Галушко, М.В. Специфика психотерапевтического взаимодействия с пограничными клиентами, имеющими суицидальные наклонности [Электронный ресурс] // М.В. Галушко // Психология и педагогика в Крыму: пути развития. – 2013. – № 2

УДК 159.99

СПЕЦИФИКА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОГРАНИЧНЫМИ КЛИЕНТАМИ ИМЕЮЩИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ СКЛОННОСТИ

Галушко Маргарита Владимировна

Таврическая академия (структурное подразделение) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского» (г. Симферополь)

E-mail: margaret_galushko18@mail.ru

В данной статье проведен анализ пограничных личностей, имеющих суицидальные склонности. Так же мы проанализировали специфику работы с такими клиентами учитывая, как защитные механизмы, так и возможные контрпереносные реакции терапевта в психоаналитической парадигме.

Ключевые слова: пограничные структура личности, суицидальное поведение, психотерапия.

Постановка проблемы. Самоповреждающее и суицидальное поведение пограничных личностей часто вызывает у терапевта яркие фантазии о спасении. Несмотря на то, что многие пациенты постоянно угрожают самоубийством, они редко реализуют свои угрозы. Долгосрочные исследования показали, что уровень самоубийств среди пограничных личностей составляет 8%. Кроме фантазий о спасении угрозы покончить с собой могут привести терапевта к попаданию в роль жертвы, которую постоянно мучают, этакий Дамоклов мечом над головой аналитика. Если

терапевт не угадает, что нужно ответить пациенту (иногда слово в слово) или отказывается выполнять выдвинутые требования, то клиент может решить наказать его и предпринять ответные действия в виде попытки убить себя.

Как только пациенты чувствуют, тревогу аналитика за жизнь клиента, они начинают использовать ее для совершения манипуляций [2]. В ответ терапевты начинают больше говорить на встречах, предлагать дополнительную поддержку, прикладывать больше усилий и удовлетворять некоторые желания пациента. Хитрые клиенты начинают использовать угрозы как способ установления контроля над терапевтом и удовлетворения ранее отвергнутых желаний.

Основное изложение материала. **Основное изложение материала.** Конечно, каждый терапевт чувствует свою ответственность за жизнь и здоровье своих пациентов, но частые угрозы пограничных клиентов могут просто сводить с ума. Клиницисты теряют способность думать о том, что же происходит в терапевтических отношениях на самом деле. Аналитическое пространство начинает рушиться из-за тревоги и карусели мыслей только о том, насколько реальны угрозы пациента, и что следует предпринять. Это состояние отражает неспособность клиента отличить импульсивные действия от фантазии. Одной из задач терапевта является создание пространства для обсуждения символического смысла фантазии, а не ее отыгрывания. У желания отнять у себя жизнь есть свой индивидуальный смысл, который можно обнаружить только в кабинете в процессе аналитической работы. Конечно, если угроза самоубийства действительно реальна, терапевт должен предпринять все усилия для госпитализации пациента. Но даже в этом случае следует искать смысл происходящего. Не забывайте о том, что лечение суицидальности включает два направления: медикаментозное и психотерапевтическое, которые дополняют друг друга.

Левин и Шульц отметили, что суицидальность и суицид – это не одно и то же. Постоянные мысли о самоубийстве могут выполнять некоторые функции в психике пациента. Они могут стать основой чувства автономности, собственной ценности и т.д. Поэтому терапевт должен выстроить «мост» к клиенту и вместе с ним понять смысл желания лишить себя жизни.

Если терапевт идет по пути обычного «устранения» желания совершить самоубийство, пациент может ощущать себя непонятным и отреагировать примерно следующим образом: «Слушайте, я всю жизнь живу с мыслями о суициде, они не исчезнут за 5 минут!» Возможно, в этом случае терапевт больше беспокоится о себе. Некоторые аналитики включают собственные фантазии о всемогуществе и полагают, что только они обладают магическими способностями для того, чтобы спасти пациента, что может наоборот привести к обратным последствиям. У суицидальных клиентов есть огромное желание получить заботу от все-дающего и все-любящего идеального родителя. Излишне усердное рвение спасти пациента может привести к тому, что терапевт действительно станет родителем, который всегда рядом и готов пожертвовать ради ребенка всем, что у него есть. Так у пациента могут возникнуть ложные надежды на существование и получение такого родителя в свое распоряжение, что приведет в будущем к еще более частым попыткам суицида. Кроме того, такая стратегия совпадает с желанием пограничных пациентов передать ответственность за их жизнь другому человеку [3]. Когда мы устанавливаем с такими пациентами слишком тесные отношения, то вскоре сознательно или бессознательно можем захотеть, чтобы он попросту исчез. Процесс работы с суицидальными клиентами поднимает в терапевте его садистические желания, поскольку такие пациенты устанавливают связь с другими только через садо-мазохистическую модель отношений. В данном случае, задача психоаналитика заключается в интерпретации происходящего контрпереноса, но не всегда данный аспект психотерапии является уловимым

для аналитика.

Работа с суицидальным поведением пограничных клиентов должна выстраиваться на исследовании чувства ненависти, которое возникает у терапевта. Оно может трансформироваться в отвращение, злость или и то, и другое, что может привести к желанию «бросить» пациента, которое выражается, например, в виде опозданий на встречи, их отмене или переносе. Пограничные клиенты осознают, что наносят удар по личности аналитика своими угрозами и могут использовать их для получения удовольствия от садистичного манипулирования другим [1].

Одним из способов предотвращения такой ситуации является отказ от роли спасителя и всемогущего родителя, который жертвует свой жизнью, делами, временем и силами ради клиента. Кроме того, необходимо отслеживать свои защитные маневры для подавления ненависти. Мальтсбергер и Буи описали 5 таких стратегий:

1. Терапевт может подавлять свою ненависть, потому что не может совместить свою профессиональную идентичность (неравнодушного и заботящегося человека) и контрпереносные переживания скуки, тревоги, безразличия, невнимательности.

2. Ненависть к пациенту может трансформироваться в ненависть к себе в виде самокритики и обвинений за то, что терапевт делает не все возможное для данного клиента.

3. Ненависть при помощи реактивного образования трансформируется в излишнюю заботливость и терпеливость в ответ на атаки клиента.

4. Ненависть проецируется на пациента и попадает в категорию «негативный перенос».

5. Отрицание ненависти, приводящее к обесцениванию пациента и переводу его к другому аналитику.

В любом случае, в долгосрочной терапии пограничного клиента неизбежно наступит момент, когда терапевт почувствует себя загнанным в угол. Он может ощутить себя абсолютно беспомощным и одиноким из-за того, что пациент «разогнал» всех вокруг себя, использовал все доступные ресурсы и, к примеру, не имеет больше возможности оплачивать сессии. Они на самом деле отбирают у других людей много сил и с ними попросту отказываются работать даже государственные учреждения. Пограничные личности ссорятся со всеми своими родственниками и друзьями, их выгоняют супруги или партнеры, они теряют работу, не могут найти новую, их выселяют и т.д. Иногда ощущение терапевта о пребывании в ловушке является отражением реальной ситуации во внутренней или внешней жизни его пациента. Аналитики должны предпринять все возможное, чтобы такие клиенты не замыкали свою жизнь только на отношениях с терапевтом.

В случае если психотерапевт находится в контрпереноса, все же будет пытаться всеми силами помочь клиенту, тем самым находясь в позиции родителя, то поднимается вопрос о терапевтической ценности такой психотерапии, ведь клиент может удовлетворить определенный спектр желаний в контакте с аналитиком не во внешнем мире как необходимо. Имеется в виду научение пограничного клиента выстраивать взаимоотношения с окружающими его людьми, таким образом при котором и ему и окружающим будет комфортно, а желания клиента в поддержке, заботе и любви будут находить удовлетворение.

«Переносы пограничных клиентов сильны, неамбивалентны и не поддаются интерпретациям обычного типа. Терапевт может восприниматься либо как полностью плохой, либо как полностью хороший. Если

благожелательный, но клинически наивный терапевт пытается интерпретировать переносы так, как их следовало бы интерпретировать с невротической личностью (“Возможно, то, что вы чувствуете ко мне, является тем, что вы чувствовали по отношению к отцу”), он обнаружит, что никакого облегчения или просто согласится с тем, что терапевт действительно ведет себя подобно раннему объекту. Также не является необычным и то обстоятельство, что пограничная личность, пребывая в одном психическом состоянии, воспримет терапевта как подобного в своем могуществе и достоинствах Богу, а в другом (может быть, днем позже) – как слабого и достойного презрения» [3].

Выводы: Самым важным посланием в работе с пограничными личностями должна стать идея о том, что люди имеют свои границы, конечные ресурсы, силы, возможности и т.д. И мы должны осознать данный факт и оплакать его. Пациенты должны перестать жить ложными надеждами, оценить свои реальные возможности и построить выполнимые планы, включая ожидания от других людей. Кроме этого, они должны понять, что по большей части им придется полагаться в жизни на себя, особенно, если помощи больше ждать не откуда. Способность справляться со своими сильными переживаниями самостоятельно помогает укрепить эго, снизить ощущение «безотлагательности» и отложить реализацию импульсивных поступков и удовлетворение некоторых желаний. Вообще, терапевтическая ценность укрепления Я является очень важным аспектом в контексте психотерапевтического взаимодействия. Оплакивание помогает перейти им на депрессивную позицию, начать видеть других в более реальном свете. После перехода на депрессивную позицию аналитик может предложить пациенту найти символический смысл в желании быть спасенным всемогущим родителем [1].

Также следует помнить, что далеко не все пограничные клиенты искренне хотят и могут расстаться со своими желаниями, фантазиями и способами выживания, которые использовали до этого много лет (например, угрозы убить себя или создание садо-мазохистических отношений). Терапевт не должен желать изменить пациента, такое стремление может стать настоящей угрозой для работы в кабинете. Попытки «отобрать» прошлые стратегии существования и манипулирования вызывают у клиентов еще большее сопротивление. Терапевт должен помнить о том, что его основная задача – не изменить, а понять пациента и происходящее с ним, поскольку исцелиться можно только при наличии желания быть исцеленным [4].

Список литературы:

1. Габбарт Г. Психоаналитические границы и их нарушения / Г. Габбарт, Э. Лэстер. – Москва: Независимая фирма «Класс», 2014. - 272 с.
2. Габбарт Г. Ошибки в психоаналитическом лечении суицидальных пациентов // Журнал электронных публикаций ИППиП№4 – Режим доступа URL: http://konfident-spb.ru/article/Gabbard.htm
3. Мак-Вильямс, Н. Формулирование психоаналитического случая. Psychoanalytic Case Formulation / Н. Мак-Вильямс - Москва: НФ "Класс", 2015. - 328 с.
4. Кернберг О.Ф. Отношения любви: норма и патология. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 256с.

UDC 316.61:004.946

SPECIFICS OF PSYCHOTHERAPEUTIC INTERACTION WITH BOUNDARY CLIENTS HAVING SUICIDE TENDENCIES

Galushko Margarita Vladimirovna

V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Crimea, Russian Federation

E-mail: margaret_galushko18@mail.ru

Summary. In this article, an analysis of borderline personalities with suicidal tendencies has been carried out. We also analyzed the specifics of working with such clients, considering both the protective mechanisms and the possible counterterroric reactions of the therapist in the psychoanalytic paradigm.

Keywords: borderline personality structure, suicidal behavior, psychotherapy.

References:

1. Gabbart G. Psikhoanaliticheskiye granitsy i ikh narusheniya / G. Gabbart, E. Lester. – Moskva: Nezavisimaya firma «Klass», 2014. - 272 s.
2. Gabbart G. Oshibki v psikhoanaliticheskom lechenii suitsidal'nykh patsiyentov // Zhurnal elektronnykh publikatsiy IPPiP№4 – Rezhim dostupa URL: http://konfident-spb.ru/article/Gabbard.htm
3. Mak-Vil'yams, N. Formulirovaniye psikhoanaliticheskogo sluchaya. Psychoanalytic Case Formulation / N. Mak-Vil'yams - Moskva: NF "Klass", 2015. - 328 s.
4. Kernberg O.F. Otnosheniya lyubvi: norma i patologiya. – M.: Nezavisimaya firma «Klass», 2000. – 256s.