

Влияние на терапию и терапевта при работе с суицидными пациентами: некоторые аспекты переноса и контрпереноса

Барбара М. Ричардс

British Journal of Guidance & Counselling, Vol. 28, № 3, 2000.

БАРБАРА М. РИЧАРДС

Департамент профессионального образования в области общественных исследований, Университет Рединга, Булмерше-Корт, Рединг RG6 1HY, Великобритания

BARBARA M. RICHARDS

Department of Professional Education in Community Studies, University of Reading, Bulmershe Court, Reading RG6 1HY, UK

РЕЗЮМЕ Самоубийство или попытка самоубийства клиента / пациента - это то, с чем значительное число консультантов и психотерапевтов сталкивались в течение своей карьеры. В литературе указывается, что это может стать причиной беспокойства у многих. В статье исследуется опыт психотерапевтов, работающих с суицидными пациентами. Было опрошено сто психотерапевтов с помощью почтовой анкеты. Было проведено пять последующих интервью. Полученные данные показывают, что суицидальные пациенты могут вызывать сильные чувства у терапевта, и значение этого обсуждается. Особо рассматриваются связи с концепцией проективной идентификации. Отмечено, как такие чувства, испытываемые в отношениях переноса и контрпереносе терапевта, могут отражать внутренний мир пациента. Психотерапевты рассказали, как они чувствовали, что работа повлияла на них как в личном, так и в профессиональном плане. Часто упоминаемые ответы включали чувство безнадежности и беспомощности, а также

чувство неудачи. Наконец, респонденты обрисовали в общих чертах меры, которые они считали жизненно важными для их собственной поддержки. Обсуждается важность четких границ и сохранения терапевтической роли.

Вступление

В этой статье описываются некоторые эффекты на терапевтический процесс и на личность консультанта или психотерапевта при работе с пациентами [1], которые совершают или пытаются покончить жизнь самоубийством. Эти вопросы возникли в рамках исследования, направленного на изучение личного значения самоубийства. Некоторые результаты, касающиеся взаимоотношений пациентов в раннем возрасте, уже опубликованы (Richards, 1999). Там я описал темы отторжения, вторжения и поглощения, которые стали очевидными в терминах этих отношений, и были исследованы связи с переживанием отказа. Было обнаружено, что инциденты, связанные с потерей или отвержением в настоящей жизни пациента, могут иметь тенденцию к повторной активации этих ранее интернализованных отношений. Кроме того, среди этой группы пациентов было очень распространено чувство собственной никчемности и сильная ярость.

В этой второй статье исследования я хотел бы сосредоточиться на том, как терапевты наблюдали эти различные аспекты переживаний пациентов в отношениях переноса и в их собственных контрпереносных реакциях. Я взял модель объектных отношений человеческого развития и поведения, чтобы подкрепить то, что здесь описано.

Существенное понятие в теории объектных отношений состоит в том, что самость и объект (другие) интернализуются во взаимодействии друг с другом (Kernberg, 1988). Это означает, что внутри клиента существует самопредставление и представление объекта, а также взаимодействие между ними. Терапевтические отношения можно рассматривать как этап, на котором динамика ранних отношений пациента снова разыгрывается с другим человеком. В этих отношениях клиент оказывает давление на терапевта, иногда очень тонко, а иногда и с большой силой, чтобы заставить терапевта действовать в соответствии с одной или обеими этими ролями. Сандлер (1988) называет это «актуализацией», в то время

как Джозеф (1988) говорит о том, что клиент бессознательно пытается «подтолкнуть» консультанта к действию в соответствии с его проекцией. Бийон (1955) описывает это так:

Некоторые пациенты из-за своего душевного состояния бессознательно склонны во многом полагаться на этот метод подтверждения своего внутреннего восприятия мира. В этой связи концепция проективной идентификации может быть полезной для нашего понимания происходящего (Taiminen, 1992). Кляйн (1946) впервые ввел этот термин и считал его защитным механизмом, который действует с самого раннего периода жизни. Она понимала, что это в первую очередь связано с выдавливанием нежелательных чувств, ощущений и связанных с ними частей из себя во внешний объект, в первую очередь мать. С тех пор идея проективной идентификации была развита и расширена (Bion, 1967; Sandler, 1988). Теперь это также считается средством, с помощью которого бессознательно некоторые пациенты пытаются передать свои чувства и переживания другому человеку. Таким образом они могут заставить другого почувствовать и узнать, каково это внутри их внутреннего мира. В некоторой степени каждый бессознательно использует этот механизм время от времени. Однако суицидальные пациенты относятся к числу тех, кто в значительной степени полагается на проективную идентификацию (Malin & Grotstein, 1966) как на защиту, так и как средство общения. Таким образом, они способны вызывать очень сильные эмоции у своего консультанта или терапевта (Maltzberger, 1984 ± 85). Таким образом, терапевт может статьместилищем трудных чувств, которые являются частью внутреннего мира пациента (Modestin, 1987). В центре внимания этой статьи - влияние на терапевта того, что он принимает проекции пациента. Таким образом они могут заставить другого почувствовать и узнать, каково это внутри их внутреннего мира. В некоторой степени каждый бессознательно использует этот механизм время от времени. Однако суицидальные пациенты относятся к числу тех, кто в значительной степени полагается на проективную идентификацию (Malin & Grotstein, 1966) как на защиту, так и как средство общения. Таким образом, они способны вызывать очень сильные эмоции у своего консультанта или терапевта (Maltzberger, 1984 ± 85). Таким образом, терапевт может статьместилищем трудных чувств, которые являются частью внутреннего мира пациента (Modestin, 1987). В центре внимания этой статьи - влияние на терапевта того, что он принимает проекции пациента. Таким образом они могут заставить другого почувствовать и узнать, каково это внутри их внутреннего мира. В некоторой степени каждый бессознательно использует этот механизм время от времени.

Однако суицидальные пациенты относятся к числу тех, кто в значительной степени полагается на проективную идентификацию (Malin & Grotstein, 1966) как на защиту, так и как средство общения. Таким образом, они способны вызывать очень сильные эмоции у своего консультанта или терапевта (Maltzberger, 1984 ± 85). Таким образом, терапевт может стать вместилищем трудных чувств, которые являются частью внутреннего мира пациента (Modestin, 1987). В центре внимания этой статьи - влияние на терапевта того, что он принимает проекции пациента. В некоторой степени каждый бессознательно использует этот механизм время от времени. Однако суицидальные пациенты относятся к числу тех, кто в значительной степени полагается на проективную идентификацию (Malin & Grotstein, 1966) как на защиту, так и как средство общения. Таким образом, они способны вызывать очень сильные эмоции у своего консультанта или терапевта (Maltzberger, 1984 ± 85). Таким образом, терапевт может стать вместилищем трудных чувств, которые являются частью внутреннего мира пациента (Modestin, 1987). В центре внимания этой статьи - влияние на терапевта того, что он принимает проекции пациента. В некоторой степени каждый бессознательно использует этот механизм время от времени. Однако суицидальные пациенты относятся к числу тех, кто в значительной степени полагается на проективную идентификацию (Malin & Grotstein, 1966) как на защиту, так и как средство общения. Таким образом, они способны вызывать очень сильные эмоции у своего консультанта или терапевта (Maltzberger, 1984 ± 85). Таким образом, терапевт может стать вместилищем трудных чувств, которые являются частью внутреннего мира пациента (Modestin, 1987). В центре внимания этой статьи - влияние на терапевта того, что он принимает проекции пациента. Таким образом, они способны вызывать очень сильные эмоции у своего консультанта или терапевта (Maltzberger, 1984 ± 85). Таким образом, терапевт может стать вместилищем трудных чувств, которые являются частью внутреннего мира пациента (Modestin, 1987). В центре внимания этой статьи - влияние на терапевта того, что он принимает проекции пациента. Таким образом, они способны вызывать очень сильные эмоции у своего консультанта или терапевта (Maltzberger, 1984 ± 85). Таким образом, терапевт может стать вместилищем трудных чувств, которые являются частью внутреннего мира пациента (Modestin, 1987). В центре внимания этой статьи - влияние на терапевта того, что он принимает проекции пациента.

Самоубийство пациента - это то, что пережило значительное количество консультантов и терапевтов за свою карьеру. Меннингер (1990, 1991) опросил 88 практикующих психотерапевтов о причинах их

беспокойства. Он обнаружил, что наиболее цитируемой причиной было самоубийство пациента. Меннингер сообщил, что самоубийство пациента чаще всего воспринимается как терапевтическая неудача и неизменно оказывает глубокое влияние на терапевта. При описании своих реакций терапевты чаще всего ссылались на следующие темы: шок, печаль, гнев, чувство вины, беспокойство и сомнения в компетентности. Из 41 терапевта, участвовавшего в исследовании, который совершил самоубийство пациента, 90% сообщили, что они справились с ситуацией, обсудив этот вопрос с коллегами. Две трети терапевтов признали, что они изменили свой образ практики в результате этого опыта. Один участник отметил:

«Я больше не ожидаю, что смогу знать все и всех спасти. Мой «нарциссизм» был поврежден, но стал более реалистичным. Я думаю, что в результате я не передаю своим пациентам всемогущество, и они не так сильно ожидают его от меня».

Другие ответы включали: «Ожидайте, что будете чувствовать себя подавленным, виноватым и злым»; «Говори, чувствуй, говори и не вини себя» и «Когда суицидальные пациенты переживают трудные времена, оставайся с ними как можно ближе».

Chemtob et al. (1988) провели аналогичное исследование, изучая частоту и влияние самоубийств пациентов на психиатров. Случайной выборке из 643 психиатров со всех концов США был разослан почтовый опросник. Это дало 46% ответов. Исследователи предполагают, что этот низкий показатель может отражать некоторую оборонительную позицию психиатров в отношении темы самоубийств пациентов. Из 259 участников 51% сообщили, что их пациент покончил жизнь самоубийством. Психиатры сообщали о чувстве гнева и вины, о потере самооценки и о навязчивых мыслях о самоубийстве. По шкале воздействия события, вспоминая их реакции в течение нескольких недель после самоубийства пациента, 57% участников имели показатели вторжения и избегания, которые отражали уровни стресса, аналогичные тем, которые были получены в исследованиях лиц, недавно переживших смерть одного из родителей (Horowitz et al., 1979). Другие исследования также пришли к выводу, что профессиональные помощники, столкнувшиеся с самоубийством пациента, часто демонстрируют те же эмоциональные реакции и должны пройти тот же процесс примирения с этим, что и другие отношения (Little, 1992; Moritz et al., 1989). Chemtob et al. (1988) не обнаружили взаимосвязи между количеством лет, в течение которых участник практиковал, и вероятностью того, что у него или нее был бы

пациент, покончивший с собой. Однако между годами практики и последствиями самоубийства была отрицательная связь. Больше лет практики во время самоубийства были связаны с меньшими реакциями в области вины, социальной изоляции, потери самооценки и разрыва отношений с друзьями. Психиатры, участвовавшие в этом исследовании, также сообщили о более частом использовании коллегиальных и коллегиальных консультаций после самоубийства пациента. Chemtob et al. пришли к выводу, что: «Основное впечатление, полученное в результате опроса, заключается в том, что самоубийство пациента - не редкое событие для психиатров. Фактически, это можно рассматривать как очень реальную профессиональную опасность для психиатров, непосредственно занимающихся лечением пациентов» (стр. 226). «Основное впечатление, полученное в результате опроса, заключается в том, что самоубийство пациента - не редкое событие для психиатров. Фактически, это можно считать очень реальной профессиональной опасностью для психиатров, непосредственно оказывающих помощь пациентам» (стр. 226). «Основное впечатление, полученное в результате опроса, заключается в том, что самоубийство пациента - не редкое событие для психиатров. Фактически, это можно считать очень реальной профессиональной опасностью для психиатров, непосредственно оказывающих помощь пациентам» (стр. 226).

Можно предположить, что консультанты, возможно, не имеют такого большого количества пациентов с очень тяжелыми расстройствами среди их рабочей нагрузки, как психиатры. Однако недавно я организовал семинар по самоубийству на консультационной конференции, и на нем присутствовало большое количество делегатов. Когда я спросил членов группы, почему они выбрали именно этот семинар, почти все они заявили, что были там, потому что либо консультировали клиента, который угрожал самоубийством, либо руководили консультантом, участвовавшим в такой работе.

Wolk-Wasserman (1987) опросил 40 пациентов с попытками самоубийства, членов их семей и их терапевтов. Он заметил, что пациенты часто агрессивно и негативно или амбивалентно относились к их лечению в качестве защиты от возможного разлуки с терапевтом и во избежание чувства обиды или отказа. Отпуск или другие перерывы в терапии были особенно проблематичными. Согласно Wolk-Wasserman, из материала следует, что прекращение или угроза прекращения терапии могла быть одним из факторов, провоцирующих новое суицидальное действие в семи случаях. Терапевт часто сталкивался с агрессивной, провокационной и требовательной стороной пациента. Их примитивные

защитные механизмы, такие как отрицание реальности, идеализация, пренебрежение и проективная идентификация, были трудны для терапевта. Волк-Вассерман считает, что у некоторых из исследованных пациентов попытка суицида явно выражала агрессию по отношению к терапевту. Неоднократные угрозы самоубийства могут спровоцировать страх или гнев терапевта, поскольку такое действие повлекло за собой сбой в его или ее работе (с. 76).

Модестин (1987) заключает, что пациенты с более высоким суицидальным риском вызывают больше беспокойства и чувства гнева. Из-за способности суицидального пациента проецировать сильные эмоциональные чувства он или она особенно склонны провоцировать контрпереносные реакции терапевта. Понятие контрпереноса относится к конкретному, эмоциональному и, по крайней мере, до некоторой степени, бессознательному ответу терапевта на пациента. Если терапевт способен замечать и понимать такие реакции, контрперенос может оказаться большим подспорьем в понимании пациента (Heimann, 1950). Однако, если он остается нераспознанным и разыгрывается, например, в гневной ответной реакции, это терапевтически нежелательно и даже опасно. Модестин (1987) утверждает: «Чтобы свести к минимуму опасность возникновения опасных контрпереносных реакций при лечении суицидных пациентов, рекомендуется периодически пересматривать лечение с коллегой и ограничивать количество серьезно суицидных пациентов, которые должны лечиться одновременно» (стр. 384). Признание вероятности того, что пациент вызовет сильные чувства, подготовит и позволит терапевту предпринять соответствующие шаги для поддержки себя и пациента.

Метод

Это исследование является частью более крупного исследования самоубийств и интернализованных отношений (Richards, 1999).

Выборочная группа состояла из 100 психотерапевтов психодинамической или психоаналитической направленности. Это была стратифицированная случайная выборка, взятая из Национального реестра психотерапевтов УКСП.

Первый этап опроса проводился с помощью почтовой анкеты. Это было специально разработано для целей исследования. Вопросы для анкеты возникли в результате чтения существующей литературы и были разделены на четыре раздела. В Части 1 запрашивались биографические данные психотерапевта, в том числе как долго он практиковал; часть 2

содержит биографические данные об одном суицидальном пациенте, с которым работал психотерапевт; часть 3 содержит подробную информацию об отношениях пациента со значимыми в его жизни людьми; а в части 4 запрашивались подробности об отношениях пациента и терапевта. В этой статье я сообщаю о результатах, полученных в этой заключительной части анкеты. Поэтому я опишу часть 4 более подробно.

Все вопросы в этом разделе были полуоткрытыми, и участники могли свободно описывать эти вопросы своими словами.

Сначала психотерапевтов спросили, считают ли они, что пациент может использовать свою связь или связь с терапевтом. Затем их спросили о природе переносных отношений с их пациентом. В следующем вопросе спрашивалось, какое влияние суицидальное поведение пациента оказывает на терапевта. Затем их попросили описать, какая поддержка была им доступна. Последний вопрос заключался в том, были ли какие-то вещи, которые терапевт извлек из своего опыта, которые могут быть полезны другим.

В конце анкеты терапевтов спросили, готовы ли они принять участие в последующем интервью. Были отобраны пять респондентов. Двое из них работали с пациентами, совершившими самоубийство, а у трех - пациенты, которые пытались покончить жизнь самоубийством. Интервью были полуоткрытыми. Они длились примерно 50 минут и, с разрешения опрошенных, были записаны на магнитофон, чтобы облегчить анализ полученных качественных данных. Для интервью использовалась серия быстрых вопросов. Два из этих вопросов в особенности касались, более глубоко, природы отношений переноса с пациентом, а также того, на что походил опыт работы с суицидным человеком для терапевта.

Данные, полученные в ответ на полуоткрытые вопросы анкеты и интервью, были подвергнуты контент-анализу. Это позволило определить и сгруппировать темы. Цитаты, взятые из данных, представлены для иллюстрации обсуждаемых вопросов.

Результаты и обсуждение

Всего было возвращено 58 из 100 анкет. Из этого числа 35 (60,3%) психотерапевтов работали с суицидным пациентом. Шесть (10,3%) участников сообщили, что у них был пациент, совершивший самоубийство, а еще 29 (50%) сообщили, что работали с пациентом, который пытался покончить жизнь самоубийством, до или во время терапии. (В это число входят два терапевта, пациенты которых не

пытались покончить жизнь самоубийством, но на протяжении всей терапии постоянно угрожали ему.)

Все 35 участников ответили на вопросы о природе переносных отношений со своим пациентом. Большинство также было готово поделиться своим опытом с точки зрения того, какое влияние оказало на них самих и что они сочли полезными и поддерживающими в этой ситуации. Я также обнаружил, что все пятеро респондентов были чрезвычайно открыты и готовы обсуждать эти аспекты.

Данные, собранные в этом разделе исследования, показали, что темы, возникшие в связи с ранними отношениями пациентов (Richards, 1999), также проявляются в отношениях переноса.

Атаки на терапию: некоторые аспекты переноса

Перенос можно определить как процесс, в котором предыдущий опыт человека, бессознательные желания, ожидания и чувства относительно ранних значимых объектов повторяются и неуместно разыгрываются по отношению к человеку в настоящем. Они неуместны в том смысле, что эти старые ответы не подходят или не принадлежат новому человеку или ситуации. Перенос особенно примечателен в терапевтических отношениях и в психоаналитической традиции используется как важнейший терапевтический инструмент (Sandler et al., 1973).

Принимая во внимание чувства и поведение, которые таким образом привносятся в терапевтические отношения, терапевт имеет возможность помочь пациенту проработать сложные аспекты, которые, по всей вероятности, у него не было возможности сделать раньше.

Шесть (17%) участников говорили конкретно о том, как их пациенты могли использовать терапевта и терапевтический процесс, чтобы сдерживать и обрабатывать свои деструктивные чувства. Одиннадцать терапевтов (31%) отметили, что у пациента развилась значительная зависимость в рамках терапевтических отношений, а семь (20%) описали потребность пациента и стремление к тому, чтобы его любили и ценили. Однако было поразительно, что многие из этих пациентов были описаны как также страдающие страхом и ненавистью к зависимым отношениям от терапевта. Они могли воспринимать это только как окончание отказа, либо в форме отвержения, либо в форме поглощения. Это отражало то, как многие пациенты в раннем возрасте описывались как чувства по отношению к значимым фигурам.

Несколько участников описали двойственное отношение, которое они испытывали к своим пациентам:

«Во время попытки самоубийства перенос на меня был почти полностью негативным, например, чувство, что ее зависимость от меня может привести только к еще большей боли, отторжению и жестокому обращению».

‘Она продолжает пытаться бросить / бросить меня в качестве защиты от зависимости. Недоверие. Отрицательные чувства, т.е. презрение (хорошо скрытое), зависть, гнев, которые блокируют развитие доверия. Некоторые положительные чувства, но исчезают, когда они ощущаются. Всегда пытается справиться сама ».

‘Временами он мог воспринимать меня как любящую мать. В основном это была агрессивная мать или безразличная мать, которую он нашел во мне ».

Опять же, хотя 32 участника (91%) заявили, что в большей или меньшей степени они считали, что их пациент смог использовать ссылку или связь с ними, девять из них (26%) также описали своего пациента, как нападение на терапию и попытку саботировать процесс. Некоторые пациенты пытались избежать реальности в терапевтических отношениях, разделяя и сначала идеализируя, а затем пренебрегая терапией и терапевтом. Один из собеседников сказал:

‘Любое влияние, которое у меня было, или любая близость, которую я получал к переносу, она убегала от нее. Она подорвала бы себя, пойдя первой в паб, придя с запахом напитка или опоздав. На самом деле это было похоже на нападение на меня, всегда отрицание. И все же она всегда приходила. Я просто очень разозлился, что она не дала мне шанса ».

Результаты показывают, что пациенты проявляли как отчаянную потребность, так и в то же время были очень напуганы близостью терапевтических отношений. Иногда это означало, что пациенты пытались разрушить терапию, а также проявляли признаки ее желаний. Терапевты были склонны полагать, что близость с ними просто казалась этим пациентам слишком опасной. Одна из собеседников поделилась впечатлениями о пациенте:

‘Есть эта невероятно назойливая внутренняя фигура матери-ведьмы, которая, я думаю, делает любую близость действительно очень пугающей. Поэтому, когда мы пытаемся создать

терапевтический альянс, я думаю, что это слишком ужасно. Она рискует быть полностью пораженной этой матерью-ведьмой».

Казалось, перспектива столкнуться с этой внутренней угрозой и болью уничтожения была настолько пугающей для некоторых пациентов, что они могли только найти способы избежать ее. Два собеседника объяснили:

«Она всегда искала побег, что-то, чтобы притупить боль, обычно пить, а не пережить ее на другой стороне. У нее была одержимость смертью, и она не ела».

«Она будет очень вежливой и выслушает мои интерпретации, а затем уйдет к игровому автомату. И это отношения, потому что у нее есть иллюзия полового акта, интимный опыт с этой машиной».

Некоторые терапевты почувствовали, что попытка самоубийства содержала агрессивное послание от пациента к ним. Один участник сказал:

«То, как мне было объявлено о покушении, было садистским».

Трое из участников узнали о самоубийствах своих пациентов спустя довольно долгое время после окончания терапии. В одном случае позвонил близкий родственник пациента, чтобы сказать, что, по его мнению, терапевт захочет узнать о смерти, и он хотел выразить благодарность семье за то, что терапевт пытался сделать. Родственник возложил вину на терапевта, который, как считалось, не сделал того, что должен был сделать. Во втором случае родитель попытался гораздо более прямо переложить вину на терапевта. Терапевт охарактеризовал голос матери по телефону как резкий и обвиняющий:

«Ее мать сказала: "Я думала, тебе может быть интересно узнать, что (имя) покончила с собой. Подразумевалось, что я ее подвел».

Этот терапевт определенно чувствовал, что гневная атака, которую пациентка произвела на всех своим самоубийством, явно передалась ей, хотя на момент смерти она не видела пациента в течение очень долгого времени. Третий участник сказал об опыте:

«Я почувствовал некоторое чувство отсутствия неожиданности, а также контрпереносное чувство, что это была дальнейшая атака на меня».

Приведенные здесь данные согласуются с данными исследования, проведенного Wolk-Wasserman (1987). Однако Вольк-Вассерман обсуждает агрессию пациента по отношению к терапевту только с точки зрения желания избежать чувства отвержения и разлуки. В настоящем исследовании я считаю, что участники описывают возникновение в отношениях переноса конкретных и явных страхов, присущих внутреннему миру каждого пациента.

Иногда может казаться, что от болезненных и противоречивых чувств нет выхода, и, скорее всего, нет способа передать, на что они похожи, кроме разрушения себя.

Атаки на терапию: некоторые аспекты контрпереноса

Контрперенос включает эмоциональную реакцию терапевта на пациента, как сознательную, так и бессознательную. Как и в случае с переносом, он может представлять собой один из наиболее важных инструментов в работе терапевта, обеспечивая понимание внутреннего мира пациента. Контрперенос был описан как один из самых мощных способов, с помощью которых общение пациента может повлиять на терапевта (Heimann, 1950).

Одна участница описала свои собственные чувства во время работы со своим пациентом:

«Временами я чувствовал себя совершенно бесполезным, безнадежным как терапевт и как человек, всегда делал и говорил неправильные вещи. Я также испытывал сильное чувство ее зависимости и панику от ее степени. Иногда она признавала, что чувства принадлежат ей, а иногда я нес их все».

Однако жизненно важно, чтобы терапевт осознавал свои реакции контрпереноса. Если это не так, то они могут разыгаться и разрушить терапию. Мальтсбергер и Буйе (1989) описали, как различные компоненты контрпереносной ненависти, особенно злоба и отвращение, могут даже играть определенную роль в достижении суицидального исхода. Они отмечают, что контрпереносная борьба часто повторяет значительную часть детства пациентов, которые впоследствии становятся склонными к суициду. Они описывают пример пациента, который вступил в такую борьбу со своим терапевтом:

«Оглядываясь назад, казалось, что пациенту нужно было спровоцировать отказ терапевта. Убедившись, что никто не

понимает и не заботится, он может отвернуться от других и уничтожить себя »(стр. 286).

Таким образом пациент внешне подтверждает свое внутреннее восприятие того, каков мир.

Настоящее исследование выявило различные способы, которыми пациенты пытались спровоцировать или подтолкнуть терапевта к действию в соответствии с их контрпереносными чувствами. Несколько участников сообщили, что чувствовали гнев или ярость из-за пациента, вплоть до того, что думали, продолжать ли работать с этим пациентом. Другие реакции включали разочарование и презрение. Некоторые участники сказали, что они чувствовали себя беспомощными, и задались вопросом, не лучше ли пациенту поработать с кем-нибудь другим. Например:

«Она заставляет всех чувствовать себя совершенно беспомощными. Врач общей практики и психиатр отказались от нее. Иногда я действительно чувствую отчаяние. Сказать ли я ей, что я не могу тебе помочь, тебе лучше пойти и найти кого-нибудь, кто может? Но опять же, я думаю, что это как-то связано с ее отчаянием, вот как она хочет, чтобы я чувствовал себя, это то, что для нее похоже ».

Другой реакцией было желание помешать пациенту:

«Я поймал себя на том, что умоляю ее поесть, немного пропитаться».

«Она заставляет меня хотеть стать агрессивным и непреодолимым. Я думаю, хорошо, отдай мне свои деньги. Я сохраню все твои деньги и дам тебе на карманные расходы, а потом мы разберемся с тобой. Я испытываю ужасное искушение сделать это ».

Один участник рассказал, что осознавал контрперенос в желании атаковать как оскорбительный родительский объект. Другой респондент описал, как его переполняла усталость во время сеансов с суицидальным пациентом:

«Иногда я действительно думал, что упаду со стула из-за желания заснуть, это было так сильно. Я убежден, что это как-то связано с контрпереносом, это то, что она со мной делает, она не хочет, чтобы я был там или что-то в этом роде. В том, что происходит, есть что-то ошеломляющее, она просто уничтожает меня ».

Данные демонстрируют, что терапевты часто не только сталкивались с высокой степенью отчаяния, беспокойства и агрессии, но и оказывались охваченными такими чувствами. Пациенты могли быть как чрезвычайно требовательными, так и пренебрежительными. В переносе пациенты часто пытались заставить терапевта действовать таким образом, который соответствовал их внутреннему восприятию себя и других во взаимоотношениях.

Под таким давлением со стороны пациента терапевту трудно, но все же жизненно важно оставаться в контакте и осознавать контрпереносные чувства и то, что это означает с точки зрения опыта пациента. В противном случае существует опасность того, что вас вынудят отвергнуть пациента и, возможно, преждевременно прекратить терапию или ненадлежащим образом взять на себя ответственность за него.

Влияние на психотерапевта

Анкета спрашивала участников о влиянии суицидального поведения пациента на них самих. Большинство участников, для которых это было актуально, были готовы поделиться своим опытом. При описании своих реакций терапевты чаще всего упоминали следующие темы: отсутствие неожиданности; чувство безнадежности и беспомощности; чувство неудачи; чувство огорчения, печали; беспокойство в последующие недели и повышенное беспокойство о саморазрушении пациента. Один участник объяснил:

«Я испытал что-то от его отчаяния и чувства беспомощности и безнадежности». Другой заявил:

«Я был очень расстроен. Я чувствовал, что мы столкнулись с гневом и справились с ним. На последнем сеансе она была более расслабленной и говорила о будущем ».

Некоторые терапевты злились на пациента, а также на психиатра или психиатрическую систему. Для многих участников это имело глубокий личный эффект, вызвав неуверенность в себе и потерю уверенности. Например:

«Он проявил сильное презрение к себе, к другим помощникам, к психиатрии и ко мне. Я, наверное, почувствовал бы его презрение ».

«Сначала я был зол на него, потом расстроился. В последующие месяцы я потерял уверенность в себе как терапевт ».

Тридцать процентов этих психотерапевтов практикуют более 15 лет, а еще 30% - 11-15 лет. Некоторые из них вспоминают события, которые произошли довольно давно, но их описания показывают, что чувства, воспоминания и эффекты остались с ними и до сих пор остаются очень яркими.

Ответы также указывают на то, что воздействие на психотерапевтов не ограничивалось только теми, чьи пациенты умерли, или даже теми, чьи пациенты пытались покончить с собой, фактически находясь на терапии.

Участников спросили, какая поддержка была доступна им как терапевтам во время самоубийства пациента или попытки самоубийства. Им было предложено описать эту поддержку своими словами, и поэтому они могли свободно включать все и столько факторов, сколько пожелали. Многие респонденты упомянули о наличии систем поддержки, включающих несколько различных аспектов. Пятнадцать терапевтов находились под личным клиническим наблюдением; у 11 была поддержка или наблюдение группы сверстников; у пяти была поддержка команды / коллег; трое упомянули о поддержке пациента терапевтом и психиатром-консультантом, а трое указали на собственную терапию. Также была упомянута важность поддержки со стороны учреждения, в котором он работает. Два терапевта сообщили, что у них вообще нет поддержки.

Последний вопрос заключался в том, верят ли психотерапевты в то, что из их опыта вышло что-то полезное для других. Опять же, большинство участников были готовы поделиться своими наблюдениями и пониманием. Десять участников заявили, что в такой работе необходимы хороший контроль и поддержка. Девять терапевтов подчеркнули необходимость работы в многопрофильной команде и сотрудничества с другими соответствующими профессионалами.

Несколько терапевтов заявили о своем убеждении, что предпочтительнее видеть пациентов, которые имеют тенденцию приводить свои чувства в действие, чем иметь возможность говорить о них, как суицидный пациент, в институциональной обстановке, а не в частной практике.

Это рассматривалось как более безопасная и сдерживающая среда для пациента и терапевта. В связи с этим было высказано мнение, что существуют опасности для обеих сторон, если терапевт работает с суицидными пациентами, пока еще не имеет опыта.

Шесть участников считали, что терапевты никогда не должны уклоняться от суицидальных переживаний или угроз и всегда должны относиться к ним серьезно, полностью обсуждая их с пациентом. В связи

с этим три человека особо отметили необходимость работать с пациентами и понимать их собственную деструктивность, а один человек говорил о важности понимания конкретного внутреннего значения суицидального акта для пациента.

Пять человек говорили о важности твердого соблюдения границ и сдерживания требований и давления, чтобы выйти из роли. Один человек прокомментировал важность этого как для терапевта, так и для пациента:

«Сдерживание и структура кажутся очень важными для собственной идентичности и позволяют человеку иметь дело с очень сильными проекциями преследующего внутреннего мира пациента в свой собственный».

Пять терапевтов отметили, что важно смотреть на вещи в перспективе. Они считали необходимым признать, что, несмотря на все усилия, самоубийство возможно. Как сказал один из участников:

«Терапевты действительно должны верить в то, что они не всемогущи». Другие обучающие моменты включали важность следующего:

«Ведите хороший учет, возможно, связан с полицией и коронером».

«Искреннее слушание, терпение и любящая поддержка».

«Самая важная вещь - это то, что вы должны заботиться, это внутренне содержит плохие объекты, чего не может сделать одна только жизненная интерпретация».

«Самоубийство часто является временным состоянием ума, которое, если его сдержать, можно изменить».

«Ожидайте, что терапевт окажет более долгосрочное воздействие».

«Не держи это при себе».

Воздействие на терапевтов, показанное в настоящем исследовании, сопоставимо с эффектами, обнаруженными Меннингером (1991). Приведенные здесь данные подтверждают его выводы о том, что это ни в коем случае не является необычным явлением в практике психотерапии и что практикующие могут ожидать, что опыт затронет как профессионально, так и лично.

Один из респондентов в настоящем исследовании резюмировал это следующим образом:

«Это месяц, когда это произошло, и я всегда помню годовщину этого события, это было 15 лет назад. Как вы понимаете, я говорю об этом так, как будто это произошло совсем недавно, детали не нуждаются в особом углублении. Я думаю, что быть вовлеченным в что-то до такой степени, а затем, чтобы что-то подобное произошло, для меня это неизгладимая вещь. Я не хочу сказать, что сейчас страдаю от этого, но я не забываю ее. Потому что я думаю, что все, будь то семья или терапевт, кто угодно, должны оплакивать такую смерть ».

Заключение

Результаты настоящего исследования показывают, что консультантам и психотерапевтам было бы полезно предвидеть вероятные последствия для себя работы с суицидным пациентом. Склонность к самоубийству указывает на то, что таким человеком может быть тот, кому будет трудно поговорить с терапевтом о своих тревожных чувствах, и он, вероятно, бессознательно полагается на проективные механизмы, чтобы сообщить о них. Респонденты сообщали о том, что в рамках переноса ощущали давление, заставляющее их брать на себя роли, которые подтверждали внутреннее восприятие пациентом других, в частности, как отвержение или подавляющее. Некоторые терапевты также иногда чувствовали себя вместилищем невыносимых чувств пациента.

В терапевтических отношениях суицидные пациенты часто испытывали желание близости, но при этом боялись ее. Многие терапевты воспринимали своих пациентов как атакующие их и терапию различными способами. Эти аспекты понимались как раскрытие в переносе чего-то из внутреннего мира пациента и отношений, которые существуют в нем.

Была отмечена важность осведомленности об ответах контрпереноса. Когда такие чувства были распознаны и поняты, они оказались источником понимания опыта пациента. Считалось, что следует избегать импульса действовать, исходя из чувств контрпереноса, включая изменение границ терапевтических отношений. Были некоторые свидетельства того, что если это произойдет, это может нанести вред терапии.

Несколько терапевтов указали на опасность работы с суицидными пациентами, пока они еще неопытны или изолированы. В идеале было бы лучше, если бы опытный оценщик провел первоначальное собеседование. Это не всегда возможно, и опасности не всегда можно увидеть в краткой

оценке. Однако результаты здесь дают аргумент в пользу попытки реализовать такую систему.

Большое значение придается поддержке, контролю и сотрудничеству с другими профессионалами. Некоторые терапевты считали, что с такими пациентами предпочтительнее работать в институциональных условиях, чем в частной практике. Считалось, что твердые границы имеют решающее значение для благополучия пациента и терапевта.

Настоящее исследование продемонстрировало, насколько сложна терапевтическая работа с пациентами, которые склонны разыгрывать свои страдания саморазрушительными способами. Большинство терапевтов пострадали лично и профессионально. Мы надеемся, что рассмотрение требований такой работы может позволить консультанту или психотерапевту подготовиться и обеспечить адекватную поддержку при выполнении этой сложной задачи.

Подтверждение

Этот исследовательский проект был проведен при частичном выполнении требований для получения степени магистра консультирования в Университете Рединга. Я хочу поблагодарить моего научного руководителя, г-жу Лу Корнер, за ее помощь и поддержку в выполнении этой работы.

Заметки

[1] В этой статье слово «пациент» будет использоваться для обозначения тех, кто получает психотерапию. Это отражает тот факт, что респонденты исследования - психотерапевты психоаналитической направленности.

References

- BION, W.R. (1955). Group dynamics: a review. In M. KLEIN, P. HEIMANN & R. MONEY-KYRLE (Eds), *New Directions in Psycho-Analysis*. London: Tavistock.
- BION, W.R. (1967). *Second Thoughts*. New York: Aronson.
- CHEMTOB, C., HAMADA, R., BAUER, G., KINNEY, B. & TORIGOE, R. (1988). Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 145, 224± 228.

- HEIMANN, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81± 84.
- HOROWITZ, M.J., WILNER, N. & ALVAREZ, W. (1979). Impact of event scale: a measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209± 218.
- JOSEPH, B. (1988). Projective identification: clinical aspects. In J. SANDLER (Ed.), *Projection, Identification, Projective Identification*. London: Karnac Books.
- KERNBERG, O. (1988). Discussion of Meissner. In J. SANDLER (Ed.), *Projection, Identification, Projective Identification*. London: Karnac Books.
- KLEIN, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 99± 110.
- LITTLE, J.D. (1992). Staff response to inpatient and outpatient suicide: what happened and what do we do? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26, 162± 167.
- MALIN, A. & GROSTSTEIN, J.S. (1966). Projective identification in the therapeutic process. *International Journal of Psycho-Analysis*, 47, 26± 31.
- MALTSBERGER, J.T. (1984± 85). Consultation in a suicidal impasse. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 10, 131± 158.
- MALTSBERGER, J.T. & BUIE, D. (1989). Common errors in the management of suicidal patients. In D. JACOBS & H.N. BROWN (Eds), *Suicide: Understanding and Responding*. Madison, CT: International Universities Press.
- MENNINGER, W. (1990). Anxiety in the psychotherapist. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54, 232± 246. MENNINGER, W. (1991). Patient suicide and its impact on the psychotherapist. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55, 216± 227.
- MODESTIN, J. (1987). Counter-transference reactions contributing to completed suicide. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 379± 385.
- MORITZ, B., VAN NES, H. & BROUWER, W. (1989). The professional helper as a concerned party in suicide cases. In DIEKSTRA, R., MARIS, R., PLATT, S., SCHMIDTKE, A. & SONNECK, G. (Eds), *Suicide and its Prevention: The Role of Attitude and Imitation*. Leiden: Brill.
- RICHARDS, B. (1999). Suicide and internalised relationships: a study from the perspective of psychotherapists working with suicidal patients. *British Journal of Guidance and Counselling*, 27, 85± 98.

- SANDLER, J. (1988). The concept of projective identification. In J. SANDLER (Ed.), *Projection, Identification, Projective Identification*. London: Karnac Books.
- SANDLER, J., DARE, C. & HOLDER, A. (1973). *The Patient and the Analyst*. London: Karnac Books.
- TAIMINEN, T.J. (1992). Projective identification and suicide contagion. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 449± 452.
- WOLK-WASSERMAN, D. (1987). Some problems connected with the treatment of suicide attempt patients: transference and countertransference aspects. *Crisis*, 8, 69± 82.

(Accepted 14 December 1999)