечно, не отыгрывая их, а встраивая их в наши интерпретации, точно также как мы не должны отреагировать нашу агрессию, но встраивать её в наши интерпретации. Это ещё означает, что мы должны занимать по отношению к клиентам объективную, пронизанную заботой, но не соблазняющую установку.

А это уже говорит о необходимости сохранять техническую нейтральность, хотя это и не означает раздражённое безразличие. Важно уметь защищать себя от жалости к клиенту. Жалость является ничем иным как сублимированной агрессией, возникающей вместо уважения к его ценной, нормальной личности.

Подводя итог, можно сказать, что основной задачей психотерапии с клиентами, пострадавшими от тяжёлой постоянной агрессии, является интеграция любви и ненависти. Необходимо медленными шагами помочь клиенту освободиться от психопатических и параноидных установок и привести его к депрессивной скорби. Необходимо помочь клиенту освободиться от своего прошлого, а садомазохистический элемент, являющийся составной частью нормальной любви, вернуть в область сексуальности, вместо того, чтобы продолжать встраивать этот элемент в патологию характера и использовать для саморазрушения, при этом важно сохранять нашу объективную установку психотерапевта. Это вовсе не означает, что мы должны быть безразличными, аполитичными, невозмутимыми к причинам травм, постоянно вызываемых социальным устройством общества, о которых я уже говорил на конкретных примерах, а это террор, политические преследования, концентрационный лагерь, изнасилование, физические издевательства. Но в то же время это означает, что мы не используем наши идеологические и политические взгляды на то, чтобы войти с клиентом в слияние, препятствующее выявлению переноса и контрпереноса.

"Как граждане общества мы можем выражать наши идеологические взгляды, но как психотерапевты мы должны оставаться совершенно нейтральными, нейтральными не в смысле безразличия, но ради сопротивления желаниям клиента идентифицироваться с внутренними патологическими силами, против которых ему необходимо сражаться". *О. Кернберг*

Список литературы:

1. Кернберг О. Ф. Отношения любви: норма и патология. - М.: Независимая фирма "Класс", 2004.
2. Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. - М.: Независимая фирма "Класс", 2001.
3. Кернберг О. Ф. Агрессия при расстройствах личности. - М.: Независимая фирма "Класс", 1998.
4. Московский психотерапевтический журнал. Специальный выпуск: работа с психической травмой. №1. - М, 2003.
5. Кляйн М. Скорбь и ее отношение к маниакально-депрессивным состояниям, пер. с англ
6. Лауб и Ауерхан, 1989
7. Бромберг, 1995
8. Дейвс и Фраули, 1994
9. Judith Hermann. Trauma and recovery, NY, 1992.
10. Bion W. R. On arrogance, 1957
11. Куттер П. Принуждение в неврозе и в обществе. // Энциклопедия глубинной психологии, т.1. М., MGM-Intema, 1998.
12. Варга А. Я. Типы неправильного родительского отношения. Автореф. канд. дисс. М., 1987.
13. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. London, Sage Press,

1979.

14. Лэнг Р. Д. Расколотов "Я". СПб, Белый кролик, 1995.

ПСИХИЧЕСКАЯ БОЛЬ: ПРИРОДА, ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ (А. Н. МОХОВИКОВ)

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 Мариа 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).

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 монографии 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.

Психическая боль в клинической психологии

Психическая боль является давно известным и часто используемым понятием в клинической психологии и психиатрии, она правомерно рассматривается в качестве "сердца" психопатологии (Франкл).

Самое общее определение - психическая боль это психическое состояние острого страдания в силу накопления отрицательных эмоций, возникающее в результате сверхсильных или разрушительных воздействий на организм, угрожающих его существованию или целостности. Психическая боль возникает при состояниях душевного волнения - во время раскаяния, скорби и т.д., она может возникать вследствие переживаемой физической боли.

Зигмунд Фрейд (1917) считал психическую боль чувством скорби или горя (mourning). С момента выхода его работы "Скорбь и меланхолия" скорбь и депрессия считаются двумя главными альтернативами человеческого способа справиться с потерей значимых объектов и психической болью. Другими предложенными и описанными в качестве главных альтернативами были отрицание потери или ее значения с идеализацией утраченного объекта или без таковой, быстрая замена его новым объектом, патологическое горе по "связанным" с ним объектам или идеям (Volkan, 1981), развитие соматического или психосоматического заболевания, а также пристрастие к алкоголю, наркотикам или перееданию. Согласно общепринятому мнению, чем в большей степени инфантильно, зависимо и амбивалентно отношение субъекта к утраченному объекту, тем больше вероятность того, что вместо более или менее нормального процесса горя (mourning process), того, что Фрейд назвал "работой горя" его реакцией на потерю будет одна или сразу несколько патологических альтернатив. Когда происходит потеря объекта, утраченный объект более или менее продолжительный период времени переживается в качестве интроекта. Тем не менее впоследствии он не представляет регрессивной трансформации идентификаций в интроект, но является попыткой защитить Собственное Я от переживания тотальной потери объекта путем сохранения объекта во внутреннем мире до тех пор, пока полная проработка (working through) потери постепенно не сделает это излишним (Abraham, 1924; Fenichel, 1945). Поэтому, несмотря на то, что интроекция после потери объекта представляет собой регрессивный феномен, возникающий в результате интроект как правило не претерпевает значительных регрессивных изменений по сравнению с его репрезентацией до потери объекта. (Тахка. Психика и ее лечение).

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 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" (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.

Уильям Стайрон в романе "Зримая тьма" (1990), рассказав о своих попытках выйти из состояния глубокой депрессии, проявил себя незаурядным психологом в описании психической боли. Он полагал, что психическая боль возникает из-за внутренней никчемности, которая контролирует и разрушает сознание.

Возникновение и феноменология душевной боли утраты детально описана в психологии переживания Ф. Е. Василюка. Он полагает, что душевную боль вызывает сам горюющий, уходя от умершего или отталкивая объект утраты. Разрушение старой связи при произвольном отрыве и наблюдении за отдалением образа утраты вызывает душевную боль (7).

Психическая боль в психиатрии

В классической психиатрии девятнадцатого - начала двадцатого века психическая боль рассматривалась среди феноменов нарушения чувственной сферы.

С.С. Корсаков в "Курсе психиатрии" (1913) относил душевную боль (neuralgia psychica), обусловленное тоской невыносимое "величайшее отчаяние" к качественным расстройствам в сфере чувств, в частности к глубокой степени изменения настроения. Кроме того, он выделял мучительное притупление душевной чувствительности - "тягостные душевные состояния, при которых в одно и то же время чувствуется, с одной стороны, какое-то притупление чувствительности, а с другой ужасная мука" (с. 104). В этом состоянии, болезненной психической анестезии (anaesthesia dolorosa psychica) больные чувствуют как бы онемение всего их существа, неспособность ничего чувствовать, неспособность испытывать не только чувства любви, радости, но даже и горе, печаль. Оба состояния из-за переживаемых мучений чреваты самоубийством. С.С.Корсаков считал, что расстройства настроения создают благоприятную почву для появления аффектов, соответствующих чувственному тону настроения, и выделял *аффекты мучительного свойства*, связанные с печальным чувством душевного страдания, к которым относил *самостоятельную душевную боль*. Самым частым ее видом, в котором она проявляется, он считал *аффект тоски*, при котором отмечается мрачное одностороннее не корригируемое ничем мышление, и человеку до очевидности становится ясно, что ему нет выхода и предстоит одна

гибель, далее отмечаются физические явления: боль в предсердии, подложечной области (*anxietas prae-cordialis*), "предсердечная тоска" - "грудь точно в тисках, какое-то необыкновенно мучительное сосание в подложечной области или ощущение чего-то болезненно ноющего, какого-то постороннего тела, которое хотелось бы вырвать из груди" (с. 105), затруднение дыхания со склонностью к порывистым вздохам, что выражается в причитаниях, стогах. Нередко возникает потребность в разрушительных действиях, человек стремится лишиться себя жизни с едва преодолимой силой. Иногда приступ тоски является неожиданно и достигает чрезвычайной силы, длится от нескольких минут до нескольких часов, в таком случае он называется *меланхолический порыв* (*raptus melancholicus*) (Корсаков С. С. Избранные произведения, М.: ГИМЛ, 1954).

И. А. Сикорский в "Основах теоретической и клинической психиатрии" (1910) уже отчетливо связывал болезненную психическую анестезию, "мучительную реакцию души, вызванную сознанием наступивших психических утрат и перемен - плач Иеремии в душе, страшащейся за свое существование и ждущей своей смерти или своего ужасного бессмертия" с "глубокой, всепроникающей и нескончаемой душевной болью, которая тем более является тяжелой для самочувствия, что *сознание* остается ясным, неомраченным, не спутанным и большей частью свободным не только от галлюцинаций, но и от бреда" (с 196, Киев, Тип. С. В. Кульженко, 1910)

В.П. Осипов пишет о душевной боли, психических невралгиях или психалгиях как о чисто физических болезненных ощущениях, сопровождающих мучительный аффект тоски, считая одной из самых тяжелых форм невралгий - предсердную тоску (с.310)

В психиатрии психическая боль традиционно рассматривается среди симптомов депрессивного состояния, прежде всего эндогенной депрессии. Ее синдромальная картина разнообразна как по тяжести проявлений, так и по психопатологической структуре. Основным для эндогенной депрессии является наличие так называемой депрессивной триады расстройств, включающей симптомы эмоционального, двигательного и идеаторного (ассоциативного) торможения (по П.Б.Ганнушкину). Основным проявлением эмоционального торможения на высоте развития эндогенной депрессии является *тоска*. Она характеризуется особой тяжестью, массивностью, диффузностью в переживаниях больных. При этом больные испытывают чувство безнадежности, подавленности, отчаяния, они утрачивают все надежды, говорят о бесперспективности и пессимистически оценивают события прошлого, настоящего и будущего.

Тоска сопровождается рядом тягостных телесных ощущений. При описании их больные пользуются определениями, применяемыми к физическому состоянию, т.е. физическая и психическая боль как бы соединяются. Тоска и боль в переживаниях больных ощущается во всем теле, особенно часто локализуется в области сердца, за грудиной, но может также локализоваться в голове, в животе. Больные жалуются, что им "больно думать", "больно хотеть", "если удалить сердце, то пройдет тоска", душа таких больных воспринимается как больной орган. Подобное слияние психических и телесных переживаний в картине депрессии определяется как свойство *витальности* и является одним из основных отличительных характеристик эндогенного происхождения депрессии. При эндогенной депрессии дополнительную психическую боль вызывает депрессивная (меланхолическая) деперсонализация в *виде болезненно*

переживаемого скорбного чувства бесчувствия (anaesthesia dolorosa psychica) с утратой способности к эмоциональным откликам, мучительно воспринимаемой больными. Они говорят, что стали безжизненными, "мертвыми", "как автоматы", "как глыба льда", обычно не могут заплакать. Испытываемое больными эндогенной депрессией отвращение к жизни и мучительный для них характер своего состояния нередко сопровождается суицидальными мыслями и поступками.

Свойственная депрессивным больным психическая гипералгезия (душевная боль) сопряжена с психологически невыводимым чувством вины, снижением самооценки, суицидальными тенденциями, а тягостное физическое самоощущение - с "соматическими" симптомами (расстройства сна с трудностями засыпания и ранними пробуждениями; резкое снижение аппетита вплоть до депрессивной анорексии со снижением веса на 5% и более от исходного в течение месяца; снижение либидо, нарушения менструального цикла вплоть до аменореи и другие соматовегетативные дисфункции), которые могут определять клиническую картину. (Смулевич А. Б. Походы к терапии депрессий в общемедицинской практике - Русский медицинский журнал, 2003, т.116 № 21. <http://www.RMJ.ru>)

Другой современной нозологической единицей в соответствии с МКБ-10 в которой психическая боль (психалгия) является ключевым симптомом является *устойчивое соматоформное болевое расстройство (45.4)*. Ведущей жалобой больных является постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль, которая полностью не может быть объяснена физиологическим процессом или соматическим расстройством и которая появляется в сочетании с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами, которые могут быть расценены в качестве главной причины. В ряде случаев состояние упорной соматоформной боли сопровождаются сверхценным стремлением к преодолению патологических телесных сенсаций за счет разработки собственных методов лечения, отличающихся вычурностью и брутальностью, и в выраженных случаях может вызывать различной степени аутоагрессию ("ограниченная (circumscripta) ипохондрия"),

В структуре соматоформных расстройств выделяют так называемые алгопатические состояния. Среди соматоформных расстройств одной из наиболее актуальных проблем остаются хронические болевые расстройства. Увеличение числа публикаций по этой проблеме особенно заметно в последние десятилетия, что объясняется несколькими причинами. Прежде всего, понятие "хроническая психическая боль", хотя и обсуждаемое с момента построения концепции соматизации W. Steckel [527], в психиатрическую практику введено относительно недавно, что и определяет повышенный интерес исследователей к группе алгических состояний. Более того, в немногочисленных клинических работах при значительном преобладании публикаций авторов, придерживающихся психологических и психодинамических концепций, обнаруживаются существенные различия в оценке самого феномена "психической боли".

Следует сказать, что на сегодняшний день наиболее признана концепция, согласно которой хронические алгии, обозначаемые в современных систематиках и специальных публикациях различными терминами — "соматоформные болевые расстройства" [288], "персистирующие болевые расстройства" [366], "алгопатии" [545], расцениваются в качестве варианта психогенно спровоцированных истероконверсионных нарушений [160, 385, 438, 480]. Это понятно, поскольку уже

при введении термина "соматизация" W. Steckel интерпретировал определяемые этим понятием проявления (включая и болевые) как эквивалент конверсии (цит. по [273]), а с конца прошлого столетия затяжные алгические расстройства рассматривались не только психиатрами [238], но и врачами широкого профиля (цит. по B. van Houdenhove [363]) как одно из ведущих проявлений истерии. Такая оценка алгопатии нашла подтверждение в ряде клинических исследований последних десятилетий, но прежде всего в серии публикаций S. Guze и сотр. [347]. В результате систематического изучения авторы выделили отдельную клиническую форму — "хроническую полисимптоматическую истерию" (синдром Брике) — и показали, что в структуре этого синдрома так называемые неорганические боли составляют едва ли не наиболее частый и значимый симптом.

Однако многообразие проявлений затяжных алгических состояний не исчерпывается соматизированными истероконверсионными проявлениями в рамках психогенных болей. Выделяется второй тип алгопатии — "соматоформные болевые расстройства" (по DSM-III-R [288]), хотя и отождествляемые большинством авторов с психалгиями, все же далеко не во всех случаях обнаруживающие отчетливую патогенетическую связь с психотравмирующими воздействиями. К алгопатиям этого типа относится немногочисленная группа расстройств, отличающихся от полиморфных конверсионных нарушений самопроизвольностью возникновения, а также локальностью и изолированностью. Еще E. Bleuler [224] приводил описания резистентных к лечению "неотступных и исступляющих" хронических болей, возникающих вне связи с какими-либо психическими травмами. Позже G. Ladee [400] предложил обозначать подобные алгопатий термином "идиопатические боли". Как показывает анализ литературы, специальных клинических исследований, посвященных идиопатическим алгиям либо их сравнению с психогенными болями, не проводилось. Усилия авторов концепции соматоформных болевых расстройств были направлены не столько на выявление дифференцирующих признаков обеих групп, сколько на объединение этих двух групп в определенную диагностическую категорию [215, 363, 529]. Вместе с тем работы C. Cloninger и сотр. [229, 273, 515] с применением эпидемиологического, клинического и генеалогического методов, выявившие возможность подразделения соматоформных расстройств, включая алгические, на "многообразные" (diversiform) и "однообразно персистирующие" (high-frequency somatoform disorders) дают основание полагать, что между "психогенными" (конверсионными, полиморфными) и "идиопатическими" (мономорфными) болями существуют принципиальные различия.

Но если "убивается" слишком большая часть личности, приносится слишком большая жертва, то сделка не дает никаких позитивных результатов. Человек продолжает испытывать психическую боль - хотя она скорее порождена уже не невыносимостью чувств, а "застреванием" на них. (Сейден, Лукас. О стадии сделки в горе)

В процессе эволюции органического мира боль превратилась в сигнал опасности, стала важным биол. фактором, обеспечивающим сохранение жизни особи, а следовательно и вида. Возникновение боли мобилизует защитные силы организма на устранение болевых раздражений и восстановление нормальной деятельности органов и физиологических систем.

Душевная боль - быстро возникающее и так же быстро исчезающее страдание.

Стоическое и христ. мировоззрение в безмолвном перенесении боли усматривает **добродетель**: напротив, в античной Греции в перенесении боли видели несчастье, посланное судьбой, и стремились от нее немедленно избавиться.

Митрополит Антоний Сурожский, посвятивший достаточно много внимания проблеме смерти и умирания, приводит многочисленные примеры о том, как предсмертные страдания неизлечимо больных очищали духовно и делали людей, стоящих на пороге смерти счастливыми. Сердцевиной подхода Восточного Православного Христианства к психическому здоровью является возможность обретения человеком благодати. Истинное и полное благополучие человека является следствием наших личных взаимоотношений с Богом [6]. Психическое здоровье есть одно из измерений совокупности этих взаимоотношений. Поскольку ни одному человеку не дано достичь гармонии этих взаимоотношений, так же как и все мы не являемся "всецело человеческими", постольку все мы в некоторой степени не совсем здоровы психически. Православное понятие покаяния или *metanoia* предполагает перемену сознания, его трансфигурацию и трансформацию. Примечательно, что учение духовных отцов Восточной Церкви подчеркивает постоянную необходимость покаянного отношения человека к цели и предназначению его человеческого существования.

Некоторые из последних исследований относят традиционные духовные методики к стандартным психотерапевтическим теориям, методам и подходам [7]. Несмотря на безусловные различия, следует все же признать и существование множества параллелей между древними мистическими учениями и современными школами психологии. Православная этика видит в психически больном собрата нашего, человека нуждающегося в сострадании и помощи. Терапевтические методы, унижающие человеческую сущность психически больных, отказ в сочувствии, их изоляция и лишение помощи и терапевтической поддержки негуманны и аморальны. В этой ситуации нет никаких моральных обязательств для продолжения использования искусственных врачебных средств. Примечательно, что молитвенник Восточной Православной Церкви включает целую службу, посвященную умирающим. В случае, когда смерть задерживается, ключевой сентенцией молитвы являются призывы к Богу отделить душу от тела, дав тем самым отдохновение умирающему. Бога просят "избавить раба Твоего (имя) от невыносимых страданий и от нескончаемой и изнуряющей болезни этой и даровать ему покой"

Одна из первых и наиболее внушительных попыток прояснения этого феномена была предпринята Эдвином Шнейдманом, который для ее описания ввел особый термин - "psychache"

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 или внутренней структуры организма 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).



Рис.1. Феномен боли в контексте гештальт-подхода

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 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) (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 протопопы 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 наделении 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... 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" (31).

Конфлюэнтный вектор самоубийства. В гештальт-терапии слияние или конфлюэнция традиционно считают состоянием, в котором возникает фигура и одновременно растет сопротивление ее возникновению. В слиянии психическая реальность клиента преимущественно представлена фоном. В жизни это состояние наиболее характерно для младенца, находящегося в слиянии с матерью. У взрослого конфлюэнция проявляется безотчетными тревожными состояниями, порожденными некоторой неясностью сознания. Ее неизменное присутствие у взрослого человека можно сравнить с "латентным суицидом", формой саморазрушающего поведения, описанной Меннингером, которая достаточно долго длится и отчетливо не ведет к смерти. К ее проявлениям можно отнести рассеянность при вождении автомобиля, злоупотребление психоактивными веществами и иные деструктивные черты в поведении, которые отмечаются в повседневной жизни каждого человека. Вполне вероятной является 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 деструктивному культу (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, свободы обращения). Их называют мета-потребностями, поскольку не имеют фиксированного объекта удовлетворения и могут быть удовлетворены различными 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 (Рис.2).

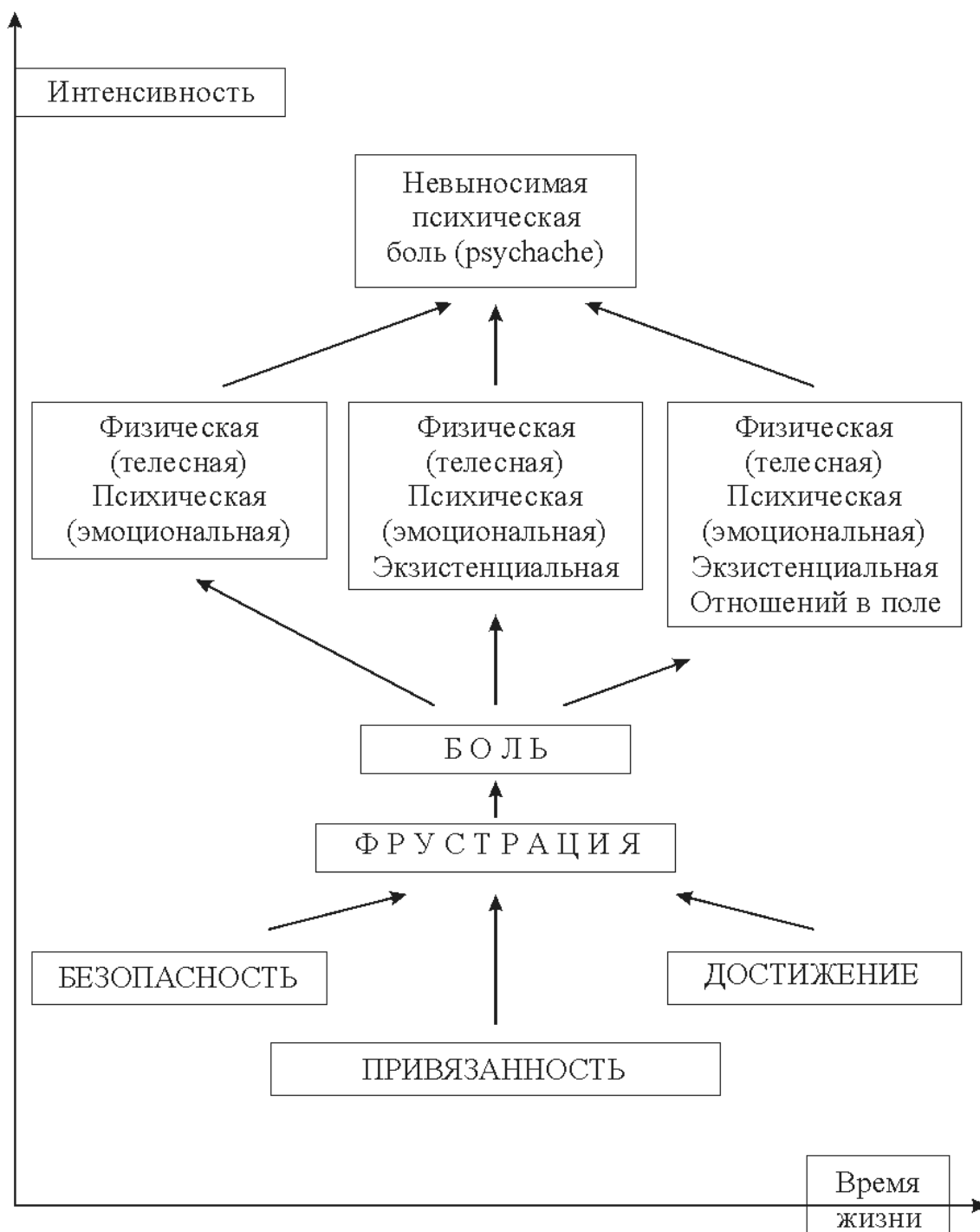


Рис. 2. Психическая боль и основные мета-потребности.

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 (Рис.3).

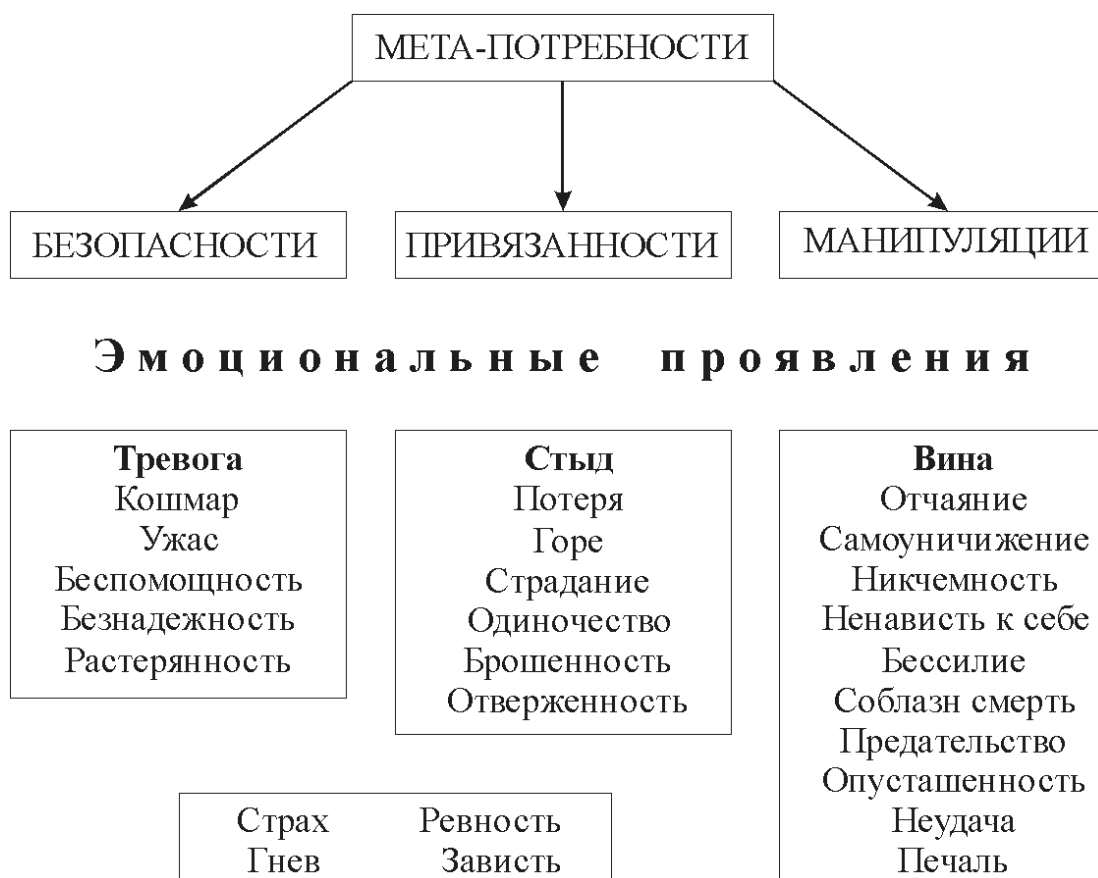


Рис.3 Основные мета-потребности человека и эмоциональные проявления, обусловленные их фрустрацией

Мета-потребность в привязанности формируется вслед за обеспечением безопасности и связана с появлением в поле 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 привязанности, в свою очередь вызывающей боль (боль ненасыщения). Она связана с широким спектром чувств, например, страха, злости, обиды, зависти, ревности, жалости и стыда (Рис.3).

Развитие мета-потребности в манипулировании (достижении, свободе обращения) 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 (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.

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 четырех-факторную 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" в то время, 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 "сседающего" 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 отвращения, 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 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

"Нет ничего более тяжкого, чем сочувствие. Даже собственная боль не столь тяжела, как боль сочувствия к кому-то, ради кого-то, боль многожды помноженная фантазией, продолженная сотней подголосков" (М. Кундера, "Невыносимая легкость бытия" (с.43) Азбука-пресс, 2002) В пределах основной общей цели помощи людям с суицидальными тенденциями, направленной на спасение их жизней, Э. Шнейдман (23) выделяет три основные цели психотерапии суицидальных клиентов: 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 целям психотерапии суицидальных клиентов, которые сформулированы Э. Шнейдманом, однако, в литературе отсутствует какое-либо систематическое описание ее использования для этой категории клиентов. Основные направления феноменологической работы: 1) коррекцию феноменов актуального суицидального вектора *данного* клиента и 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 утраты) 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 "инроецированного" (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 атомического 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 конфлюэнтно 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 гешталтом, 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. "Сам того не ведая, человек творит жизнь по законам красоты, даже в пору самой глубокой безысходности" (М. Кундера с.65) 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-беснадежности - 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 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: 1) коррекцию феноменов актуального суицидального вектора *данного* клиента и 2) 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/ 7 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// Суици-дология: 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. Моховіков 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: Контур 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. Гештальттерапия. 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.:, 2001.
 21. Хломов Д. Динамическая концепция личности в гештальт-терапии// Гештальт-96. Сборник материалов М Г И. 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.: "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.1 146-1149.
 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 MM. 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 Patirnts 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. Brun-ner/Mazel: Philadelphia, PA, 1999.
47. Shneidman E.S. The Psychological Pain Assessment Scale/7 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.