

## **ПСИХОТЕРАПИЯ СУИЦИДОПАСНОГО КРИЗИСА: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРЕЖИВАНИЯ**

**И.А. Погодин**

*Институт Гештальта, Минск, Белоруссия*

Пожалуй, наиболее важное значение для терапии, в фокусе внимания которой находятся суицидальные тенденции, имеют несколько факторов. Во-первых, это представление о конфликтной ситуации (предполагающей либо внешний, социальный, либо внутренний конфликт), лежащей в основе суицидального поведения, как уникальной. Другими словами, человек переживает ситуацию как безвыходную ввиду убежденности в том, что с подобным до сих пор никто никогда не сталкивался. Причем убеждать человека в обратном оказывается бесполезно. Во-вторых, фиксирует человека в безысходности представление о невыносимости психической боли, которая в какой-то момент оказывается сильнее желания жить, доводя человека до отчаяния. В-третьих, адаптационные ресурсы человека (в смысле способности к творческому приспособлению) истощены, ограничены или фиксированы внутри адаптационной модели, принявшей суицидальную конфигурацию. Начиная разговор о психотерапии, остановимся более подробно на всех этих факторах и их влиянии на терапевтический процесс по отдельности. Центральной категорией предлагаемого вашему вниманию анализа модели психологической помощи суицидентам будет выступать процесс переживания [3], психотерапевтический же метод будет носить феноменологический диалоговый характер, свойственный гештальт-подходу [10].

### **Модель психологической помощи в суицидоопасной ситуации**

*Представление об уникальности суицидогенной ситуации.* Как правило, ситуация, в которой оказался суицидент, представляется ему совершенно уникальной, такой, с которой никто никогда не сталкивался. Такое представление может существовать

и определять поведение человека вне зависимости от "объективных" свидетельств об обратном. В острый суицидоопасный период никакие рациональные доводы, нивелирующие уникальность ситуации, не имеют сколько-нибудь выраженного терапевтического значения. Более того, их использование в целях психологической помощи скорее разрушает основания для терапевтического контакта. Ведь феноменологически мы имеем дело с совершенно уникальной ситуацией поля, отличной от того, как представляется и интерпретируется она нами<sup>1</sup>. Уникальность сложившейся феноменологической ситуации является не иллюзией или бредом душевно нездорового человека, а реальностью его существования. Кроме того, следует учитывать, что процесс переживания (который, собственно говоря, и является нашей целью [3]) может основываться лишь на феноменах self, имеющих отношение к текущему контексту феноменологического поля. В связи с этим первым принципиально важным шагом в терапии суицидального поведения является принятие этой феноменологической реальности клиента. Любая другая интервенция не имеет отношение к терапии, основанной на контакте, поскольку ее базовое основание (имеется в виду сам контакт) разрушается. Настоящий терапевтический тезис, очевидно, имеет расхождения с существующим в суицидологической литературе представлением о терапевтически необходимой первичной задаче снятия уникальности ситуации посредством конфронтации с ней, приведения "очевидных фактов", противоречащих такому представлению, "поддержки" примерами из жизни других людей или самого терапевта и т.д. Такая нарциссическая (в

---

<sup>1</sup> В этой части статьи хотелось бы провести более ясную границу между полем физическим и полем феноменологическим. Феноменологическое поле естественным образом отличается от физического наличием взаимного опосредования между его феноменами и интенциями человека. Именно чувства, желания, представления, образы, поведенческие паттерны, элективные намерения человека и т.д. определяют особенности функционирования феноменологического поля [1; 2]. Таким образом, речь идет не столько о сложившейся социальной ситуации, сколько о контексте феноменологического поля, т.е. ситуации "поле – self".

смысле игнорирования реального положения вещей и стремления изменить "неудобную" реальность) ориентация психологической помощи заставляет человека становиться кем-то другим, а не оставаться тем, кем он сейчас является. Таким образом, эта тенденция манипулятивного характера заставляет человека бежать от самого себя. Естественно, что стоит распрощаться в этом случае с надеждами на восстановление процесса переживания. Тезисы парадоксальной теории изменений А. Бейссера верны здесь как никогда прежде: "...изменение происходит тогда, когда человек становится тем, кем он есть [является], а не тогда, когда старается быть тем, кем не является. Изменения не возникают посредством принудительной попытки самого индивида или другого человека изменить его, но они происходят, если тот находит время и силы быть тем, кем он есть [является] – полностью отождествить себя с тем, что происходит с ним в настоящем. Отрицая какую-то особую роль агента изменений, мы делаем возможным осмысленные и регулярные изменения" [4].

Таким образом, подводя итог вышесказанному, следует отметить, что первым шагом в терапии суицидоопасного кризиса является полное и безусловное принятие уникальности феноменологической картины кризиса. Сказанное, естественно, подразумевает также принятие представления клиента о событии, лежащем в основании суицидального поведения, как совершенно уникальном, несмотря на убежденность терапевта (исходящего, естественно, из своей "феноменологической карты") в обратном. Не стоит спешить в терапии, преждевременно фасилитируя разрешение конфликта уникальности, поскольку в этом случае процесс переживания суицидогенного события может оказаться затрудненным, или, в худшем случае, заблокированным вовсе. Только после принятия феноменологической реальности, в которой "живет" клиент, оказывается возможным освобождение процесса переживания суицидогенного события, которое, как правило, начинается с восстановления чувствительности к психической боли.

*Психическая боль и ее переживание.* Несмотря на то что представление о ведущей роли невыносимой психической боли в генезе суицидального поведения является общим местом в суицидологии [5; 6; 7; 8], важнейшим фактором, опосредующим

суицидальным риск, является не столько сама по себе психическая боль, сколько блокированный процесс ее переживания. Таким образом, слово "невыносимая" в словосочетании "невыносимая психическая боль" оказывается центральным для феноменологии суицидального поведения. Семантика "невыносимости" может иметь по крайней мере два источника. С одной стороны, слово "невыносимость" имеет значение, относящееся к тяжести груза, который представляется неподъемным. С другой – "невыносимость" предполагает субъективную невозможность вынести феномен, к ней относящийся, в контакт<sup>1</sup>. Причем, на наш взгляд, оба значения данного слова взаимосвязаны. Так, при вынесении некоторого феномена, относящегося к любой из функций self, в контакт, он перестает восприниматься человеком в качестве непереносимого по своей тяжести груза. Сказанное имеет прямое отношение к феномену психической боли.

Боль, остановленная в своем переживании, удерживает в связанном виде огромный объем психического возбуждения, относящегося, как уже отмечено, к различным фрустрированным потребностям и соответствующим эмоциональным феноменам. При невозможности восстановить спонтанную динамику боли в переживании с каждым днем объем удержанного возбуждения растет, увеличивая тем самым психическое давление и замыкая порочный круг нарушения творческого приспособления: "блокированное переживание – психическая боль – еще большая фрустрация переживания – еще более выраженная боль". В итоге психическая боль перестает быть выносимой и начинает конкурировать с желанием жить, которое естественно сохраняется у каждого суицидента вплоть до последних минут его жизни<sup>2</sup>. Конечно же, возможно, что в определенный момент блокированная в переживании психическая боль окажется сильнее витальных сил. Такая ситуация становится чрезвычайно

---

<sup>1</sup> Именно на этом основано разделение эмоциональных феноменов на "аутичные" и контактные, предложенное нами ранее [9].

<sup>2</sup> Этот фактор *априорной витальности* может и должен быть использован в терапии суицидоопасного психологического кризиса.

сиуицидоопасной и нередко заканчивается летально в результате успешной попытки самоубийства. Учитывая это, одной из важнейших задач терапии суицидального поведения, разворачивающегося на фоне психической боли, является легализация боли с последующим восстановлением процесса ее переживания. Ведущим терапевтическим фактором в этом процессе выступает сам терапевтический контакт. Боль клиента, размещенная в контакте с терапевтом, рассказанная лично терапевту и только для него при условии собственной способности терапевта к присутствию и контакту в этот момент с течением времени перестает быть невыносимой и может быть пережита. Необходимо отметить, что присутствие терапевта предполагает не только и не столько физическое присутствие в пространстве терапии, сколько способность терапевта спонтанным и творческим образом обращаться со своими переживаниями, возникающими в динамике терапевтического процесса [10, 11]. Естественно, что терапевтическая работа с невыносимой психической болью предполагает не только высокую профессиональную подготовку терапевта, но и его способность обращаться адекватным образом с собственной болью, не утрачивая при этом свою чувствительность. Это важно, поскольку в терапии психической боли терапевт работает, собственно говоря, самим собой, своими собственными психическими шрамами, рубцами, своей болью. Именно способность и способ обращения терапевта со своей болью, думаю, является фактором, определяющим чувствительность терапевта.

*Восстановление процесса переживания суицидогенного со- бытия (событий).* Итак, переживание боли в свою очередь запускает заблокированные до этого момента динамические механизмы self, относящиеся к остановленным в переживании чувствам<sup>1</sup>. Кроме того, этот процесс предполагает реабилитацию

<sup>1</sup> За освобождением в переживании психической боли, например, следуют заблокированные до этого переживания гнева, стыда, печали, зависти, но также нежности, любви, радости, удовольствия и т.д. – диапазон возникающих переживаний может оказаться на удивление широким, точнее, принципиально безграничным.

или трансформацию ценностей, смыслов, подвергшихся в суицидогенных событиях разрушению, а также восстановление из заблокированных интенций поведенческих и элективных паттернов. Другими словами, зачастую психическая боль выступает комплексным феноменом, маркирующим остановленный в своем протекании процесс переживания. В некотором смысле психическая боль оказывается единственными воротами в процесс восстановления переживания суицидогенного конфликта.

Таким образом, переживание психической боли не только освобождает id-динамику, но и инициирует personality- и ego-изменения. Например, утраченные или находящиеся под угрозой разрушения ценности и смыслы могут быть восстановлены или трансформированы в новые. Образы себя и окружающего мира, подвергшиеся деформации, также могут оказаться доступными для творческой динамики. Блокированная в хронических паттернах способность выбирать может быть восстановлена. Собственно говоря, это и выступает целью терапии на этом этапе. Терапевтический процесс при этом подчиняется феноменологическому подходу. Иначе говоря, основной задачей выступает обнаружение в феноменологическом поле возникающих self-феноменов, с тем чтобы дать им возможность развиваться до уровня, потенциально в них присутствующего. Очень важно для терапевта не фасилитировать динамический процесс, исходя из своих собственных убеждений (несмотря на то что такого рода интенций избежать трудно), а ориентироваться на естественный self-процесс, доверяя ему. Причем динамика всех функций self размещается в едином процессе переживания, трансформации феноменов всех функций поддерживают друг друга и взаимообуславливают.

*Восстановление адаптационных ресурсов self.* Ранее уже отмечалось, что суицидальное поведение является следствием деформации адаптационной модели у человека [12]. Событие (или серия событий), спровоцировавшее суицидогенный конфликт, сформировало требования к адаптационным ресурсам self, превышающие их возможности. В такой ситуации существующие, т.е. известные в опыте человеку способы адаптации, оказались негодными (или были восприняты самим суицидентом как негодные). Творческие же ресурсы self оказались недос-

таточными, поскольку функция его была парализована заблокированной сильной токсической психической болью. Таким образом, как уже отмечалось выше, начал функционировать замкнутый круг нарушения творческого приспособления. Ввиду "психического паралича" его и учитывая заблокированную в переживании боль, самоубийство как предельный в своем абсурде способ адаптации к сложившейся ситуации поля выходит на первый план, занимая в иерархии адаптационной модели [12] ведущее положение. Выходом из сложившейся суицидоопасной ситуации могли бы стать, с одной стороны, реабилитация известных в опыте способов адаптации в поле, либо, с другой, – творческое формирование новых способов приспособления к ситуации. Оба этих фактора ревитализации имеют отношение к восстановлению способности к творческому приспособлению, реализуемой функцией его. Поэтому в терапевтическом фокусе на этом этапе терапии оказывается поддержание способности клиента совершать выбор, основываясь на своем процессе переживания. В случае, если self-интенции и сопутствующие им феномены (интроекции, проекции и т.д.) вступают в противоречие, необходимо поддерживать self в этом конфликте до появления состояния тупика (избегая преждевременного разрешения конфликта, например, ресурсами самого терапевта). Хрупкие зарождающиеся self-интенции в существующем феноменологическом поле нуждаются в значительной поддержке для того, чтобы развиваться до уровня, способного определять адаптационный процесс в этом же поле, которое еще недавно носило характер, предрасполагающий к суициду. На этом этапе терапии, как правило, появляется гораздо больше попыток экспериментирования, задачей которых выступает поддержка функции его. Эксперименты начинают носить в большей степени социальный характер. Кроме того, в этом терапевтическом периоде клиент зачастую нуждается в тренинге адаптационных паттернов, сформированных в ситуации терапевтического эксперимента.

### **Иллюстрация описываемой модели**

Вашему вниманию предлагается краткая иллюстрация терапевтической работы, основанной на предложенной модели психологической помощи. В ней вы можете обнаружить последова-

тельность терапевтического процесса, разворачивающегося в феноменологическом поле, и определяемого острыми суицидальными тенденциями, развернувшимися на фоне острого травматического события, переживаемого клиентом. Схематически эта последовательность может быть представлена следующей цепочкой: принятие уникальности феноменологической картины происходящего – восстановление чувствительности к психической боли – поддержка процесса переживания всех возникающих в поле феноменов (без элективной включенности фасилитатора с акцентом на естественной терапевтической динамике поля) – восстановление способности к творческому приспособлению.

Р., девушка 24 лет, обратилась за помощью в остром суицидальном кризисе. Несколько месяцев назад она столкнулась с чрезвычайным по силе событием в своей жизни – её молодой человек, за которого она собиралась замуж, трагически погиб в автокатастрофе. Р. потеряла всякий вкус к жизни, чувствовала себя опустошенной и уже длительное время пребывала в депрессии. Любые попытки переживания случившегося были ей недоступны. С горечью и болью в голосе она рассказывала, что никто ее не понимает и не может поддержать. Подруги пытались отвлечь ее внимание от события к другим делам и занятиям. Родители сказали нечто вроде: "Не расстраивайся, доченька. Ты найдешь себе еще лучшего парня, чем прежний". По всей видимости, и подруги и родители исходили из самых лучших побуждений, но по очевидным причинам, упоминавшимся выше, не могли присутствовать в жизни Р., поскольку исходили из отличной феноменологической ситуации. Для Р. же случившееся в ее жизни оказалось событием не просто трагическим, а совершенно уникальным (чего, кажется, не понимали или боялись понять ее близкие). Невозможность принять ситуацию в свою очередь блокировало процесс ее переживания. Моей первичной терапевтической задачей на этом этапе было немедленное принятие всей уникальности ситуации, в которой оказалась Р. Я сказал ей, что утрата, которую она понесла, безвозвратна и что я замечаю невозможность для Р. каким-либо образом в настоящий момент ее компенсировать. После этого Р. впервые посмотрела мне прямо в глаза и расплакалась, процесс переживания сейчас мог быть восстановлен. Р. рассказывала о той боли, которая не покидает ее ни на минуту. До сих пор ей приходилось "оставаться с невыносимой болью в одиночестве". Сейчас же боль могла быть размещена в отношениях с другим человеком, а, следовательно, быть пережита и облегчена.



Спустя некоторое время (прошло около двух месяцев терапии) глухая недифференцированная боль, которую Р. переживала в нашем контакте, постепенно начала трансформироваться в более дифференцированные переживания. Р. вдруг осознала сильное чувство ярости к погибшему, что очень удивило и смутило ее. Однако после моего комментария об отношении к этому чувству как к естественному Р. смогла выразить и пережить также и его. Вскоре ярость сменилась гневом, основным мотивом которого оказалось представление Р. о том, что погибший молодой человек ее бросил одну в мире, где она не находит никакого смысла для жизни. Первоначально существующий в связи с этим в фоне стыд и образ себя как "злой, жестокой и бесчувственной" трансформировались в образ "брошенной, ранимой и чувствительной" и ассимилировались в self. Социальная активность Р. стала понемногу восстанавливаться, хотя и с некоторыми сложностями, поскольку ей "трудно и почти невыносимо было находиться в обществе людей, которые могут радоваться жизни". Облегчение наступило тогда, когда Р. в общении с другими людьми перестала претворяться и стараться жить искусственной жизнью с целью адаптироваться к окружению любой ценой, а стала переживать свою собственную жизнь, какой бы тяжелой на этом этапе она ни была. На этом этапе терапии (около полугода с ее начала) суицидальные тенденции перестали быть столь острыми и постоянными, как это было вначале.

Далее в процессе переживания, поддерживаемого нами в терапии, появилась печаль, относящаяся к утрате близкого человека, и благодарность за то, что он был в жизни Р. В этот период терапии боль, испытываемая Р., перестала восприниматься ею как невыносимая, помимо нее стали появляться также феномены переживания, не связанные с произошедшим трагическим событием, а имеющие отношение к актуальному периоду жизни Р. Часть душевных сил молодой женщины смогла переместиться в процесс переживания событий, которые происходили в настоящее время. Суицидальные мысли больше не беспокоили Р., хотя она по-прежнему выглядела немного растерянной, хрупкой и ранимой. Спустя год после произошедшей трагедии шемпящая боль все еще, конечно же, жила в раненом сердце Р. Однако отчаяние, формирующее "кромешный ад существования", исчезло и больше не напоминало о себе.

Впервые за время после потери близкого человека в жизнь Р. понемногу стали возвращаться радость и удовольствие. В жизнь Р. также вернулись заблокированные длительное время представления о своей женской привлекательности, появилась симпатия к некоторым окружающим ее мужчинам. Это был значительный прогресс в терапии

Р., так как до этого момента любые сексуальные образы и фантазии вызывали у нее отвращение и почти фобию. На этом этапе терапии (около полутора лет с момента ее начала) появившееся сексуальное возбуждение также в первый момент сопровождалось некоторой выраженной смесью страха и стыда, поскольку интерпретировалось ею как предательство прежних, все еще самых ценных в ее жизни отношений. Витальная борьба страха и стыда с одной стороны и удовольствия и возбуждения, с другой – продолжалась некоторое время. Мы не спешили разрешать этот конфликт фасилитацией какой-то одной "правды". Преждевременное разрешение конфликта до образования тупика, на мой взгляд, оказалось бы очередным нарциссическим (в смысле предательства естественного процесса переживания) проектом травмированного человека, что неизбежно повлекло бы за собой "травматический откат" в виде невозможности ассимиляции сформированного в процессе терапии опыта и хронификации "побежденной self-тенденции" (будь то удовольствие, или, наоборот, стыд) в неосознаваемой психической оппозиции. Однако вскоре в процессе терапии для Р. оказалось возможным пережить мучительное состояние тупика, релевантного этому выбору, и интегрировать образ себя как "преданной и любящей женщины" и возникающие у нее сексуальные переживания. Из "пепла сжигающей боли трагедии" родилась женщина, "имеющая право на любовь". В настоящее время Р. встречается с молодым человеком, который ей нравится, и они собираются пожениться. Для прохождения вместе этого нелегкого пути от "очарованностью" дыханием смерти почти навязчивого свойства до восстановления витальности жизни нам понадобилось около двух лет.

Представленная терапевтическая виньетка иллюстрирует процесс терапии клиента с острыми и значительно выраженными опасными суицидальными тенденциями, внутренним содержанием которых являлся заблокированный в своем протекании процесс острого горя. Тем не менее предложенная в статье модель психологической помощи людям в суицидоопасном кризисе оказывается эффективной также и в других случаях, имеющих различную феноменологическую картину.

## Литература

1. *Гуссерль Э.* Избранные работы / сост. В.А. Куренной. Серия "Университетская библиотека Александра Погорельского". М.: Территория будущего, 2005. 464 с.
2. *Робин Ж.-М.* Теория гештальттерапии в развитии. Воронеж, 2006. 114 с.
3. *Погодин И.А.* Переживание в этиологии психической травмы // Психическая травма и переживание: гештальт-терапия кризиса. Вестник гештальт-терапии: спец. авт. вып.: сб. статей. вып. 7 / под ред. И.А. Погодина и др. Минск, 2008. С. 6-16.
4. *Бейссер А.* Парадоксальная теория изменений / пер. с англ. А.Н. Моховикова // Гештальт-2001. М.: МГИ, 2001. С. 6-14.
5. *Шнейдман Э.* Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001. 315 с.
6. *Суицидология: прошлое и настоящее* // Проблема самоубийств в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / сост. А.Н. Моховиков. М.: Когито-Центр, 2001. 569 с.
7. *Моховиков А.Н.* Психическая боль. Природа, диагностика и принципы гештальт-терапии // Гештальт-2004: сб. материалов Московского Гештальт-института. М.: МГИ, 2004. С. 35-54.
8. *Старшенбаум Г.В.* Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2005. 376 с.
9. *Погодин И.А.* Феноменология и динамика ранних эмоциональных проявлений // Журн. практ. психолога: спец. выпуск Белорусского Института гештальта. № 1. 2008. С. 61-80.
10. *Погодин И.А.* Некоторые аспекты гештальт-терапии присутствием // Вестник гештальт-терапии. Вып. 4. Минск, 2007. С. 29-34.
11. *Погодин И.А.* Близость как отношения на границе контакта // Вестник гештальт-терапии. Вып. 6. Минск, 2007. С. 42-51.
12. *Погодин И.А.* Суицидальное поведение: психологические аспекты. М.: Флинта, 2008. 336 с.