

Некоторые особенности психотерапии зависимых с суицидальными тенденциями

Шустов Д.И., д.м.н., проф.

Заведующий кафедрой психиатрии Рязанского госмедуниверситета,
обучающий и супервизирующий транзакционный аналитик

1. Насколько психотерапия может действительно помочь потенциальному суициденту выжить?

По данным ВОЗ ежегодно от суицида погибают более миллиона человек, тогда как суицидальные попытки без фатального исхода фиксируют в 25-50 раз чаще. Считается, что если большинство летальных суицидов связано с наличием у жертв психических расстройств (в США только у 10% суицидентов не было диагностировано психического расстройства, в Китае – у 37% (цит. по Oquendo, Vaca-Garcia, 2014)), а именно злоупотреблений ПАВ, нервной анорексии, пограничного личностного расстройства, депрессий и биполярного аффективного расстройства, то, естественно, «своевременное и эффективное осуществление лечения должно снизить показатель преждевременной смертности, особенно суицида» (Chesney, Goodwin, Fazel, 2014). С другой стороны, большинство пациентов с вышеперечисленной патологией никогда не совершают суицида (например, для биполярного аффективного расстройства суицидальные попытки в анамнезе, даже не летальный суицид, диагностируются в 29% случаев), что дает основания для выделения «суицидального расстройства поведения», основным критерием которого явилось бы суицидальная попытка в анамнезе, а не фактор принадлежности пациента к той или иной нозологии (Oquendo, Vaca-Garcia, 2014). С этим трудно не согласиться суицидологу (психиатру или психологу), поскольку лечение, назначаемое по факту нозологии, является неспецифичным в отношении суицида и не затрагивает внутриличностных суицидальных конструкций. О неэффективности такого подхода свидетельствуют факты, что многие пациенты, умершие впоследствии от суицида, контактировали в недавнем прошлом с профессионалом в области психического здоровья (Luoma, Martin, Pearson, 2002) и, следовательно, суицидальный риск этих пациентов был расценен не квалифицированно. Последнее соображение предполагает создание новых оптимальных моделей оценки

суицидального риска «здесь и сейчас» (Pisani, Murrie, Silverman, 2016).

2. Реальный показатель смертности

Психотерапия суицида (если иметь в виду суицид, составляющий суицидальное число, по которому измеряют социальное благополучие общества и характеризуют ту или иную страну или культуру) вряд ли возможна. Контингент лиц, завершивших суицид летально, кардинально отличается от контингента парасуицидентов, которым и оказывается психотерапевтическая (и другая) помощь. В первом случае – это подавляющее большинство мужчин (10 мужчин против 1 женщины), во втором – подавляющее большинство женщин (6 женщин против 3 мужчин). Считается, что мужчины в большей степени подвержены фатальному суицидальному поведению из-за меньшей гибкости и существующих трудностей адаптации в условиях потери ими статуса главы семьи и кормильца [6]. Значительно чаще, чем женщины, мужчины формируют зависимость от ПАВ. Но, помогая зависимым мужчинам преодолеть их болезнь (даже не имея в виду аутоагрессивной природы зависимости), мы тем самым снижаем риск фатального самоубийства. Мы сможем снизить риск фатального самоубийства, обеспечивая парасуицидентов помощью в условиях кризиса и далее, прорабатывая саму основу суицидальной настроенности, коль скоро у трети умерших регистрировались предшествующие «неудачные» попытки.

3. Есть ли смысл говорить об опасности смерти от суицида клиентам, кто не совершал попыток и лишь гипотетически допускает мысль о собственном суициде в будущем?

Другими словами, правильно ли будет активно приглашать клиента к осознанию и принятию того факта, что его высказывания и «ненамеренная» аутоагрессивная активность (подверженность несчастным случаям, травмам, депрессивное отношение к жизни и проч.), скрывают неосознаваемый им и возможно трагический жизненный план (сценарий)? Следует ли конфронтировать «облегченное» (несерьезное) отношение к суицидальной смерти?

По-нашему мнению, скорее «да», чем «нет».

Любые высказывания о суициде, шутки или манипулятивные угрозы свидетельствуют об актуальности идеи, будто бы сам человек может вмешаться и ускорить, так или иначе, естественный ход вещей. Тема возможности суицидальной смерти в «любой момент» способна очаровать (или отравить, как «Анчар¹») инфантильное внутреннее Я (Ребенка): оказывается, он, Грандиозный Ребенок, а не Бог или раковые клетки, может влиять на продолжительность своей жизни. Есть и еще ряд существенных «выгод» такого осознания: можно прибегнуть к суициду, если дела пойдут «не так» или страдание будет невыносимым; или можно влиять на взрослых членов своей семьи, коль скоро такой поворот событий, даже высказанный самым невинным тоном, может парализовать и внушить ужас самым авторитарным близким людям. Токсическое очарование близости со смертью и отношения с ней, основанные на амикошонстве, столь соблазнительны, что у многих опосредуются системой вознаграждения среднего мозга, заставляя резать вены, ложиться под поезд или предпринимать попытки самоудушения с эротической целью. Зависимость от рискованного поведения, когда из смертельных переживаний извлекается удовольствие в чистом виде, и последующие безмятежность и наполненность, является одним из копинговых стратегий пограничных личностей, существующих без любви, расколотых на острова, между которыми расположились ярость, пустота, смертельный ужас, безнадежность и суицидальный импульс². Пограничный подростковый стиль на пути к фатальному суициду со временем обогащается употреблением алкоголя и наркотиков.

Проблемы же психически здоровых женщин средних лет «без вредных привычек»³, которые чрезвычайно редко покушаются на самоубийство, заключены в истории Анны Карениной, если вспомнить, женщины - чрезвычайно чувствительной к символам, связанным с преждевременной смертью. Вполне вероятно, что будучи предупрежденной о самой возможности фатального суицида и его последствий - не только для нее и для любовника, но и для ее

¹ В основу сюжета этого стихотворения Пушкин положил полупоэтические сведения о существовании на острове Ява ядовитого дерева анчар. Путешественники рассказывали, что это дерево отравляет окрестный воздух, а сок его смертелен. Вожди местных племен посылали приговоренных к смертной казни собирать ядовитую смолу анчара, которую употребляли для отравления стрел

² Депрессия заброшенности по Джеймсу Мастерсону (1975)

³ И.П.Лебедев (1896) связывал суицид Анны Карениной, в том числе и с приемом настойки опия.

любимого сына (а этот метод терапевтического анализа называется «цепным» - см. Лайнен [3]), если, не дай Бог, ее программа счастья⁴ забуксует, Анна могла бы быть более настойчивой в осуществлении не столь уж невыполнимого плана «счастья». Суицид Анны был импульсивен, был внезапно явившейся «фигурой», и у Анны на тот момент не оказалось опоры «между» любовью и ненавистью («где кончается любовь, там начинается ненависть»⁵). Мы имеем в виду опоры в форме нежного и любящего Анну родительского интроекта, а не промелькнувшего перед ее внутренним взором мужичка, что «приговаривая что-то, работал над железом»⁶. Сошлюсь на мнение “отца” современной суицидолога Эдвина Шнейдмана [9], описавшего похожий случай «женского» самоубийства: «В личности ... решившихся на самоубийство, недоставало интернализированной фигуры одобряющего их отца, которая (как и здоровое сердце), очевидно, необходима для долгой жизни».

Трагедия пограничной личности состоит в том, что материнская забота и кажущаяся безопасность, полученные в обмен на утрату собственной свободы и целостности, не эквивалентны безусловной любви. Более того, существование интроектов Отвергающей матери и Преследующего отца вызывает желание расправы над ними, наказания или унижения. Например, пациент – жертва фатального суицида оставил предсмертную записку, адресованную уже давно умершей матери с требованием сжечь его тело. Нафантазированные убийства «обидчиков» внутри своего Я отражаются зеркальными нейронами с подробностью реальных событий так, что сформированный опережающий образ самоубийства представляется чем-то знакомым и не пугающим в момент реализации суицидного импульса.

4. Проекция

О том, что отщепленные части Я, содержащие болезненный опыт, могут не только обособляться внутри реального Я, но и быть перенаправлены на посторонний объект (даже не живой) так, что могут затем смешаться с этим объектом, оставаться «забытыми» там,

⁴ «Я получаю развод, Алексей Александрович отдает мне Сережу, и я выхожу замуж за Вронского» (Л.Н.Толстой «Анна Каренина»)

⁵ Цитата из романа.

⁶ Цитата из романа

нося непоправимый урон целостности реального Я, писал Джон Стейнер [7] в своей монографии о психических убежищах. Подобного рода проекции отличаются от проекций параноидных личностей, поддерживающих связь с объектом своей проекции, чтобы безопасно критиковать его. Случаи Стейнера интересны суицидологу с той точки зрения, что самоубийца (в самом экстремальном случае) мог бы отделить все свое наполненное болью реальное Я от тела и переместить его на объект, написав в предсмертной записке: «Я на яблоне. Валентин».

Другой способ проекции описан в рассказе Юрия Казакова «Во сне ты горько плакал». Казаков – писатель и алкоголик, растерявший все, но не совершивший суицид (в отличие от множества других писателей-алкоголиков), описывает суицид своего соседа по даче, также писателя, так подробно и проникновенно, как если бы он сам присутствовал при этом. Замечателен факт, что Казаков сам недавно купил патроны соседу, откликнувшись на его невнятно мотивированную просьбу. Возможно ли, что Казаков наблюдал свой собственный суицид, который завершился в теле другого человека так, что самому писателю уже не нужно было прибегать к его «помощи»? В транзакционном анализе мы называем подобный ход вещей эпиграфом [11], когда трагический сценарный сюжет передается от донора к акцептору. Примечательна судьба «суицидомании» Максима Горького [1], начавшейся с «убийства»⁷ холерой собственного отца – Максима и завершенной по смерти сына – тоже Максима, к которой Горький был также косвенно причастен.

5. Контрперенос: как чувства и мысли клиентов о суицидальной смерти влияют на психотерапевтов

Любые суицидальные клиентские идеации в конечном итоге призваны оправдать смертельный выбор и способствовать его реализации либо через суицид, либо через несуйцидальную аутоагрессию. Поэтому внутреннее сопротивление помощи – саботаж, несмотря на призывы и требования «немедленного и окончательного» исцеления, представляет ведущий тренд, когда клиент находится в терапевтическом поле. И наоборот, чуть только,

⁷ В этом маленького Алешу обвинила мама (см. Басинский П. «Страсти по Максиму: Горький: девять дней после смерти». -М.:АСТ:Астрель, 2011)

клиент выходит из этого поля, угроза смерти и ее неотвратимая серьезность побуждают здоровые части Я «кричать о помощи».

Терапевт, находясь в непосредственных интенсивных отношениях с клиентом, эмпатически отражает его пограничные колебания, понимая их, рассчитывая на ресурсы Наблюдающего Я. Однако, терапевт - всего лишь человек и его ресурсы, препятствующие потворствующему клиенту поведению (или контртрансферному поведению), ограничены. Он сам нуждается в эмпатическом отражении и поддержке, например, через институт супервизии [10].

Клиент, находясь в терапевтическом пространстве и угрожая терапевту суицидом, надеется, что терапевт будет испытывать страх за его жизнь, как его близкие, а также страх ответственности и потери репутации. Если терапевт (или персонал) неосознанно реагируют на эти сообщения, то стараются глубоко не вовлекаться в ситуацию клиента, опасаясь что-либо затронуть и нарушить демонстрируемую клиентом стабильность. Кернберг [2] называет подобный тип контртрансфера «поддержанием внутриличностного расщепления». Персонал игнорирует тревожные сигналы, свидетельствующие о хронической депрессии, и стимулирует позитивные стороны пациентов, вовлекая последних в поддерживающие и доставляющие удовлетворение формы деятельности. Кернберг относит данный тип поведения к основным причинам внутривоспитательных самоубийств и предлагает в качестве альтернативы конфронтацию (через прямое и постоянное обсуждение) суицидальных намерений и непоследовательности пациента в отношении самого себя, предпочитая открытое общение, хотя оно несет риск нападения и выражения гнева, атмосфере поверхностного дружелюбия, за которой стоит отрицание действительных проблем. Мастерсон [4] называет такой подход «уважительной конфронтацией» пограничного пациента, приглашающий того «пройти» через «депрессию заброшенности», выразить эмоционально и вербально всю гамму чувств, вместо поведенческих отыгрываний переноса, в том числе и через «неожиданный» суицид или акт самоповреждения. Терапевт должен дать понять клиенту, что если клиент убьет себя, «терапевту станет грустно, но он не отвечает за этот поступок и после смерти пациента его жизнь существенно не изменится» [2, с. 327]. Такой тип конфронтации способен стимулировать продвижение клиента от суицидального шантажа в семье к новому для него типу «открытых»

взаимоотношений. Еще более радикальным выглядит подход аналитической психологии, озвученный Джеймсом Хиллманом в его книге «Самоубийство и душа» [8]. Хиллман предлагает дать понять суициденту, что его суицидальные переживания чрезвычайно ценны для его души, и терапевт не «осмеливается сопротивляться ей (потребности умереть - авт.) в превентивных целях, так как сопротивляемость только усиливает непреодолимость побуждения, а конкретную смерть делает еще более привлекательной» [8, с. 153]. Психоаналитик, по мнению Хиллмана, представляет интересы души, и в меньшей степени – тела, так что со смертью тела анализ не прекращается; и в этом контексте пограничный пациент понимает, что аналитик будет с ним, его душой, до самого конца, поэтому любые виды суицидального шантажа, практикуемые им в семье, во время лечения лишены смысла. Подход диалектической бихевиоральной психотерапии [3], где пограничного клиента призывают найти в себе силы принять то, что невозможно изменить, находит у Хиллмана [8] парадоксальную интерпретацию, где надежда, что депрессия пройдет, только усугубляет безнадежность: никаких фантазий о свете, и тогда депрессия становится менее мрачной. Нет надежды, но нет и отчаяния.

Влияние клиента на терапевта в рамках «препятствующего терапии поведения» [3] через нарушение его границ и снижение мотивации может приводить к выгоранию терапевта и различным формам аутоагрессии [5]. Кернберг [2] считает, что при этом возможен подсознательный «сговор» уставших от суицидального шантажа родственников и психотерапевта (если тот работает в авральном режиме) с целью не мешать очередной клиентской попытке стать фатальной. Поэтому терапевт не должен соглашаться на терапию пациента, если она будет существенным образом отличаться от стандартной, потребует ежеминутной вовлеченности и героических усилий. С другой стороны, Лайнен [3], учитывая описанную выше двойственность пограничных⁸ клиентов в отношении лечения, предлагает особый тип контракта, в котором предусмотрены незапланированные встречи, в том числе в таких местах, как кафе или парк, предусмотрены телефонные звонки в любое время, а также план безопасности - совместно формулируемый документ, содержащий

⁸ Марша Лайнен [3] не делает различий между понятием «пограничный» и «аутоагрессант». Аутоагрессию она считает основной и неотъемлемой чертой пограничной личности.

указания на места и друзей, где клиент может быть, покинув терапию, а также содержащий согласие клиента на помощь, осуществляемую терапевтом активно, несмотря на сиюминутный протест. Хиллман [8] разделяет ответственность и условия работы с суицидальными клиентами терапевтов без медицинского образования - психологов, и врачей. Если врачи имеют достаточно четкий и однозначный алгоритм работы с суицидальными переживаниями («необходимо защитить жизнь») и бывают поддержаны обществом и сильным медицинским сообществом в случае неудачи терапии суицидального клиента, то психологи, защищая жизнь, иногда вступают в противоречие с интересами *бессмертной души* или, поддерживая уникальные отношения переноса, они вовлекаются в жизнь клиента так, что дела клиента становятся их, также как и смерть его может стать личностным событием, то есть «собственным самоубийством и поражением» [8, с.78]. Особое положение психолога требует от него постоянно отвечать на вопрос, «почему он хочет, чтобы этот человек остался жив» [8], поскольку для этого недостаточно одних лишь ответственности за жизнь и терапевтического обязательства.

Некоторые выводы

Психотерапия, несомненно, ценный инструмент, позволяющий обеспечить профилактику завершенного суицида. К высказываниям о суицидальных намерениях нужно относиться всегда серьезно, даже если человек, высказавший эти мысли, не входит в группу риска завершенного суицида. Сейчас не оспаривается тот факт, что большинство суицидальных и парасуицидальных действий совершаются пограничными личностями. В связи с этим, психотерапия таких личностей должна учитывать контртрансферные процессы и выстраиваться на фундаменте прочных супервизионных и поддерживающих отношений внутри самого терапевтического сообщества.

Литература

1. Галант, И.Б. К суицидомании М. Горького [Текст] / И.Б. Галант // Клинический архив гениальности и одаренности (Эвропатологии) - 1926. - Вып.3, Т. II - С. 207-210

2. Кернберг, О. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии / О. Кернберг. – М.: Класс, 2001- 464 с.
3. Лайнен, М.М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности [Текст] / М.М. Лайнен. - М.: ООО «И.Д.Вильямс», 2015. - 592 с.
4. Лебедев, И.П. О самоубийстве с медицинской точки зрения [Текст] / И.П.Лебедев // Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии.- 1986.-Т.27,№3.- С. 1-40
5. Мастерсон, Дж. Терапевтический альянс с пациентами, страдающими пограничными и нарциссическими личностными расстройствами. Метод развития Я и объектных отношений / Дж. Мастерсон // Эволюция психотерапии. Том 2. Осень патриархов: Психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная психотерапия. – М.: Класс, 1998. – 416 с.
6. Озоль, С.Н. Аутоагрессивное поведение и злоупотребление алкоголем среди врачей (обзор литературы) [Текст] / С.Н. Озоль, Д.И. Шустов // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П.Павлова - 2014. - № 3.- С. 148-154
7. Рутц, В. Европейская перспектива здоровья в период социальных изменений [Текст] / В. Рутц // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. - 2015. - № 4.- С. 39-59
8. Стайнер, Д. Психические убежища. Патологические организации у психотических, невротических и пограничных пациентов [Текст] / Д. Стайнер. - М.: «Когито-Центр», 2013. - 239 с.
9. Хилманн, Дж. Самоубийство и душа / Дж. Хиллман.- М.: Когито-Центр, 2004. – 272 с.
10. Шнейдман, Э. Душа самоубийцы [Текст] / Э. Шнейдман. - М.: Смысл, 2001. - 315 с.
11. Шустов, Д.И. Анализ супервизионных наркологических случаев [Текст] / Д.И. Шустов // Вопросы наркологии - 2014. - № 3.- С. 89-96.
12. Chesney, E. et al. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review [Text]/ E. Chesney, G. M. Goodwin, S. Fazel // World Psychiatry.- 2014.-Vol.13,№2.-P.153-160

13. Luoma, J.B. et al. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence [Text]/ J.B. Luoma, C.E. Martin, J.L. Pearson // Am J Psychiatry.- 2002.- Vol.159, №6.- P. 909-916
14. Oquendo, M.A. et al. Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations [Text]/ M.A. Oquendo, E. Baca-Garcia // World Psychiatry.- 2014.-Vol.13,№2.-P.128-130
15. Pisani, A.R. et al. Reformulating Suicide Risk Formulation. From Prediction to Prevention [Text]/ A.R. Pisani, D.C Murrie, M.M. Silverman // Acad Psychiatry.- 2016.-Vol.40.-P. 623-629
16. Shustov, D.I. et al. Episcrypt Transmission in Families of Alcohol-Dependent Men: Models and Clinical Observations [Text]/ D.I. Shustov, A.V. Merinov, O.D. Tuchina // Transactional Analysis Journal.-2016, Vol. 46(1).- P. 13-25