

Г. Дамманн, Б. Геріш
НАРЦИСИЧНІ РОЗЛАДИ ОСОБИСТОСТІ ТА СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА. ПСИХОДИНАМІЧНА ПЕРСПЕКТИВА З ТРУДНОЩАМИ ЛІКУВАННЯ*

Г. Дамманн, Б. Геріш
Нарциссические расстройства личности и суицидальное поведение. Психодинамическая перспектива с трудностями лечения

G. Dammann, B. Gerish
Narcissistic personality disorders and suicidal behavior. A psychodynamic perspective with treatment problems

Суїцидальні загрози, жести та відкриті спроби самогубства є поширеними проблемами у пацієнтів з нарцисичними та іншими важкими порушеннями особистості. З погляду психодинаміки, суїцидальна поведінка ґрунтується як на агресії, так і на нарцисичній саморегуляції. Проблеми клінічного лікування пацієнтів з суїцидальною поведінкою та нарцисичними розладами описані та обговорюються з психодинамічного ракурсу. Обговорюється негативна самооцінка, амбівалентність суїциду та агресивності в боротьбі з самогубцями та інші чинники ризику.

Спроби самогубства мають супроводжуватись психотерапевтичним лікуванням. Терапевт чи психіатр повинні оцінити інтенсивність суїцидальних думок пацієнта, існування планів, наявність засобів, глибину депресії, ступінь соціальної ізоляції, кількість споживаних алкоголю або наркотиків та ступінь, в якому комунікація пацієнта заслуговує на довіру. Суїцидальні міркування у пацієнтів з порушеннями особистості мають як первинне джерело як патологію характеру, так і афективну хворобу, відповідно, застосовують різні технічні підходи. Окрім сильних контрпереносних реакцій терапевта можуть виникати типові проблеми, пов'язані з його ставленням та психотерапевтичним процесом. Основна увага терапії — це суїцидальний тригер і коріння нарцисизму. Самогубство або загроза самогубства сприймаються пацієнтами як вирішення довготривалих внутрішньопсихічних конфліктів. Коли агресія пацієнта стимулюється нинішнім гнівом, розчаруванням або заздрістю, самознищення є засобом для боротьби з інтерналізованим мучителем або руйнівною схемою. Хронічна суїцидальна поведінка більш серйозно порушена нарцисичних пацієнтів пов'язана з особливими труднощами лікування та ризиками. Проте, саме час, наступний за спробою самогубства, дає нагоду зрозуміти нарцисичну динаміку пацієнтів та більш інтенсивно їх досліджувати. Суїцидальність часто потребує втручання, орієнтованих на конкретні дії, та відхилення від технічної нейтральності з боку терапевта. Вторинний вигравш від самогубства і його історії повинен бути уважно розглянутий терапевтами. Схоже, можна включити як і основні психодинамічні моделі ризику суїциду, конфліктні проблеми агресії, їхній вплив на нього, так і нарцисичну самореалізацію.

Ключові слова: самогубство, суїцидальна поведінка, нарцисизм, нарцисичний розлад особистості, психодинамічна терапія

Суицидальные угрозы, жесты и открытые попытки самоубийства являются распространенными проблемами у пациентов с нарциссическими и другими тяжелыми нарушениями личности. С точки зрения психодинамики, суицидальное поведение основывается как на агрессии, так и на нарциссической саморегуляции. Проблемы клинического лечения пациентов с суицидальным поведением и нарциссическими расстройствами описаны и обсуждаются с психодинамической точки зрения. Обсуждается негативная самооценка, амбивалентность суицида и агрессивности в борьбе с самоубийством и другие факторы риска.

Попытки самоубийства должны сопровождаться психотерапевтическим лечением. Терапевт или психиатр должны оценить интенсивность суицидальных мыслей пациента, существование планов, наличие средств, глубину депрессии, степень социальной изоляции, количество потребляемых алкоголя или наркотиков и степень, в которой коммуникация пациента заслуживает доверия. Суицидальные идеи у пациентов с нарушениями личности имеют в качестве первичного источника как патологию характера, так и аффективную болезнь, соответственно применяют различные технические подходы. Кроме сильных контрпереносных реакций терапевта, могут возникать типичные проблемы, связанные с его отношением и психотерапевтическим процессом. Основное внимание терапии — это суицидальный триггер и корни нарцисизма. Самоубийство или угроза самоубийства воспринимаются пациентами как решение долговременных внутриспсихических конфликтов. Когда агрессия пациента стимулируется нынешним гневом, разочарованием или завистью, самоуничтожение представляет собой средство для борьбы с интернализированным мучителем или разрушительной схемой. Хроническое суицидальное поведение более серьезно нарушенных нарциссических пациентов связано с особыми трудностями лечения и рисками. Тем не менее, именно время, последовавшее за попыткой самоубийства, дает возможность понять нарциссическую динамику пациентов и более интенсивно их исследовать. Суицидальность часто требует вмешательства, ориентированных на конкретные действия, и отклонения от технической нейтральности со стороны терапевта.

Ключевые слова: самоубийство, суицидальное поведение, нарциссизм, нарциссическое расстройство личности, психодинамическая терапия

Suicidal threats, gestures and overt attempts and suicide are common problems in patients with narcissistic and other severe personality disorders. From a psychodynamic perspective, suicidal behaviour is based on both aggression as well as narcissistic self-regulation.

Challenges for the clinical treatment of patients with suicidal behaviour and narcissistic disorders are described and discussed from a psychodynamic perspective. Negative self-concept, the ambivalence of suicide and aggression in suicide attempters and other risk factors are discussed.

Psychotherapeutic treatment should follow a suicide attempt. The therapist or psychiatrist must gauge the intensity of the patient's suicidal ideation, the existence of plans, the availability of means, the depth of depression, the extent of social isolation, the amount of alcohol or drug intake, and the degree to which the patient's communications are trustworthy.

Suicidal ideation in personality disordered patients has its primary source either in character pathology or affective illness, accordingly, apply a different technical approaches. Besides the therapist's strong countertransference reactions typical problems pertaining to his/her attitude and psychotherapeutic process can occur. The focus of the therapy is on the suicidal trigger and the roots of the narcissism. Suicide or the threat of suicide are called on by the patients as solutions to long-standing intrapsychic conflicts.

When the patient's aggression is stimulated by current anger, frustration or envy, self-destruction provides a means to cope with the internalised tormentor or destructive schema. Chronic suicidal behaviour of more severely disturbed narcissistic patients is related to particular treatment difficulties and risks. Yet, it is precisely the time following a suicide attempt which offers an opportunity to understand patients' narcissistic dynamics and to process them more intensively.

Suicidality often necessitates action-oriented interventions and departures from technical neutrality on the therapist's part.

Keywords: suicide; suicidal behaviour; narcissism; narcissistic personality disorder; psychodynamic therapy

* Dammann G., Gerisch B. Narzisstische Persönlichkeitsstörungen und Suizidalität: Behandlungsschwierigkeiten aus psychodynamischer Perspektive // Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2005; 156: 299—309. DOI: <https://doi.emh.ch/10.4414/sanp.2005.01625>.

© Дамманн Г., Геріш Б., 2018

Останнім часом в психіатрії та психотерапевтичній медицині нарцисизм став відносно «тихим», порівняно з тим, як в 1970-х і 1980-х роках в цій галузі відбувалися основні теоретичні битви [1, 2]. Концепцію нарцисизму використовували все більш неоднозначно в наступні роки, а пізніше вона навіть перетворилася на вислів індивідуалізму, що характеризується сучасністю [3]. Навіть якщо Х. Хартманн [4] визначив нарцисизм в термінах драйву і его-психології як «лібідне заняття Его», Мур і Файн [5] у визначенні, що має значення донині, говорили тільки про «концентрацію психічного інтересу до себе». З психодинамічного погляду, незважаючи на це обмеження, нарцисичну кризу все ще розглядають як центральну психодинамічну концепцію для пояснення суїцидальності [6—8]. Нещодавні емпіричні дослідження, присвячені суїцидальності, також показали, що крім психіатричних захворювань найчастіше у пацієнтів зі спробами самогубств та самогубствами виявлено супутній розлад особистості [9, 10]. Пацієнти з розладами особистості, як і суїцидальні, також страждають на депресію [11]. По-перше, було продемонстровано, що імпульсивність пацієнтів [12] та афективна нестабільність [13, 14] є факторами ризику самогубства. Крім того, частота психопатологічних критеріїв у системі класифікації DSM-IV для гібридних, антисоціальних, пограничних та нарцисичних розладів особистості загалом була пов'язана з частотою та тяжкістю спроб самогубств [15]. Хоча в останні роки з'явилося кілька статей про розвиток і лікування хронічної суїцидальності у пацієнтів з пограничним розладом особистості [16—19], як і раніше бракує літератури про нарцисичні розлади особистості.

Нарцисичний розлад особистості

Відповідно до DSM-IV [20], нарцисичний розлад особистості характеризується послідовною моделлю величч (в уяві чи поведінці), потребою в захопленні власною особистістю, відсутністю емпатії та наявністю типових рис (табл. 1). У МКБ-10 [21] нарцисичний розлад особистості не є окремою категорією (за винятком більш пізнього додатку — як попередній критерій) — одна з причин полягала в більш психоаналітичному походженні цієї концепції, яка здавалася підозрілою для багатьох психіатрів.

Таблиця 1. DSM-IV. Критерії нарцисичного розладу особистості

1. Перебільшена самооцінка (власні здібності та таланти перебільшені, вважає себе «особливим» навіть без особливих досягнень)
2. Постійні фантазії безмежного успіху, сили, пишноти, краси чи ідеальної любові
3. Особистісний та унікальний погляд, що є зрозумілим лише деяким людям (наприклад, з більш високим статусом), особливо при бажанні з ними зв'язатись
4. Постійне прагнення захоплення власної особистості оточуваними
5. Претензійне мислення
6. Використання особистісних відносин для досягнення власних цілей
7. Дефіцит співпереживання
8. Заздрість іншим
9. Нахабна, принижуюча поведінка

Коморбідність з іншими розладами особистості також надзвичайно висока в нарцисичному розладі особистості. Найбільш поширені поєднання — з протекторними,

диссоціальними або пограничними розладами особистості [22]. Проте поєднання із залежним, компульсивним або параноїдним розладом особистості також є поширеним варіантом. Феноменологічна, але атеоретична та категорична діагностика нарцисичного розладу особистості відбувається, незважаючи на різноманітні інструменти дослідження, як-от інтерв'ю SCID-II, структурне клінічне інтерв'ю для розладів особистості [2] DSM-IV [23] або нарцисична інвентаризація [24], інструмент самооцінки для вивчення саморегуляції, переважно вже після клінічної феноменології та взяття історії хвороби. Як обмеження вказується, що не кожна поодинок наявність нарцисичних рис особистості має розглядатися як «нарцисичний розлад особистості». Здебільшого принаймні у деяких сферах життя (робота, стосунки тощо) має бути тривале серйозне погіршення, щоб говорити про «розлад особистості». До сьогодні специфічне діагностичне інтерв'ю (DIN) від Gunderson та співавторів не було перекладено [25].

Нарцисична динаміка та нарцисична патологія

З погляду психодинаміки, аспект підвищеної вразливості нарцисичних пацієнтів з порушеннями особистості для спроб самогубств можна зрозуміти так: у нарцисизмі є жива чи фантазійна грандіозна ідея тримати в голові усе гарне, не потребуючи нічого, це захищає від почуття нікчемності, залежності та заздрості. Захист від почуття нікчемності і порожнечі треба розглядати як центральний. Недійсні почуття, які проявляються частіше в розлуках і невдачах, становлять загрозу для людини. Грандіозність може приймати форму сформульованого самозаспокоєння, хронічного гнівного настрою, який може проявлятися як гнів, агресія або мстиве обурення іншими людьми. Зокрема, це гнів — частково з порожніх причин, коли щось йде не так, як хотілося б, тобто коли реальність не узгоджується з ними самими. Основними захисними механізмами в нарцисизмі є ідеалізація і девальвація. Інші люди, навіть партнери, друзі або члени сім'ї, взагалі не сприймаються серйозно в їхній самовпевненості, або ж це їх дратує. Хворий, наприклад, використовує успіхи задля регулювання власної самооцінки. У відносинах ці пацієнти часто дуже вразливі, пацієнт шукає любові, підтримки та вдячного захоплення, при цьому критикує, контролює або утискаючи інших. У випадку жорстоко-нарцисивних пацієнтів основна увага приділяється грандіозній, незалежній самостійній системі, в якій негативні наслідки мають бути спроектовані та відокремлені. Якщо грандіозність більше не може утримуватись, на її місце встають масові ідеї неповноцінності, які становлять вигадливі «негативні перебільшені фантазії» [26], і потім можуть стати джерелом самогубства. Тут центральні емоції — це гнів як вираження підвищеної вразливості і, насамперед, заздрість до інших (переважно, також несвідомо виражена).

Загалом, дві теоретичні лінії дослідження психодинамічного нарцисизму останніх десятиліть можуть бути концептуально ідентифіковані: одна лінія може бути віднесена до вразливості порушеного «самозакоханого нарцисизму» (А. Рейх [27], Е. Якобсон [28] і особливо Н. Когут [29]). На додаток до цього «самолюбівання нарцисизму» Герберт Розенфельд і Отто Ф. Кернберг описують у своїй роботі «об'єктивно-оборонний нарцисизм» і грандіозну самоструктуру, яка служить для захисту залежних об'єктних відносин. (Інші важливі психодинамічні теорії нарцисизму, наприклад, Андре Грін [30] або Бела Грюнбергер [31], які також стосуються проблеми суїцидальності, не можуть обговорюватися тут з причин обмеженого розміру статті).

Суїцидальність і нарцисизм

Хензелер описує у своїй роботі суїцидального пацієнта як глибоко неврегульовану особистість, яка боїться потрапити в стан повної самотності, безпорадності і безсилля, і яка ще глибше ображена і нестійка через вплив оточення на її самооцінку. Типовими тригерами нарцисичної кризи є розлучення [6], випробування, смерть батьків або власне захворювання, але також і різні досягнення. Залежність нестійкої особистості від серйозних порушень самооцінки показана в спрощеній формі в таблиці 2.

Таблиця 2. Нарцисичність образу хворого-самогубця за Хензелером

Неминучість в своїй самооцінці, особистість повинна вміти зберігати свій лабільний, нарцисичний баланс в оточенні ідеалізованих людей, що надає безумовний і надійний стабілізуювальний ефект. Якщо це оточення не склалося, наприклад, через образи і розчарування, виникає «нарцисична катастрофа», яка має бути відвернена. Однак, якщо захист не вдався, почнеться регресія до так званого основного стану з фантазіями спокою, тепла і безпеки (злиття з розсіяним досвідченим основним об'єктом).

Нарцисична образа може включати в себе кілька сфер:

1. Прийняття (наприклад, він не був запрошений на об'єднання сім'ї)
2. Значення і сила (наприклад, пацієнт не отримав «сертифікат» в університеті)
3. Психосексуальна ідентичність (наприклад, пацієнт був висміяний за безсилля випадковим знайомим)

Крім шляхів «фантазій відступу в гармонійний основний стан» [6, стор. 85], вступає в силу і небезпечна «дисоціація тіло-Я і психічне Я» [7, стор. 109]. Перетворюючи цю приховану фантазію в дію (самогубство, спроба самогубства, відкрита загроза самогубства), нарцисично порушена особистість активно парадоксально передуює інтрапсихічній загрозливій нарцисичній катастрофі і в останній раз стабілізує вразливу нарцисичну економіку. Grunberger зазначив, що для нарцисичних людей, що страждають на проблеми самооцінки та дифузійної ідентичності, здатність до самогубства часто означає наявність його [31]. Однак в разі суїцидальності також відіграють важливу роль інші конфлікти і динаміка, з погляду психоаналізу з робіт Зигмунда Фрейда [32] і Карла Абрахама: відплата, заздрість, помста, симбіоз, всемогутній контроль, вбивство інтерналізованих об'єктів, ідентифікація з агресором, звертаючись до самого себе, але також відданість і лояльність. Тому суїцидальність взагалі не завжди може бути повністю пояснена режимом нарцисичної регуляції (наприклад, самопсихологією), але вона відіграє велику роль у пацієнтів з патологією нарцисичного характеру. Критичний прийом впливової концепції Хензелера, який може призвести до придушення масивної проблеми агресії при самогубствах, можна знайти серед інших у Геріш [34]. Зовсім недавно Малтсбергер [35] описав суїцидальний розпад его через дезінтеграцію Его (Его-регресії), невдачу регуляції впливу, нарцисичне здавання, крах репрезентативного світу і втрату реальності в чотирьох фазах:

1. вплив переповнення;
2. відчайдушні маневри, щоб уникнути створеного таким способом психологічного натиску;
3. втрата контролю через збільшення розпаду самого себе і, нарешті,
4. грандіозна, магічна ідея психічного виживання (розщеплення самоуявлення, «дисоціація тіла»).

Хоча можна описати вражаючі збіги в психодинаміці суїцидальних осіб, немає психодинаміки суїцидальності. У таблиці 3 узагальнено деякі важливі мотиви та фантазії, які можуть бути притаманні акту самогубства.

Таблиця 3. Мотиви і фантазії суїцидальних пацієнтів

Вбивання інтерналізованого об'єкта
Аутоагресія
Сліпе зняття агресивного напруження (катарсис)
Помста і відплата
Тенденції самопокарання внаслідок несвідомого почуття провини
Покарання і спокутування, відшкодування
Всемогутня фантазія бути «господарем ситуації»
Самозване вбивство
Возз'єднання з покійним або коханцем
Бажання відродитися, порятунок і новий початок
Фактична реалізація емоційно вже присутнього стану, а саме бути розумово «мертвим»
Бажання повернутися в дитинство
Бажання польоту і перерви
Бажання контролювання і влади
Бажання вбити і покарати
Бажання померти за мазохістичними уявленнями

Однак, нарцисичні пацієнти, зокрема, можуть опинитися в небезпеці помилитися в нарцисичній динаміці, властивій будь-якій спробі самогубства. Психоаналітично первинний депресивний розвиток, який призводить до спроби самогубства (навіть у випадку з нарцисичним пацієнтом), буде меншим проявом останнього триумфуючого нарцисичного повстання і «перемоги», ніж проявом депресивної ідентифікації з дезоб'єктизованим об'єктом, якого не існує. Динаміка, яка може мати своє коріння у депресивної («мертвої») матері. Бетті Джозеф описує у деяких пацієнтів «пошук близької смерті», який проявляється годинами терапії з круговими міркуваннями і бурчанням (замість реального мислення як вираження позбавлення волі в уяві) і психодинамічно зі зростаючим лібідозним задоволенням, яке може бути пояснено практично розладом [36]. Подальша увага була приділена, зокрема, депресивно-мазохістичній динаміці. Важливими також є істерична, параноїдальна, іпохондрична, диссоціальна або спотворена динаміка, пов'язана з самогубством, особливо у пацієнтів з пограничними розладами особистості, в яких спроби самогубства і хронічна суїцидальність дуже поширені, зазвичай відіграє роль інша динаміка, ніж нарцисична («Гра з вогнем», «нестерпна порожнеча або почуття страху») [16—19].

Руйнівний нарцисизм — особливий випадок

На думку деяких лікарів і теоретиків, особливою ситуацією в лікуванні нарцисичних пацієнтів є так званий «деструктивний» або «злоякісний» нарцисизм. За словами Кернберга [37], глибокий захист від будь-якої форми взаємозалежних відносин проявляється в терапії тим, що пацієнт негайно присвоює собі будь-який прогрес, який він робить, і стверджує, що він уже знав зміст всіх інтерпретацій і вони завжди були в його розпорядженні. Пацієнти зі злоякісним нарцисизмом не тільки часто використовують самогубство як акт остаточного триумфу, але часто застосовують цю дію як «зброю», наприклад, щоб помститися за себе.

34-річна пацієнтка з деструктивним нарцисичним розладом особистості почала глибоку психологічну терапію через порожнечу, тимчасове зловживання алкоголем, проблеми у стосунках з дівчиною-лесбіянкою і повторювані суїцидальні фази. Через деякий час вона відчула себе набагато краще і поставила перед собою завдання почати любовні стосунки зі своїм психотерапевтом. Його очевидна непідкупність, чисті і міцні сімейні відносини і той факт, що він здався їй недоступним, особливо дратували її і спричиняли заздрість. Незабаром це стало єдиною причиною приходити на сеанси терапії. Пацієнтка здійснювала рішучі і недвозначні зусилля, щоб спокусити терапевта, поки вона, нарешті, не досягла успіху. Можна було б сказати, що вона вступила в ці відносини, піддавшись маніпуляції. Але протягом цього часу пацієнтка сама підтримувала далі стосунки зі своєю подругою, що доводить її контроль над ситуацією. Однак через короткий час терапевт припинив свої стосунки з нею, побоюючись втратити свою сім'ю, а також через власні етичні проблеми, вже після припинення лікування. Потім пацієнтка перейшла у важку кризу, відчувши себе зраженою, викинутою й ображеною її терапевтом. Вона зробила невідкладні спроби повернути його як коханця або, принаймні, як терапевта. Після того, як ці спроби не принесли плодів, вона займала його телефонними дзвінками. Нарешті, пацієнтка покінчила життя самогубством, залишивши прощального листа своїй подрузі, в якому з'ясувалося, що вона піддавалася сексуальному насильству з боку свого терапевта, про що свідчить той факт, що вона доклала до листа єдиний любовний лист, який отримала від психотерапевта. Тому, за її словами, їй довелося накласти на себе руки, адже вона не змогла б упоратися з тягарем травми. Було важливо повідомити про його злочин в професійну організацію, щоб він не зміг вести інших пацієнтів в майбутньому. Це її остання воля, принаймні, допомагати іншим і захищати їх.

Ця пацієнтка, описана Отто Ф. Кернберг, була явно не здатна визнати незалежне існування аналітика і її власну низову залежність від нього, про що свідчить сильна заздрість. Проте, замість того, щоб справлятися з цим, вона шукала підтвердження в дії, в унаслідок чого терапевт заплутався з пацієнтом драматичним, скандальним і суїцидальним чином, що особливо важливо у випадку з такими пацієнтами [38].

Самогубство тут — вираження деструктивної ненависті до інших і проти самого себе. Розенфельд [39] зазначив, що в цих випадках мова йде про інтрапсихічний «могутній зв'язок», чия психічна структура, мабуть, домінантне відщепленням, надзвичайно жорстким центром, який породжує поняття маревого предмета, переважає повна відсутність болю, свободи, але присутнє прагнення переслідувати садистські імпульси, які спрямовані проти кожних об'єктних стосунків» [26, стор. 245]. Цікаво, що пацієнти з «антисоціальними розладами особистості» відносно не схильні до самогубства, хоча вони можуть страждати, можливо, найсильнішою формою нарцисичної патології.

Психодинамічна психотерапія

Реакції контрпереносу

Автори вже вказували на насильницькі реакції контрпереносу, які можуть спричинити ненависть, серед нарцисичних самогубств (часто цілком відмінні від депресивних суїцидальних або істеричних суїцидальних криз) [41, 42]. Важливо ідентифікувати контрпереносну відповідь, а також використовувати її для подальшого терапевтичного фокусування або тлумачення. Динаміка контрпереносних реакцій часто є особливо ефективною тому, що «професійні помічники» (лікарі, терапевти, піклувальники) найчастіше самі мають більш яскраво виражений нарцисичний потенціал (грандіозність, нарцисична гідність тощо). Наприклад, Strupp [43] показав психотерапевтичні дослідження, що навіть дуже досвідчені терапевти мають великі труднощі з негативними та ворожими реакціями

пацієнтів. З психодинамічного погляду є докази того, що терапевти, які вважають, що можуть впевнено врятувати своїх пацієнтів від самогубств, найімовірніше, роблять протилежне [44—46]. Можна сказати, що у разі лікування контрпереносом терапевт реагує на несвідоме бажання пацієнта, наприклад, мати безмежно люблячу маму, і потім в будь-який час є доступним по телефону для пацієнта тощо. Тоді терапевт змушує пацієнта «залишатись живим», будучи у змові з його несвідомою фантазією. Проте зрозуміло, що терапевт не зможе підтримувати цю позицію невизначено довго, що може призвести надалі до катастрофи. І навпаки, віра психотерапевта в те, що можливо бажання смерті перетворити на бажання жити за допомогою достатньої любові, яку пацієнт до цього часу не отримував, можуть стати «пасткою».

Терапевтичні дилеми

Усі люди, які пережили спробу суїциду, повинні, як у випадку кризових втручань або гострих стресових реакцій, мати певну форму та достатній ступінь захисної уваги. Ці загальні умови включають відпочинок, захист, орієнтацію та інформацію, а також психофармакологічний анксиолізм. Проте у пацієнтів із суїцидальними спробами, зокрема, чисто кризове втручання, здебільшого, є неадекватною формою лікування. Отже, суїцидальність завжди можна розуміти як акт, тому що конфлікт більше не відчувається, а приводиться в дію в тілесному і сценічному плані. Радше, будь-яку суїцидальну декомпенсацію треба вважати серйозною, і вона зазвичай завжди передбачає глибокий розлад або, принаймні, суб'єктивно сприйняту як серйозна проблему [7]. Пацієнти часто страждають від втоми з дуже різними почуттями, як-от полегшення, гнів, сором, подив, смутку або непокоя. Амбівалентність, яка іноді призводила до спроби самогубства, зазвичай добре відчувається, або є тенденція до ненавмисної дисиміляції («втеча до здоров'я»). Нарешті, звичайно, оцінка також відіграє певну роль, хоча вона не є такою вирішальною, як очікується. Терапевт стикається з множинною дилемою нарцисичного пацієнта після спроби самогубства, див. табл. 4.

Таблиця 4. Терапевтичні дилеми

1. Він (терапевт) повинен звернути особливу увагу на внутрішню сторону пацієнта, який, незважаючи ні на що, хоче жити далі, що також може привести до невдачі в спробі самогубства, оскільки з цього боку терапевт — союзник, він буде працювати з пацієнтом, щоб жити далі. З іншого боку, однак, йому потрібно якомога раніше зв'язатися з пацієнтом, який бачив вихід з суїциду, і протистояти йому зрозумілими для пацієнта шляхами.
2. Більш нарцисичний пацієнт може спробувати стабілізуватися всередині себе після спроби самогубства, намагаючись звести до мінімуму свою залежність від інших, що в кінцевому підсумку призведе до спроб самогубства. Терапевт стикається із завданням не стримуватися цим, можливою відмовою від пропозиції про взаємини, а намагатися далі пропонувати себе як корисний предмет. Часто буває, що при більш важких его-синтонних розладах особистості, як-от певні форми нарцисизму, терапевтична дія досягає успіху тільки в тому разі, якщо є достатні страждання, терпимість до небажання і бажання змінити, щоб відмовитися від опору терапевтичним відносинам. З цього погляду, криза після спроб самогубства для цих пацієнтів часто є першим або єдиним шансом виграти їх для психотерапії. Однак цей шанс часто буває тільки в перший раз, безпосередньо після спроби самогубства.
3. Терапевт повинен бути чуттєвий і доброзичливий просто через сором і провини, які пацієнт відчуває після спроби самогубства, але він не повинен дозволяти пацієнтові занадто багато свободи, що надалі може призвести до подальшого посилення його почуття недостатності й ослаблення його автономії.

Формування психодинамічного фокуса

Грунтуючись на різних проявах, динаміці, тригерах і підгрупах нарцисичної патології, які можуть привести до спроби самогубства, їх також слід взяти до уваги в подальшій психотерапії. Часто потрібна мотиваційна робота, тому що пацієнт хоче якомога швидше повернутися додому. З вищесказаного випливає, що чисто підтримувальний підхід — навіть у фазі відразу після спроби самогубства — зазвичай себе не виправдує. Часто те, що має на меті «особистісне розвантаження», іноді виявляється загальним уникненням. Основна увага випливає з суїцидальної та нарцисичної динаміки, і вона повинна бути розроблена так: хоча ситуація, пов'язана з самогубством, повинна бути опрацьованою, проте негайна проблема, перед якою пацієнт стояв перед спробою самогубства, має бути також проаналізована.

Наприклад, смерть родича, також тому, що це дає подальші висновки. Важливо шукати причини, які не тільки неприємні чи пов'язані з зовнішніми чинниками (як-от борги, хвороби, знущання тощо), навіть якщо пацієнт і його оточення пропонують це, краще зрозуміти, в якому образі існувало порушення нарцисичного балансу. Іноді це більш важливо, ніж занадто рано схоплювати центральну нарцисичну проблему, зрозуміти і працювати з подіями переносу і контрпереносу. Пацієнти часто хочуть швидко забути про суїцидальну поведінку, тому що вони можуть (свідомо) сприймати це як щось ганебне (але несвідомо хочуть бути в змозі чіплятися за нього). Замість цього психодинамічний терапевт емпатично спробує дати зрозуміти, що пацієнт з його спробою самогубства або суїцидальною поведінкою намагається зберегти контроль над своєю життєвою ситуацією в своїй уяві, врятувати своє почуття власної гідності і полегшити себе таким способом. Тому самогубство є як ворогом, так і союзником для пацієнта, і є складною та небезпечною інтрапсихічною ситуацією. Хворий з нарцисичним розладом особистості нерідко стикається з внутрішньою дилемою після спроби самогубства: з одного боку, після невдалої суїцидальної спроби він отримує турботу і увагу, але, з другого, таке невиконане самогубство може здатися поразкою («Я навіть не можу впоратися з цим»), яка несвідомо далі його соромить. Це повинно бути тактовно сприйнято й інтерпретовано терапевтом, показуючи пацієнту, що терапевт може співпереживати його стану недостатності і болю. У цій ситуації може бути корисно описати саме цю амбівалентність тактовним способом: «Ви навіть не знаєте, як себе почувати, одна сторона вас може бути рада і щаслива знайти допомогу, інша ж може відчувати себе некомфортно». Тоді нарцисичний пацієнт часто намагається переконати терапевта в тому, що він став нікчемним, «що він занадто старий, щоб знову почати вчитися», що він «більше ніколи не знайде такого ідеального партнера» і т. ін. Саме тоді слід уникати цих спроб переконання (також в сенсі введення реальності), а не конкордантного контрпереносу [49], з якими він хотів би погодитися на внутрішньому рівні.

Хронічне самогубство

Особливою складністю в лікуванні є хронічне («характерне», як називав Кернберг) самогубство, тому що тут виникає додаткова проблема, що сам пацієнт не сприймає більше самогубство як кризу, а починає з ним або навколо нього існувати. Він також часто здається «високо ототожненим» з ним (також в сенсі заміни особистості). Спочатку ці пацієнти не можуть або не хочуть «відмовитися» від своєї суїцидальності, і в тих випадках технічно суїцидальність поступово замінюється життєздатними

відносинами. У цих пацієнтів часто неможливо провести терапію, вони наполягають на тому, що «може бути, я передумаю» або «я не хочу нікого сприймати». Тільки через якийсь час терапевт налагоджує з ними зв'язок, унаслідок чого виникає нова небезпека: вся надія на життя пов'язана з існуванням терапевта, що становить проблему. Тому на ранньому етапі треба передбачити можливі розчарування, які так само іноді спричиняють самогубство. Ці пацієнти часто випробовують терапевта, який має бути непорушним, незговірливим, з ризиком масованої ідеалізації. З другого боку, невеликі ідеалізації терапевта часто корисні, особливо на ранніх стадіях терапії. Ці пацієнти, здебільшого, надзвичайно чуттєві, легкого позіхання терапевта або погляду на годинник досить, щоб підтвердити, що йому нудно або ж пацієнт його не цікавить. Відповідно до моделі Кернберга, терапевт повинен «визнати» свої помилки та недоліки і вибачитися, не заспокоювати та не відкидати страхи пацієнта як необґрунтовані, а також звертати увагу на внутрішній світ пацієнта. Проте все ще обговорюється, чи повинні ці пацієнти бути більш сприятливими, тобто, в кінцевому підсумку, підкреслюючи їхнє «прагнення до стосунків», та ту позицію, в якій терапевт взагалі не може вступати в міцний психологічний контакт з пацієнтом. Або, інакше кажучи, чи пацієнт дійсно намагається отримати новий коригувальний досвід і створити адекватні стосунки з терапевтом або ж тлумачити це як його спробу змиритися з обсецією та, нарешті, підтвердити наявність регресивних стосунків. Імовірно, для цього потрібні елементи обох. Оскільки пацієнт прагне чіплятися за певні ідеалізовані ідеї, але несвідомо відчуває сильну розколоту лють проти самого себе, потрібно дуже обережно працювати над конфронтаційним вирішенням цих об'єктних відносин. (Передчасне втручання в важкого нарцисичного пацієнта, що, наприклад, навіть мати в кінцевому підсумку не цікавилася пацієнтом або просто хотіла бачити його досягнення через свої власні потреби, може бути не тільки неправильним, а й потенційно небезпечним в невідповідний час.) Здебільшого виявляється, що «самогубство як вихід» має аспекти як проблем агресії, так і питань самооцінки. Інша проблема — це відмова пацієнта, що часто призводить до протиправних правопорушень. Іноді корисним є розгляд деяких технічних особливостей (табл. 5). Пункти, наведені в таблиці 6 (модифіковані відповідно до [44]) часто можна вважати відповідальними за невдалі втручання у пацієнтів із самогубством.

Таблиця 5. Технічні характеристики

Показує конфлікт між лібідними та руйнівними аспектами, тоді як сам пацієнт намагається заперечувати, що є конфлікт (тобто, наполягаючи на тому, що його бажання бути мертвим є абсолютним). Лібідна сторона була — із-за небезпеки боротьби за владу — тільки названа, «не завершена».

Показати або інтерпретувати проекцію. Численні невпорядковані пацієнти стверджують, що вони є, наприклад, тільки тому, що її собака, бабуся або її терапевт та інші ще живі. Це можна зрозуміти психодинамічно як проекцію лібідних частин себе в інших (наприклад, щоб знати, що вони захищені від внутрішніх атак, що є ризикованим).

Редагуйте та інтерпретуйте, чому людина, яка у багатьох випадках відчуває біль або нападає на найважливіших людей, майже парадоксально (в якій вона сама накидається на себе масово та руйнівно) бере на себе всю вину. Фербайрн [50] бачить у цьому спробу зберегти надію на гарний зовнішній вигляд, корисно мати теорію взаємно-теоретичних обставин, беручи на себе всю внутрішню вину.

Таблиця 6. Причини невдалих втручань у пацієнтів із суїцидальною поведінкою

1. Нарцисичному базовому конфлікту не приділяється достатньо уваги після спроби самогубства, самогубство «керується» (соматичною допомогою, посередництвом амбулаторного терапевта тощо). Іноді існує «щасливий прийом» між командою лікування та пацієнтом-опікуваним.
2. Існує звинувачення пацієнта в тому, що він «винний», шукає провалу відносин і так далі.
3. Відсутність взаємодії між учасниками («захисна», але частково «інфантилізуєча» проти «протистояння реальності», але «незначні» помічники).
4. Відсутність аналізу контрпереносних реакцій.
5. Саме ці пацієнти повинні все більше вводиться в нагляд та балістичні групи.

Поширені помилки у спілкуванні з пацієнтами після спроби самогубства

В ідеалі лікування пацієнтів-самогубців треба розпочинати перед спробою самогубства, також тому, що динаміка та міжособистісні моделі (у відносинах переносу) виявляються більш вираженими, ніж після спроби самогубства, коли часто спочатку виникає значний захист, і відповідно успіхи лікування є обмеженими [51]. Незвичайна думка в минулому про те, що гострі суїцидальні пацієнти не можуть або не повинні лікуватися психотерапевтично, здається проблематичною; вона проявляє і повторює суперечливу конфігурацію пацієнта. Негайно після спроби самогубства команда лікарів часто виявляє певні упущення або неправильні уявлення (табл. 7).

Таблиця 7. Типові помилки у роботі з пацієнтами-самогубцями

1. Не враховується тривалість важких депресивних симптомів.
2. Відсутність депресивних симптомів не свідчить про відсутність самогубства. Афективне самогубство не завжди пов'язане з відчаєм і безнадією. Описані всі можливі форми інших афективних станів, включаючи «екстатичні форми» [52].
3. Найбільш складна тригерна динаміка погано зрозуміла або спрощена («політ» та ін.).
4. Інша людина прагне до оцінки в напрямку «фактично хоче жити» або «насправді хоче померти», тоді як у психічному стані пацієнта часто домінують обидві позиції.
5. Проблема агресії пацієнта недооцінена (особливо в залежних або мазохістських пацієнтів).
6. «Потреба», бажання пацієнта залишитися переоцінюються.
7. Спроба самогубства надто швидко розуміється як «апелятивна» або театральна.
8. Терапевти або оточення «солідаризують» лише з внутрішньо-психічною стороною пацієнта. «Ти не зробиш цього! Ви навіть дурні, щоб вбити себе!» (Рідше). «Ви бачите, якщо Ви дійсно хочете померти, то Ви б зробили це по-іншому, для мене це означає, що ви дійсно хочете жити досить добре» (частіше).
9. Хронічна суїцидальність пограничного пацієнта «паралізує» групу лікування. Результат — відчуття контрпереносу, неначе, «сидячи в скляному будинку», це може, між іншим, іноді впливати на терапевтичні відносини або негативні реакції переносу. Стационарне лікування хронічної суїцидальності іноді розглядають критично [16, 17]. Для пацієнтів із суїцидом, які не мають межі індивідуальної організації і тому не діють з самогубством, зазвичай не потрібні конкретні «контракти на терапію», зокрема, відсутні так звані «контракти проти суїциду» [53].
10. Ступінь когнітивно-афективної доступності пацієнта після самогубства завищений.

У цій роботі висунуто гіпотезу про те, що регульовальні функції суїцидальності дуже різні залежно від структури організації особистості:

— тоді як у нормальних особистостей і невроз, і самогубство є вираженням екстремального дисбалансу (кризи);

— в нарцисичному розладі самогубство допомагає відновити баланс самооцінки, та

— в особливій, руйнівній формі нарцисизм сам собою став глибоко закріпленою частиною балансу.

Це може бути саме «втрата» суїцидальності (наприклад, в процесі терапії), яка стає загрозливою для прояву кризи. Важливо також те, що поєднання нарцисичного розладу особистості та самогубства через захисні сили (наприклад, розділення або проєктивні ідентифікації) та контрпереносні процеси можуть призвести до специфічних проблем лікування. Спостерігаючи за психодинамікою і міжособистісними подіями, можна отримати уявлення про світ об'єктних взаємин цих пацієнтів і, нарешті, про готовність до змін, в результаті чого суїцидальність може довгий час сприйматися майже як «союзник» пацієнта. Депресивна динаміка, яка також може значною мірою сприяти суїцидальній динаміці, а часто складна психодинамічна демаркація між пограничним розладом і нарцисичним розладом [54], яка не розглядається послідовно, не може бути доопрацьована. Під час лікування суїцидальності в нарцисичних розладах це зазвичай здається неминучим і відповідно до нинішнього розуміння також цілком інтегрованим, як проблема конфліктної агресії, так і її вплив на Его (модель Кернберга), а також нарцисична самоекономіка в сенсі нарцисичної стабільності і необхідність розгляду рефлексивного самооб'єкта в терапії (модель Кохута). Наведені типові загрози та можливі помилки в лікуванні. Також через труднощі в лікуванні у суїцидальних пацієнтів з нарцисичними розладами особистості особливо важливо, щоб команда з лікування була в принципі захищена, використовувала групову динаміку як вираження динаміки пацієнта і знала, що в разі самогубства або спроби самогубства не повинна накладати провину та проходити стадії «рятування власної шкіри», адже самогубство та спроби самогубства також є надзвичайним тягарем для терапевта [55].

Список літератури

1. Kernberg O. F. Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York : Aronson, 1975.
2. Kohut H. The Restoration of the Self. New York : International Universities Press, 1977.
3. Lasch C. Culture of Narcissism. New York : Norton, 1979.
4. Hartmann H. Comments on the psychoanalytic theory of the ego // Psychoanal Study Child. 1950; 5: 74—96.
5. A Glossary of Psychoanalytic Terms and Concepts / Moore B. E., Fine D., editors. New York : American Psychoanalytic Association, 1967.
6. Henseler H. Narzisstische Krisen: Zur Psychodynamik des Selbstmords, 4. aktualisierte Auflage. Wiesbaden : Westdeutscher Verlag; 2000.
7. Ich sehe dieses Elendes kein Ende als das Grab: Zur psychoanalytischen Konzeption von Suizidalität und der Behandlung Suizidgefährdeter / Gerisch B., Fiedler G., Gans I. [et al.]. In : Kimmelerle G., Herausgeber. Zeichen des Todes in der psychoanalytischen Erfahrung. Tübingen : Edition diskord; 2000. S. 9—64.
8. Dammann G. Psychoanalytische Therapie bei Persönlichkeitsstörungen. In : Praxis der Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie / Senf W., Broda M. (Herausgeber). 2. Auflage. Stuttgart : Thieme; 2000. S. 395—415.
9. Foster T., Gillespie K., McClelland R., Patterson C. Risk factors for suicide independent of DSM-II-R Axis I disorder // Br J Psychiatry. 1999; 175: 175—9.

10. Axis I and Axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study / Yen S., Shea M. T., Pagano M. [et al.] // *J Abnorm Psychol.* 2003; 112: 375—81.
11. Gerson J., Stanley B. Suicidal and self-injurious behavior in personality disorder: controversies and treatment directions // *Curr Psychiatry Rep.* 2004; 4: 30—8.
12. Comorbidity of Axis I and Axis II disorders in patients who attempted suicide / Hawton K., Houston K., Haw C. [et al.] // *Am J Psychiatry.* 2003; 160: 1494—500.
13. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior / Yen S., Shea M. T., Sanislow C. A. [et al.] // *Ibid.* 2004; 161: 1296—8.
14. History of deliberate self-harm and its association with mood fluctuation / Sampson E., Mukherjee S., Ukoumunne O. C. [et al.] // *J Affect Disord.* 2004; 79: 223—7.
15. Corbitt E. M., Malone K. M., Haas G. L., Mann J. J. Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorder // *Ibid.* 1996; 39: 61—72.
16. Paris J. Chronic Suicidality among patients with borderline personality disorder // *Psychiatr Serv.* 2002; 53: 738—42.
17. Paris J. Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? // *J Personal Disord.* 2004; 18: 240—7.
18. Gunderson J. G., Ridolfi M. E. Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation // *Ann NY Acad Sci.* 2001; 932: 61—77.
19. Sansone R. A. Chronic suicidality and borderline personality // *J Personal Disord.* 2004; 18: 215—25.
20. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington (DC) : American Psychiatric Association, 1994.
21. Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10/Weltgesundheitsorganisation — WHO. Bern : Huber, 1991.
22. Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community / Maier W., Lichtermann D., Kliniger T. [et al.] // *J Pers Disord.* 1992; 6: 187—96.
23. User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders / First M., Gibbon M., Spitzer R. L. [et al.]. Washington (DC) : American Psychiatric Press, 1997.
24. Deneke F. W., Hilgenstock B. Das Narzissmusinventar. Bern : Huber, 1989.
25. Gunderson J. G., Ronningstam E., Bodkin A. The diagnostic interview for narcissistic patients // *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 676—80.
26. Beland H. Ichveränderung durch Abwehrprozesse und die Grenzen der Analyse // *Z Psychoan Theorie Praxis.* 1989; 4: 225—49.
27. Reich A. Pathologic forms of self-esteem regulation // *Psychoanal Study Child.* 1960; 15: 215—32.
28. Jacobson E. The Self and the Object World. New York : International Universities Press, 1964.
29. Kohut H. Forms and transformations of narcissism // *J Am Psychoanal Assoc.* 1966; 14: 243—72.
30. Green A. Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Paris : Editions de Minuit, 1983.
31. Grunberger B. Narcissism: Psychoanalytic Essays. New York : International Universities Press, 1979.
32. Freud S. Trauer und Melancholie [1917]. Frankfurt a. M. : Fischer, 1946 (= GW 10, S. 427—46).
33. Abraham K. Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido [1924]. In : Abraham K. Psychoanalytische Studien, Band I. Frankfurt a. M. : Fischer, 1971.
34. Gerisch B. Suizidalität bei Frauen: Mythos und Realität. Eine kritische Analyse. Tübingen : Edition diskord, 1998.
35. Maltzberger J. T. The descent into suicide // *Int J Psychoanal.* 2004; 85: 653—67.
36. Joseph B. Addiction to near-death // *Ibid.* 1982; 63: 449—56.
37. Kernberg O. F. Severe Personality Disorder. New Haven : Yale University Press, 1984.
38. Gabbard G. O. Miscarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients // *Int J Psychoanal.* 2003; 84: 249—61.
39. Rosenfeld H. On the psychopathology of narcissism: a clinical approach // *Ibid.* 1964; 45: 332—7.
40. Winnicott D. W. Maturational Processes and the Facilitating Environment. London : Hogarth Press, 1965.
41. Maltzberger J. T., Buie D. H. Countertransference hate in the treatment of suicidal patients // *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30: 625—33.
42. Modestin J. Zu interpersonellen Aspekten der suizidalen Psychodynamik // *Psychother Psychosom Med Psychol* 1997; 47: 413—8.
43. Strupp H. H. Success and failure in time-limited psychotherapy. A systematic comparison of two cases: comparison II // *Arch Gen Psychiatry.* 1980; 37: 708—16.
44. Reimer C., Henseler H. Missglückte Interventionen bei Suizidanten. In : Henseler H., Reimer C., Herausgeber. Selbstmordgefährdung: Zur Psychodynamik und Psychotherapie. Stuttgart : Frommann-Holzboog, 1981. S. 171—87.
45. Richman J., Eyman J. R. Psychotherapy of suicide: individual, group, and family approaches. In : Understanding Suicide: The State of the Art / Lester D. (editor). Philadelphia : Charles C. Thomas, 1990. P. 139—58.
46. Zee H. J. Blindspots in recognizing serious suicidal intentions // *Bull Menninger Clin.* 1972; 36: 551—5.
47. Hendin H. Suicide in America. New York : Norton, 1982.
48. Van Praag H. M. Stress and suicide are we well-equipped to study this issue? // *Crisis.* 2004; 25: 80—5.
49. Racker H. Transference and Countertransference. New York : International Universities Press, 1968.
50. Fairbairn W. R. D. The repression and the return of bad objects (with special reference to the "war neuroses") // *Br J Med Psychol.* 1943; 19: 327—41.
51. Ettliger R. Evaluation of suicide prevention after attempted suicide // *Acta Psychiatr Scand. Suppl.* 1975; 260: 1—131.
52. Maltzberger J. T. Ecstatic suicide // *Arch Suicide Res.* 1997; 3: 283—301.
53. Dammann G., Buchheim P., Clarkin J. F., Kernberg O. F. Die Arbeit mit Therapievereinbarungen in der übertragungsfokussierten, psychodynamischen Therapie von Borderline-Störungen. In : Dammann G., Janssen P. L., Herausgeber. Psychotherapie der Borderline-Störungen. Stuttgart : Thieme; 2001. S. 59—78.
54. Kernberg O. F. A psychoanalytic theory of personality disorders. In : Clarkin J. F., Lenzenweger M. F., editors. Major Theories of Personality Disorder. New York : Guilford, 1996. p. 106—40.
55. Chemtob C. M., Hamada R. S., Bauer G. Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists // *Am J Psychiatry.* 1988; 145: 224—8.

Надійшла до редакції 15.12.2017 р.

ДАММАНН Герхард, доктор медицини, доктор психології, професор, Психіатрична лікарня Мюнстерлінгена, Академічна навчальна лікарня, Психіатрична служба кантону Тюргау, м. Мюнстерлінген, Швейцарія; e-mail: gerhard.dammann@stgag.ch

ГЕРІШ Беніна, доктор філософії, професор, психолог, психотерапевт, психоаналітик (Міжнародна психоаналітична асоціація), професор клінічної психології та психоаналізу Міжнародного Психоаналітичного Університету Берліна, м. Берлін, Німеччина

DAMMANN Gerhard, MD, PsyD, Professor, Psychiatric Hospital of Münsterlingen, Academic Teaching Hospital, Psychiatric Services of Thurgovia, Münsterlingen, Switzerland; e-mail: gerhard.dammann@stgag.ch

GERISH Benigna, PsyD, Professor, Psychologist, Psychotherapist, Psychoanalyst (International Psychoanalytic Association), Professor of Clinical Psychology and Psychoanalysis of the International Psychoanalytic University of Berlin, Berlin, Germany