

# Проективная идентификация и заражение суицидом

Taiminen TJ. Проективная идентификация и заражение суицидом. Т. Дж. Тайминен  
Acta Psychiatr Scand 1992; 85: 449-452.

Кафедра психиатрии Университета Турку,  
Финляндия

Влияние внушения на самоубийство хорошо известно. Однако интрапсихические механизмы распространения суицидов изучены недостаточно. В этой статье я сначала представляю литературу о кластеризации суицидов и проективной идентификации. В следующем клиническом эпизоде я пытаюсь понять суицидальное поведение пациента, имея в виду работу Уильяма Гольдштейна, которая дает проясняющую модель проективной идентификации. Я хочу проиллюстрировать, что его модель имеет эвристическую ценность при лечении суицидальных пациентов, когда подозревается эффект внушения или идентификации.

Ключевые слова: самоубийство; внушение; имитация; проективная идентификация  
Кафедра психиатрии, Университет Турку, Kunnallissairaalantie 20, SF-20760 Турку, Финляндия

Принята к печати 10 января 1992 г.

Понимание причин распространения суицидов становится все более важным по двум причинам. Во-первых, рост числа самоубийств среди подростков был зарегистрирован во многих промышленно развитых странах (1), и поэтому все больше и больше молодых людей имеют родственников или друзей, покончивших с собой. Во-вторых, в психиатрических больницах сообщается о росте количества самоубийств в стационаре (2–4), поэтому стационарные пациенты должны сталкиваться с самоубийством другого пациента чаще, чем раньше.

Большинство исследований кластеризации суицидов были эпидемиологическими макроисследованиями, которые оставили открытыми интрапсихические механизмы. В этой статье кратко представлена литература о заражении суицидом и обобщается психоаналитическая концепция проективной идентификации, в частности, со ссылкой на проясняющую модель Уильяма Гольдштейна (5). Затем я представляю клинический случай и, наконец, пытаюсь проанализировать его, используя модель Гольдштейна как эвристический инструмент. Концепция проективной идентификации может быть полезна, когда предполагается, что суицидальность пациента вызвана внушением.

В сентябре 1774 года Иоганн Вольганг фон Гете опубликовал свой первый роман «Страдания молодого Вертера», герой которого застрелился, не выдержав своей отчаянной любви. Многие романтические молодые люди в Европе идентифицировали себя с героем, и впоследствии количество самоубийств резко возросло. Власти Италии, Германии и Дании запретили книгу в надежде положить конец эпидемии самоубийств.

Эмиль Дюркгейм, написавший первое научное исследование о самоубийстве в 1897 году, пришел к выводу, что имитация может вызвать кластеризацию самоубийств: «возможно, никакое другое явление не является более заразным» (6).

В 1974 году Дэвид П. Филлипс создал и определил термин «эффект Вертера», означающий увеличение числа самоубийств, вызванных внушением. В своей классической статье Филлипс (7) использовал статистические данные из США и Великобритании, чтобы показать, что количество самоубийств увеличилось после того, как история о самоубийстве была опубликована в прессе. Например, после самоубийства Мэрилин Монро в обеих странах зафиксирован рост самоубийств. Более поздние исследования показали, что внушение влияет также на способ самоубийства (8) и что подростки особенно восприимчивы к эффекту Вертера (9-11).

Большинство исследований кластеризации суицидов представляют собой эпидемиологические обследования населения на макроуровне. Точный механизм заражения остался неясным; обычно авторы ссылаются либо на имитацию, либо на идентификацию. Однако есть также некоторые микроисследования, посвященные эпидемиям самоубийств в небольших сообществах. В этих исследованиях низкая самооценка, отстраненность, семейный конфликт и интернализация чувств были определены как факторы риска заразного суицида (12, 13). В интересном исследовании членовредительства среди подростков, находящихся в состоянии тревоги, Rosen et al. (14) пришли к выводу, что заражение лучше всего можно понять в терминах диадических взаимодействий или взаимодействий в малых группах.

Суицидальное поведение в родительском доме является фактором риска суицида (15, 16), и предполагается, что идентификация с суицидным родителем способствует суицидальному поведению (16). Однако есть также много других факторов, помимо идентификации, которые способствуют суицидальности пациентов, приходящих из семей с суицидальным поведением. Исследования усыновления предоставляют некоторые доказательства генетической уязвимости к суициду (17), а негативное поведение родителей в отношении воспитания детей также может увеличивать суицидальность (18).

449

Тайминен

Заражение суицидом также было зарегистрировано в психиатрических больницах (19, 20). В исследовании кластера суицидов в Турку мы разделили факторы, способствующие заражению, на 4 группы (20):

- внушение: больной начинает думать о самоубийстве как о возможном решении;
- подрыв профессиональной уверенности сотрудников;
- распространение безвыходной атмосферы в палате; а также
- психотическая идентификация.

Концепция проективной идентификации может оказаться полезной при анализе четвертой группы. Мелани Кляйн (21) была первой, кто использовал термин проективная идентификация. Сигал (22) уточнил описание проективной идентификации Кляйн следующим образом: «Части «я» и внутренние объекты отделяются и проецируются во внешний объект, который затем завладевает, контролируется и отождествляется с проецируемыми частями». Кляйн считала, что процесс проективной

идентификации начинается в первые три-четыре месяца жизни, во время так называемой шизоидно-параноидной позиции (21).

Термин проективная идентификация стал популярен за пределами школы Кляйн после публикации работы Отто Кернберга о пограничной организации личности. Кернберг посчитал проективную идентификацию одной из примитивных защит и предположил, что только саморепрезентации могут быть спроецированы в собственно проективной идентификации (23). В настоящее время термин проективная идентификация упоминается также в более широком смысле. Согласно Огдену, проекция объектных репрезентаций может быть включена в проективную идентификацию, которая, таким образом, стала нормальным признаком переноса (24).

Гольдштейн (5) недавно разъяснил эти различные употребления данного термина, разделив его на три этапа:

- 1) проекция части себя на внешний объект;
  - 1а) размывание представлений о себе и объектах;
- 2) межличностное взаимодействие, в котором проектор активно заставляет реципиента думать, чувствовать и действовать в соответствии с проекцией; и
- 3) реинтернализация проекции.

Гольдштейн отмечает (5), что разные значения проективной идентификации зависят от того, какие из этих шагов считаются необходимыми для определения проективной идентификации.

### История болезни

Эта история болезни представлена как неидентифицируемая, поскольку некоторые факты намеренно не упоминаются (например, год лечения, возраст, профессия и т. д.). Но приведенные данные остаются неизменными, за исключением имени Бетти, которое не является настоящим именем.

Бетти родилась в фермерской семье, и у нее был один

450

младший братишка. Бетти описывает своих родителей как обычных порядочных людей, но жалуется, что они почему-то отвергали своих детей и что они были слишком легкомысленными. Бетти вспоминает, что когда ей было 4 года, она пыталась покончить жизнь самоубийством, прыгнув с лестницы на чердак, потому что ее мать недостаточно интересовалась ею. Бетти нормально закончила школу и получила среднее профессиональное образование. Она всегда была одинока и никогда не отличалась постоянством в отношениях с людьми, и она описывает себя как склонную к меланхолии. Хотя Бетти работала в городе,

находящемся в 230 км от своего дома на ферме, который занял ее брат, каждые выходные она навещала свою семью.

Брат Бетти был веселым и общительным человеком с постоянной девушкой; Бетти никогда не замечала у него никаких следов депрессии. Когда ему было 35 лет, он умер в своей машине от сердечного приступа после нескольких месяцев болезни. Его смерть никогда не обсуждалась в семье, и родители Бетти избегали говорить о нем.

Примерно через год после смерти брата у Бетти начались бредовые идеи сексуального и агрессивного содержания. Она думала, что ее двоюродный брат, который ей очень нравился, убил Кеннеди и Улофа Пальме. Она также обвинила своего босса в изнасиловании и убийстве двух автостопщиков. Сама она никогда не боялась этих мужчин; напротив, мысль о том, что ее двоюродный брат является международным террористом, некоторым образом развлекала ее. В то же время Бетти убедилась, что ее брат на самом деле покончил жизнь самоубийством и что родители скрывали это от нее.

Поразмыслив над этими идеями в течение нескольких месяцев, Бетти убедилась, что ее брат до своего самоубийства пребывал в состоянии крайней подавленности и безнадежности, и только выглядел счастливым. Когда она осознала это, она начала чувствовать себя более подавленной, чем когда-либо прежде. В это время Бетти уже находилась под открытым психиатрическим наблюдением, которое устроил ей ее работодатель. Автор встречался с ней раз в неделю, и она также принимала слабые нейролептики. Бетти рассказала, что чувствовала внутри себя огромную агонию своего брата. Она была по собственному желанию отправлена в психиатрическую больницу из-за суицидального поведения.

В больнице она приняла передозировку нейролептика, и принудительное лечение продолжалось несколько недель. В это время Бетти описывалась как умственно отсталая, тихая, отстраненная и склонная к суициду. Ее диагноз по DSM-111 был «глубокая депрессия с несовместимыми с настроением психотическими особенностями» (296,34),

После выписки из больницы Бетти переехала в свой фермерский дом и с тех пор живет там со своими родителями. Она продолжала встречаться с автором раз в неделю в рамках поддерживающей психотерапии, в ходе которой основное внимание уделялось различиям между Бетти и ее покойным братом. Спустя два года после суицидального кризиса Бетти все еще убеждена, что ее брат покончил жизнь самоубийством, но она больше не чувствует, что

ее будущее неизбежно связано с судьбой ее брата.

#### Обсуждение

Фрейд заявил, что интернализация является

интерпретация проективной идентификации, описанная выше, может оказаться полезной. Когда мы пытаемся проанализировать, например, эпидемию самоубийств среди школьников, трудно предположить, что первое самоубийство было нарциссически важным объектом

#### Проективная идентификация и заражение

неотъемлемой частью депрессии. Депрессивный пациент интернализирует потерянный, нарциссически важный объект, пытаясь спасти его внутри себя. Когда этот амбивалентно любимый интернализированный объект становится чрезмерно катектическим от агрессии, результатом может быть самоубийство (25),

Теория Фрейда помогает нам понять, почему объектная репрезентация умершего брата стала для Бетти такой важной. Смерть брата вызвала у депрессивного пациента потребность в интернализации. Интернализация привела к размыванию представлений о себе и объектах, что соответствует шагу 1а в модели Гольдштейна (5). После этого размывания границ Бетти начала проецировать свои сексуальные и агрессивные чувства на кузена и босса, и в то же время она проецировала свою безнадежность и суицидальные идеи на внутреннее представление своего брата. Когда началась реинтернализация отчаянных мыслей, Бетти стала склонной к суициду, что соответствует шагу 3 в модели Гольдштейна (5).

Спорный вопрос, можем ли мы назвать интрапсихические механизмы Бетти (описанные выше) собственно проективной идентификацией, потому что не было никакого действительного получателя проекции. Некоторые авторы считают, что проективная идентификация предполагает взаимодействие между проектором и объектом (24). Другие, такие как Мейснер, считают проективную идентификацию полностью интрапсихическим процессом (26). Эта интрапсихическая интерпретация проективной идентификации позволяет нам считать, что представления о себе могут проецироваться как на внутренние, так и на внешние объекты. Но независимо от этих разных взглядов мы можем использовать модель Гольдштейна как иллюстративную эвристическую модель. Бетти сначала спроецировала свою депрессию и суицидальность на внутреннюю репрезентацию брата, а затем отождествила себя с этой объектной репрезентацией.

Этот клинический случай, конечно, можно также полностью понять в терминах исходной теории интернализации Фрейда (25), без какой-либо ссылки на проективную идентификацию. Но особенно в ситуациях, когда суицидальный пациент и объект имитации были совершенно незнакомы друг с другом, интрапсихическая

для всех остальных детей в этой эпидемии. Я считаю более естественным предположить, что некоторые дети со слабой идентичностью сначала проецируют свои лучшие качества на внутреннее представление о первом самоубийстве, а затем отождествляют себя с этим представлением.

Смерть или самоубийство обычно вызывают ретроспективные чувства сочувствия у родственников и друзей. Берес и Арлоу (27) пишут, что кратковременная идентификация обычно является частью эмпатического процесса. Когда единственный объект, который остается для идентификации, - это его внутренняя репрезентация в оскорбляющем [человеке], появляется чувство единства и размытости представлений о себе и объекте.

Это особенно верно, когда границы «я» заранее слабы, как, например, у пограничных или психотических пациентов. В то же время, когда происходит это стирание границ «я», скорбящему, возможно, придется бороться с конфликтующими эмоциями вины, ненависти и сожаления. Такая ситуация может закончиться чередованием паттернов проекции и интроекции между репрезентацией самого себя и объектной репрезентацией покойного.

#### Заключение

Внутренний мир суицидального пациента обычно очень сложен; переполнен противоречивыми и быстро меняющимися эмоциями и интрапсихическими механизмами. Интрапсихическая концепция проективной идентификации может быть полезным инструментом в психотерапии суицидальных пациентов.

Благодарности

Я благодарен доценту Вилью Раккёляйнену за возможность обсудить вопросы, касающиеся психоаналитической теории.

## References

1. MARIS R. The adolescent suicide problem. *Suicide Life Threat Behav* 1985; 15: 91-109.
2. RETTELSTÖL N. Suicide in psychiatric hospitals in Norway. *Psychiatr Fenn Suppl* 1978: 89—92.
3. MODESTIN J, HOFFMAN H. Completed suicide in psychiatric inpatients and former inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1989: 229-234.
4. TAMMINEN T, LEHTINEN K. Suicides in Turku psychiatric hospitals in 1971-1987. *Psychiatr Fenn* 1990: 21: 235-147.
5. GOLDSTEIN W. Clarification of projective identification. *Am J Psychiatry* 1991: 148: 153-161.
6. DURKHEIM E. *Suicide* (1897). London: Routledge & Kegan Paul, 1952.
7. PHILLIPS D. The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implication of the Werther effect. *Am Soc Rev* 1974: 39: 340—354.
8. ASHTON J, DORMAN S. Suicide by burning — a current epidemic. *Br Med J* 1979; 2: 769-770.
9. PHILLIPS D, CARSTENSEN L. Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *N Engl J Med* 1986; 315: 685-689.
10. GOULD M, SHAFFER D. The impact of suicide in television movies: evidence of imitation. *N Engl J Med* 1987; 317: 809—811.

## Taiminen

11. SCHMIDKE A, HÄFNER H. The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychol Med* 1988; 18: 665—676.
12. ROBBINS D, CONROY R. A cluster of adolescent suicide attempts: is suicide contagious? *J Adolesc Health Care* 1983; 3: 253-255.
13. WARD J, FOX J. A suicide epidemic on an Indian reserve. *Can Psychiatr Assoc J* 1977; 22: 423-426.
14. ROSEN P, WALSH B. Patterns of contagion in self-mutilation epidemics. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 656—658.
15. MURPHY G, WETZEL R. Family history of suicidal behaviour among suicide attempters. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170: 86-90.
16. WASSERMAN D, CULLBERG J. Early separation and suicidal behaviour in the parental homes of 40 consecutive suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 296—302.
17. KLERMAN G. Clinical epidemiology of suicide, *J Clin Psychiatry* 1987; 48: 12 (suppl): 33-38.
18. BENJAMINSEN S, KRARUP G, LAURITSEN R. Personality, parental rearing behaviour and parental loss in attempted suicide: a comparative study. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82: 389-397.
19. ZEMISHLANY Z, WEINBERGER A, BEN-BASSA M, MELL H. An epidemic of suicide attempts by burning in a psychiatric hospital. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 704-706.
20. TAIMINEN T, SALMENPERÄ T, LEHTINEN K. A suicide epidemic in a psychiatric hospital. *Suicide Life Threat Behav* (in press).
21. KLEIN M. Notes on some schizoid mechanisms. *Int J Psychoanal* 1946; 27: 99-110.
22. SEGAL H. Introduction to the work of Melanie Klein. New York: Basic Books, 1973, p. 27.
23. KERNBERG O. Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 1967; 15: 641—685.
24. OGDEN T. The matrix of the mind: object relations and the psychoanalytic dialogue. Northvale: Jason Aronson, 1986.
25. FREUD S. Mourning and melancholia (1917). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Vol 14. London: Hogart Press, 1974.
26. MEISSNER W, Projection and projective identification. In SANDLER J, cd. *Projection, identification and projective identification*. Madison: International Universities Press, 1987.
27. BERES D, ARLOW J. Fantasy and identification in empathy. *Psychoanal Q* 1974; 43: 26-50.