# Е. Т. Соколова, Е. П. Чечельницкая

# Психология нарциссизма

# Введение

Антропологические, философские, культурологические и психологические исследования нарциссизма затрагивают одну дилемму: изоляция против общности. Термин «нарциссизм» стал настолько всеобъемлющим в «век нарциссизма» и при этом его содержание остается настолько размытым и противоречивым, что даже предлагается вообще отказаться от его употребления в психоаналитическом языке (Leavy S.A., 1996).

Под нарциссизмом понимаются одновременно сексуальная перверзия и самоуважение, помещение либидозной энергии в селф и тип межличностных отношений, стадия развития и клинический синдром. В связи с нарциссизмом дискутируется целый ряд вопросов. Подразумевается ли под ним чувство превосходства или неполноценности? Самовосхищение или самоненависть? Соотносится ли нарциссизм с переживанием пустоты или «раздутости»? Это нормальное, здоровое или патологическое состояние?

В рамках данной работы обсуждаются, главным образом, проблемы патологического нарциссизма, рассматриваемого клиницистами как нарциссическое расстройство личности. Психологические аспекты изучения патологического нарциссизма связаны с особенностями самосознания и самоидентичности, а также принципами психотерапии, которой отводится решающая роль в вопросах адаптации таких «трудных» для самих себя и окружающих личностей. В работе представлены психодинамически-ориентированные подходы к пониманию патологического нарциссизма. За рамками рассмотрения остаются наиболее общие экзистенциальные представления о нарциссическом субъекте постмодернистского общества, частные гештальтистские размышления о влиянии «эготизма» на прохождение «цикла опыта» и концептуализации о слиянии души и фальшивой «персоны», предлагаемые юнгианцами.

Основное внимание в работе уделяется структурно-динамическим характеристикам и феноменологии переживаний нарциссической личности; когнитивные особенности рассматриваются в связи с нарциссической «грандиозностью». Проводится анализ психотерапевтических установок и тактик психотерапевтического общения, свойственных различным подходам к патологическому нарциссизму и во многом зависящих от представлений о механизмах формирования и функциях Грандиозного Я.

# 1. Классические исследования нарциссизма в психоанализе

## 1.1. Базовые представления о нарциссизме

Термин «нарциссизм» З. Фрейд стал употреблять с 1905 года вслед за П. Неке и Х. Эллисом, использующих его при описании особого вида сексуальной перверзии. О заимствовании у Неке Фрейд пишет в работе «О нарциссизме» (1914); позднее, в примечании, добавленном к «Трем очеркам по теории сексуальности» в 1920 году, он утверждает, что термин был введен Эллисом. Фактически, как пишут Ж Лапланш и Ж.-Б. Понталис в «Словаре по психоанализу» (1996, с.246), понятие «нарциссизм» начал применять Неке, комментируя в 1899 году концепцию Эллиса, который первым в работе «Психологическое исследование автоэротизма» («Autoerotism, a psychological study», 1898) соотнес автоэротизм с чувством самовосхищения и мифом о Нарциссе.

В «Трех очерках по теории сексуальности» (1905) Фрейд считает «нарциссизмом» гомосексуальный выбор объекта, базирующийся на отношении любящей матери к Я. Нарциссизм рассматривается как сексуальная перверзия. В «Случае Шребера» (1911) нарциссизм начинает пониматься как особая стадия психосексуального развития, промежуточная между автоэротизмом и объектной любовью. На стадии нарциссизма, в отличие от автоэротизма, объектом любви уже становится Я как целое (как единый образ тела). Позднее, в «Я и Оно» (1923) различия между автоэротизмом и нарциссизмом не будут приниматься во внимание. В «Тотеме и Табу» (1912) представлена та же точка зрения, что и в «Случае Шребера»; утверждается, что на этой стадии развития ребенку свойственна вера во всевластие мыслей.

В 1914 году Фрейд посвящает нарциссизму отдельное исследование. В работе «О нарциссизме» новым, по сравнению с представлением о перверзии, является понимание нарциссизма как «либидозного вложения в Я». С опорой на принцип сохранения либидозной энергии постулируется равновесие между Я-либидо и объектным либидо: чем больше поглощает одно, тем сильнее истощается другое. Концентрация либидо на Я становится патогенной в случаях парафрении с бредом величия и ипохондрии. Фрейд разделяет идеи К.Абрахама о процессе востребования либидо субъектом, описанном им на примере «раннего слабоумия». Нарциссизм представляется либидозным дополнением к эгоизму инстинкта самосохранения: сильный эгоизм защищает от болезни, но в конце концов необходимо начать любить, чтобы не болеть. Выделяются два типа любви: с анаклитическим выбором объекта, когда любишь «вскармливающую женщину» или «защищающего мужчину», и с нарциссическим выбором объекта. Последний уже не трактуется как гомосексуальный, а понимается в более широком смысле: любишь то, что сам из себя представляешь, или то, чем прежде был, или то, чем хотел бы быть, или человека, который был частью тебя самого (нарциссическая любовь матери к ребенку).

Нарциссическая любовь нестабильна. Любые разочарования в совершенстве объекта любви (объекта идеализации) подвергают ее опасности, и привязанность сменяется нарциссизмом. Подчеркивается амбивалентность отношения к объекту, выбранному на нарциссической основе. В работе «Печаль и меланхолия» (1917) Фрейд объясняет меланхолию (в современном понимании — эндогенную депрессию) обращением ненависти на Я, которое идентифицировалось с объектом. Вслед за О. Ранком, Фрейд видит в замене любви к объекту идентификацией с объектом «значительный механизм в нарциссических заболеваниях». Нарциссическое заболевание, или «нарциссический невроз», в современном понимании есть психотическое заболевание. Фрейд считал, что психотическая патология представляет собой, по крайней мере частично, возврат к очень раннему уровню функционирования психики, когда способность относиться к окружающим и любить их, отделяя от собственной личности, еще не развилась. Он утверждал, что при «нарциссическом неврозе» больной неспособен к развитию перенесения, и поэтому психоаналитическое лечение невозможно. Как уже отмечалось, Фрейд, развивая свои представления о нарциссизме, принимал во внимание идеи К. Абрахама и О. Ранка. В 1919 году в работе «Особая форма невротического сопротивления аналитическому методу» («A particular form of neurotic resistance against the psychoanalytic method») К. Абрахам впервые описал нарциссическую форму сопротивления, когда пациент идентифицируется с врачом, и ведет себя как супераналитик. Таким образом, он избегает сближения с врачом и зависимости от него.

О. Ранк исследовал природу женского нарциссического тщеславия («Ein Beitrag zum Narzissmus» / «К вопросу о нарциссизме», 1911). Оно понималось им двояко: и как нормальная, естественная любовь женщины к своему телу (эту точку зрения разделял и Фрейд в упоминаемой ранее работе «О нарциссизме»), и как защита от «плохости мужчин», настолько неспособных к любви и пониманию красоты и ценности женщины, что она вынуждена возвратиться к нарциссическому состоянию самолюбви. Уже в 1913 году Э. Джонс в работе «Комплекс Бога» («The God complex») соотносил самообожествление с нарциссизмом. О. Ранк позднее («Will Therapy» / «Терапия воли», 1945) предложил динамическое объяснение тщеславия, самовосхищения и самовосхваления через самообожествление индивидуальной воли. Концепт творящего, всемогущего, всезнающего Бога интерпретируется им как проективная персонификация индивидуальной воли. Воля становится самообожествляющей тенденцией, с самонадеянным желанием быть не только как Бог, но самим Богом. Происходит самовольная переоценка Я таким образом, что понятия возраста, болезни и смерти перестают иметь отношение к Я.

Если в классическом психоанализе нарциссизм ассоциируется с самовлюбленностью, то неофрейдистами он понимается в первую очередь как самоненависть и самодеструктивность. Неофрейдисты критикуют концепцию нарциссизма за понятие фиксированного количества либидо. Они отмечают, что, согласно Фрейду, чем больше любви направлено на внешний мир, тем меньше остается самому себе, и наоборот. Э. Фромм («Man for Himself» / «Человек для себя», 1947) возражает против этой формулировки, так как она приводит к неприемлемой позиции: нарцисс представляется обогащенной личностью по сравнению с человеком, способным к любви. По мнению Фромма, в действительности человек, испытывая любовь к окружающим, не истощается, а обогащается.

К. Хорни систематизировала свои представления о нарциссизме и нарциссической личности к 1950 году («Neurosis and Human Growth» / «Неврозы и личностный рост»). Нарциссизм рассматривается как одно из направлений процесса патологического развития, как защита от тревожности через идентификацию с воображаемым «идеальным Я». «Реальное Я», средоточие сущностного конструктивного личностного потенциала, борется за выживание с таким безжалостным и неумолимым противником, как «идеальное Я». Невозможность самореализации ведет к деструкции индивидуальности. Автор считает, что нарцисс, любящий фантазийный идеальный образ, не способен к истинной заботе о себе.

В. Джоффе и Дж. Сэндлер (Joffe W., Sandier J., 1967) отвергли определение нарциссизма как либидозного вложения в Я или незрелого выбора объекта. Они связали понятие нарциссизма с самоуважением. В отличие от экономического тезиса, они утверждают, что личность с высоким самоуважением также уважает других, с низким — более заинтересована в себе.

## 1.2. Первичный и вторичный нарциссизм

Под первичным нарциссизмом большинством авторов понимается состояние новорожденного, не различающего себя и внешние объекты. Либидо полностью обращено на самого ребенка. Он ощущает себя всемогущим, поскольку все его потребности удовлетворяются как само собой разумеющееся. Считается, что младенец обладает «океаническим чувством». В последующей жизни перед лицом серьезных стрессов индивид испытывает соблазн возвратиться к первоначальному идиллическому чувству безопасности. Клинической иллюстрацией этому служит кататоническая шизофрения. Фрейд понимает вторичный нарциссизм как процесс изъятия либидо из объектных нагрузок и обращения его вновь на Я. Нарцисс больше не желает одаривать объекты в своем окружении и сжимается, сосредотачиваясь на восстановлении нарушенного самоуважения. В работе «О нарциссизме» Фрейд пытается обосновать концепцию первичного нарциссизма дедуктивным методом, исходя из наблюдений за родителями новорожденного: родительская любовь к «Его Величеству ребенку» есть возобновление нарциссизма. Судя по текстам 1910—1915 гг., фаза первичного нарциссизма располагается между первичным автоэротизмом и объектной любовью и возникает одновременно с Я как первой формой единства субъекта. При таком понимании Фрейдом первичного нарциссизма, он соотносим со «стадией зеркала» по Ж.Лакану.

Позднее, при разработке второй топики, не проводится различий между автоэротизмом и первичным нарциссизмом, который считается самым первым этапом жизни, предшествующим возникновению Я и строящимся по образцу внутриутробной жизни. В «Я и Оно» (1923) источником первичного нарциссизма понимается Ид. Через несколько лет взгляды исследователя изменились, и первичный нарциссизм был вновь отнесен к Эго.

Ф. Гринейкр (Greenacre P., 1945) связывает концепцию «первичного нарциссизма» с введенным ею понятием «первичной тревоги»: увеличение тревоги вызывает нарастание нарциссизма, избыток нарциссизма развивается отчасти в качестве попытки преодолеть повышение тревоги. Крик новорожденного выражает тревогу и служит сохранению «могущества» посредством призыва родителей на помощь. Первичный нарциссизм, по мнению автора, несет в себе начала активного психического влечения, основанного на биологической потребности выживания. В периоды психических стрессов, таких, как травма или депривация, происходит наращивание нарциссизма, описываемого как либидозный заряд побуждения, направленный на атаку или защиту.

Э. Джекобсон (Jacobson E., 1964) предлагает использовать термин «первичный нарциссизм» для описания недифференцированной (на субъект и внешний мир) стадии развития первичного «психофизиологического Я», когда ощущается только нарастание и уменьшение напряжения. На стадии «первичного нарциссизма» ребенком не осознается ничего, кроме собственного опыта фрустраций и удовлетворения. Понятие «вторичный нарциссизм» относится к стадии начала формирования Эго, когда переживаются различия между либидо и агрессией, при том, что еще смешаны Я-образы и объектные образы.

М. Малер (Mahler M., 1969) предложила различать две субфазы фазы первичного нарциссизма. Первая субфаза относится к первым неделям жизни. Это стадия «абсолютного нарциссизма», или «нормального аутизма». На этой стадии мать не осознается даже в качестве частичного отдельного объекта. Вторая субфаза, или «нормальная стадия симбиоза», может продолжаться до трех месяцев жизни. На этой стадии первичный нарциссизм превалирует, но уже не является абсолютным. Уже осознается, что удовлетворение исходит от удовлетворяющего потребность частичного объекта (груди). Это осознание происходит с «орбиты» всемогущего симбиотического двойного единства с матерью, к которой обращено либидо. Если Ш. Ференци называл «первичный нарциссизм» стадией абсолютного, или безусловного, галлюцинаторного всемогущества, то М. Малер, перефразируя данного автора, называет вторую субфазу первичного нарциссизма «условным галлюцинаторным всемогуществом». С 3-го до 4-го месяцев жизни первичный нарциссизм модифицируется, тело становится объектом вторичного нарциссизма, материнской заботы. Внешний объект (мать) становится объектом идентификации. Нарциссизм на пике с 10-го—12-го по 16-ый—18-ый месяцы, когда происходит нарциссическое вложение в тело и его функции (вторая под-фаза процесса индивидуации: «практика»).

Является ли первичный нарциссизм состоянием, предшествующим дифференциации на «субъект» и «внешний мир»? Ряд авторов полагают, что объектное отношение, или «первичная объектная любовь» (Balint Л/., 1960), существует уже у младенца, что заставляет считать мифом само понятие «первичного нарциссизма» как первой безобъектной стадии жизни во внеутробном состоянии. По М. Кляйн (Klein M. et al., 1952), объектные отношения существуют изначально и потому говорить о нарциссической стадии неправомерно; существуют лишь особые «нарциссические состояния», связанные с обращением либидо на интериоризированные объекты. То, что младенец с самого рождения способен дифференцировать себя от матери, вслед за М. Кляйн полагает Х. Сегал, а также В.Р.Д. Фэрберн.

Э. Джекобсон, М. Малер, Д. Винникотт и О. Кернберг полагают, что инициальная стадия недифференциации существует. О. Кернберг считает этот кажущийся абстрактным вопрос о существовании инициальной стадии критическим при формулировании современной метапсихологии нарциссизма. Этот вопрос касается того, выражена ли на этой стадии «чисто нарциссическая всемогущая Я-репрезентация» или «недифференцированная Я-объект репрезентация»(Kernberg O.F., 1984).

## 1.3. Нарциссизм и характер: классическая и современная точки зрения

Наибольшее распространение получила точка зрения О.Феничела, который в работе «Психоаналитическая теория неврозов» («The psychoanalytic theory of neurosis», 1945) связывает нарциссизм с уретральным характером, отличительными чертами которого являются амбициозность и состязательность как защита от стыда за энурез.

Г. Шоэнволф (Schoenwolf G., 1997) недавно предложил концепцию анально-нарциссического характера, связанного со стыдом за энкопрез. Такой стыд видится более глубоким по своей сути, поэтому реактивно возникают не только амбициозность, но и компенсаторная грандиозность и презрение к другим. Исследователь полагает, что наиболее близок к пониманию анально-нарциссической структуры характера (при этом не называя ее таким образом) был Х. Кохут (Kohut H., 1979) в описании «случая мистера Z». З. Фрейд связывал анальный нарциссизм с анально-удерживающим характером. А. Грин-штейн полагал, что анальный нарциссизм представляет собой регрессию с фаллического нарциссизма, подчеркивая страх кастрации. Л. Шенголд описал анально-нарциссическую защиту как идеализацию, символизирующую возвращение к самопоглощенному сверхоцениванию содержания нашего собственного сада Эдема в раннем детстве. Важной частью анально-нарциссической защиты является контроль сфинктера. Анально-нарциссическая защита репрезентирует телесное «нет». Закрытый сфинктер формирует установку обесценивания.

Шоэнволф выделяет анально-нарциссический характер как один из трех видов анального характера. Он связывает презрительность анально-нарциссической личности не только со стыдом, но также с садизмом отца и мазохизмом матери. Мать мазохистически позволяет своему сыну испражняться на нее, буквально и фигурально. Такое безусловное принятие со стороны матери ведет к чувству грандиозности — чувству, что его экскременты не пахнут, даже когда он исторгает их на других. Такая установка находится в конфликте с реальностью стыда перед отцом и другими. Анальный нарциссизм представляет собой фиксацию на анально-эротической (анально-изгоняющей, или анально-садистской) стадии. Сексуальность анально-нарциссических личностей несет в себе элемент садизма. Будучи унижаемыми и травмированными детьми, они строят отношения, в том числе сексуальные, как защиту от унижения. Они видят унижение где бы то ни было и защищаются от него «словесным поносом» — вербальным эквивалентом дефекации. Их агрессивные действия садистические и мазохистические одновременно; они обычно успешны в нанесении раны другим, но также продуцируют напряжение и провоцируют контрдействия, что заставляет их усиливать постоянную бдительность. Целью компульсивного повторения является уничтожение детской травмы. Анально-нарциссические личности активно агрессивны в большей степени, чем пассивно агрессивны, за счет идентификации с отцом. В детстве они формируют грандиозные идеи о ценности фекалий, как эквиваленте денег, с одной стороны, и мощном смертельном оружии — с другой.

Так как матери их баловали, а отцы наказывали, у них сформировались две различные установки: установка на «особые права», когда все действия должны приветствоваться окружающими как подарок (как приветствовались матерью), и садистская установка в отношении всех, кто встанет на пути. В трансфере анально-нарциссические личности демонстрируют бойцовскую установку, повторяя мучительные отношения с родителями. По механизму проективной идентификации аналитик выступает в качестве контейнера садизма пациента. Анально-нарциссических личностей трудно лечить, они скрывают информацию о детском энкопрезе и вытесняют любые чувства, кроме идеализации матери. Воспоминания опасны как чувством стыда, так и угрозой грандиозности Я, с которым они почти полностью идентифицируются.

# 2. Современные психодинамические подходы к изучению нарциссизма

## 2.1. Кляйнианский подход: концепция деструктивного нарциссизма Герберта Розенфельда

Г. Розенфельд (Rosenfeld Я., 1964), развивая свою концепцию деструктивного нарциссизма, базируется на описании К. Абрахамом нарциссического сопротивления в трансфере, на представлении о «двойной направленности» нарциссизма Г. Андреас-Саломе, на понимании Дж. Ривьер негативной терапевтической реакции и на исследовании М. Кляйн зависти и благодарности. Г. Андреас-Саломе, исследуя либидозные и агрессивные аспекты нарциссизма, описала его «двойную направленность». Нарциссизм характеризуется двойным способом достижения самоутверждения и наслаждения. В смысле выделения индивидуальности нарциссизм представляет собой «чистое себялюбие»; «двойственность» же проявляется в одновременной тенденции ощущать себя в нерасчлененном единстве «субъект—объект». Эта тенденция отражает деструктивную сторону нарциссизма: осознанно или неосознанно преследуемая цель — сохранение идеала гармонии, чистоты и согласия — достигается через дест-руктивность, жестокость и уничтожение ради стремления к совершенству. Дж. Ривьер описала пациентов, состояние которых ухудшалось в ходе психоаналитического лечения, так как улучшение означало признание принятия помощи. Неспособные выносить вину из-за собственной базовой агрессии, они оказывались неспособными к принятию чего-то хорошего от аналитика.

В серии из четырех статей, опубликованных с 1964 по 1978 гг., Г. Розенфельд детализирует структурные характеристики нарциссической личности и их развитие в трансфере. Он впервые связывает кляйнианский подход к лечению с описанием и характерологическим анализом особой группы пациентов и развивает первую современную теорию патологического нарциссизма. В начале своих исследований автор предполагает, что нарциссические личности всемогущим образом интроецируют «хороший» частичный объект (грудь) и всемогущим образом проецируют их собственное Я в такой объект. В нарциссических объектных отношениях всемогущество играет ведущую роль. Инкорпорируя грудь, ребенок начинает обладать ею. Мать, или грудь также используются всемогущим образом для контейниирования через проекцию всего неприемлемого, вызывающего боль или тревогу. При этом отрицается сепаратность Я от внешнего объекта, за счет чего пациенты могут отрицать потребность в какой-либо зависимости от него. Зависимость подразумевает потребность в объекте любви, являющимся потенциально фрустрирующим, поэтому он также и интенсивно ненавидится, и эта ненависть принимает форму необычайной зависти. Зависть, заключает Розенфельд вслед за М. Кляйн, есть первичное интрапсихическое выражение инстинкта смерти, самая ранняя манифестация агрессии в области объектных отношений. Нарциссические объектные отношения позволяют избежать агрессивных чувств, возникающих из-за фрустрации и любого осознания зависти. Пациент нуждается во внешних объектах для проекции всех неприемлемых частей, аналитик же используется как «уборная». Такие отношения удовлетворяют нарциссического пациента, поскольку все «неудовлетворяющее» он разгружает в аналитика, воспринимая себя «полностью хорошим».

Такие пациенты имеют высоко идеализированный образ Я и всемогущим образом отрицают все интерферирующие влияния. Они быстро ассимилируют ценности и идеи других, декларируя их как собственные, или могут бессознательно обесценивать и разрушать все, что получают от других (так как это вызывает зависть), испытывая при этом хроническое чувство неудовлетворенности.

Г. Розенфельд (Rosenfeld Я., 1971) исследует свойство нарциссических личностных структур, возникающее из-за контаминации самоидеализации с идеализацией всемогуще-деструктивных частей Я. Он вводит понятие «деструктивного нарциссизма», чтобы обозначить особое психодинамическое развитие у определенных пациентов. Происходит идеализация деструктивных аспектов Я, которые подчиняют положительные и зависимые аспекты Я и удерживают их, препятствуя формированию рабочего альянса пациента с аналитиком. Таким образом, деструктивные и всемогущие аспекты Я предотвращают или обесценивают «хорошие» объектные отношения.

Инфильтрация патологического Безумного Я примитивной агрессией придает таким пациентам качество насильственной самодеструктивности. При таких условиях они бессознательно ненавидят все хорошее и ценное не только во внешних объектах, но и в своих собственных потенциально «хороших» аспектах нормального зависимого Я. В крайних случаях такие пациенты чувствуют безопасность и триумф, только когда разрушают всех и каждого, и, в особенности, фрустрируют усилия тех, кто их любит. Чувство властной мощи представляется в таких случаях дериватом от непроницаемости по отношению к обычным человеческим слабостям. Крайне нарциссические личности отличаются злокачественным слиянием либидо и агрессии, вложенных в Безумное Я, где агрессия выраженно предоминирует. Очень трудно «спасти» зависимые здоровые части Я из «капкана» нарциссической структуры. Пациенты кажутся индифферентными к внешнему объектному миру. Они ощущают себя дающими жизнь самим себе и способными один на один встретиться со всеми своими нуждами. Они предпочитают умереть, отрицая факт рождения, и разрушают любой потенциал помощи, чтобы не зависеть от аналитика. Самодекструктивное отреагирование может идеализироваться ими как ответ на возникающие проблемы.

Розенфельд различает здоровый нарциссизм, обеспечивающий либидозное усиление Я, и нарциссизм, характеризующийся идеализацией деструктивных аспектов Я. Исследователь полагает, что деструктивный нарциссизм есть манифестация инстинкта смерти, который находит свое выражение в хроническом «параличе», удерживающем пациента «вне» жизни, вызывающем интенсивный страх смерти и противоположном воле пациента к жизни. Подчеркивается, что силы смерти становятся более угрожающими, когда пациент «отвернут» от жизни и «хороших» объектов. .

Розенфельд связывает свою теорию с наиболее тяжелыми формами негативной терапевтической реакции. Он полагает также, что бессознательная грандиозность таких пациентов принимает форму фантазий о том, что они инкорпорируют одновременно маскулинные и феминные аспекты внутренних и внешних объектов, становясь, таким образом, полностью свободными от сексуальных нужд, как и от других потребностей, связанных с зависимостью.

«Слом» нарциссических структур может вести к психотическим переживаниям параноидального круга, тогда становится необходимой интерпретация, чтобы пациент мог продвинуться к ситуации истинной зависимости: к депрессивной позиции и переживаниям эдипова конфликта. Патологическое Грандиозное Я таких пациентов отражает наиболее примитивные, тяжелые, неподатливые формы сопротивления, когда бессознательная вина вызывается садистским Суперэго, характеризуя негативную терапевтическую реакцию. В отличие от других кляйнианцев, Розенфельд интересовался феноменологическими аспектами патологии характера и их дифференциальным диагнозом. Это позволяет с большей легкостью интегрировать его клинические наблюдения в основное русло психоаналитического мышления. Исследователь снабдил нас важным описанием клинических характеристик нарциссических пациентов и особенностей развития трансфера.

Тема деструктивного нарциссизма, описанного Г. Розенфельдом, получила дальнейшее развитие в работах О. Кернберга (Kernberg O.F., 1975, 1984, 1989, 1995, 1997), исследующего «злокачественный нарциссизм» (см. параграф 2.3).

Клинические аспекты деструктивных сторон нарциссизма также изучались Г. Зайдлером (1997). Автор обращает особое внимание на соединение регрессивных тенденций с деструктивностью и идеализацией. Он видит в деструктивном нарциссизме способ структурно-специфического разрешения эдипова конфликта. Реальность Другого/Чужого стоит на пути цели достижения идеальной гармонии с субъектом. На эдиповой стадии, уже переработав разрушение нерасчлененности, нужно заново выстроить ее на триадном уровне. Неудавшаяся попытка переработать содержание эдиповой стадии средствами, характерными для раннего нарушения, является признаком деструктивного нарциссизма.

То, что закрывает путь к предполагаемой идеальности, интегрированности с другими, убирается с дороги в интересах достижения идеала. В плане динамики деструктивного нарциссизма идет речь о разрушении «третьей стороны» на всех стадиях ее формирования. Выделяются четыре основные клинические картины проявлений деструктивного нарциссизма: «громкая» картина симптомов — насилие как способ избавиться от чуждости незнакомых чувств (стыда); «тихая»картина симптомов — отсутствие контактов; психосоматическая картина симптомов и деструктивно-нарциссическое взаимодействие (садомазохизм).

### Психотерапия

Розенфельд утверждал, что возможно проводить анализ с большинством нарциссических пациентов. Позднее он уточнил, что для нарциссических пациентов с насильственными агрессивными чертами анализ не показан. Он предложил модификацию психоаналитической техники при лечении нарциссических пациентов с тяжелыми формами регрессии. Он считал необходимым интерпретировать и позитивный, и негативный трансфер, применяя «операциональные кларификации».

## 2.2. Подход психологии Я: хайнц кохут

В серии статей и в двух книгах Х. Кохут (Kohut Я, 1971, 1977) предложил совершенно особую метапсихологию, клинические объяснения и терапевтические процедуры для нарциссических расстройств личности. В сущности, он доказывает, что существует группа пациентов, психологические отклонения у которых занимают промежуточное место между психозами и пограничными расстройствами, с одной стороны, и психоневрозами и легкими расстройствами характера — с другой.

В отличие от фрейдовской теории конфликта, Кохут развивает теорию дефицита. Психоаналитическая модель конфликта и психоаналитическая модель дефицита сравнимы по следующим категориям: 1) основная стадия развития — эдипова/преэдипова; 2) основные взаимоотношения — триада/диада; 3) цель психотерапии — проработка конфликта/ новая структура Я; 4) фактор изменения — инсайт/эмпатия; 5) «модус операнди» — терапевтическая нейтральность и интерпретация/эмпатия и возмещение раннего дефицита.

В своей ранней работе «Анализ Я» («The Analysis of the Self», 1971) Кохут оперирует фрейдовскими терминами «нарциссическое либидо» и «объектное либидо», понимая их иначе. Он предполагает, что нарциссическое либидо и объектное либидо имеют независимые источники энергии, независимые линии развития и трансформации и отражают различные виды опыта. И нарциссическое, и объектное либидо катектируют на объектах. Объектное либидо катектирует на «истинных» объектах, сепаратных от субъекта; нарциссическое либидо катектирует на Я-объектах, где объект переживается как продолжение Я. Сцепленное и сепаратное Я формируется в процессе трансформации нарциссического либидо; это означает, что развитие Я происходит независимо от развития объектного либидо. Ранний нарциссический либидозный опыт присутствует в двух видах: грандиозных Я-конфигураций, связанных с «отзеркаливающими» Я-объектами, и Я-образов, слитных с архаическими идеализируемыми Я-объектами. Первое переживается как «Я совершенен, Ты оцениваешь и отражаешь Мое совершенство», второе — «Ты совершенен и Я часть Тебя».

Кохут описывает процесс здорового развития как постепенное формирование реалистических образов Я и объекта за счет интернализации высших взаимоотношений с Я-объектами в устойчивые психические структуры. Этот процесс называется «трансмутирующей интернализацией», т.е. «преобразующей интернализацией». Процесс «запускается» естественными и неизбежно увеличивающимися разочарованиями в самом себе и в идеализируемых Я-объектах с самого раннего детства. Если фрустрация, приводящая к разочарованию, является оптимальной фазе развития, это приводит к росту и зрелости. Грандиозное Я в течение первых нескольких лет жизни развивается в зрелое Эго, характеризующееся самоуважением, амбициями и способностью к удовольствию; процесс этот протекает главным образом во взаимоотношениях с матерью. «Идеализированное родительское имаго» развивается к 4—6 годам (в процессе взаимодействия с обоими родителями) в «идеализированное Суперэго», выполняющее функции, связанные с идеалами и целями. Однако, если фрустрация желания слияния является разрушающей, т.е. экстремальной и хронической (а не оптимальной), то это ведет к фрагментации личности, наблюдаемой при пограничной патологии, вплоть до разрушения личности при шизофрении. Средняя по интенсивности фрустрация ведет к задержке развития на уровне архаичных Я-структур — грандиозной и идеализируемой — образующих биполярную конфигурацию.

В работе «Реставрация Я» («Restoration of the Self», 1977) Кохут одновременно и критикует теорию влечений, и пытается примирить свои представления с классической фрейдовской теорией. Исследователь рассматривает влечение как продукт личностной дезинтеграции, подчеркивая, что поиск удовлетворения, жадность и/или гнев выступают на первый план только в случаях тяжелой патологии. Автор вводит принцип комплиментарности, в соответствии с которым предполагается, что психология Я адресуется другой области человеческого опыта, дополнительной по отношению к той, что находится в фокусе классической теории влечений. Он вводит метафоры «человек трагический» и «человек виновный». «Человек виновный», рассматриваемый в теории влечений, вытесняет содержание, включая влечения и кас-трационную тревогу. «Человек трагический», рассматриваемый психологией Я, вытесняет структуры, т.е. расщепленные и фрагментарные аспекты Я. Кохут проводит диагностические различия между «структурными неврозами» и «расстройствами Я». Он считает, что объяснительный контекст теории влечений адекватен для структурных неврозов, когда Я уже сформировалось. Не конфронтируя прямо с классической теорией, автор шаг за шагом переносит акценты с импульсов и конфликтов как движущих сил развития на межличностные отношения. Его концепт «отзеркаливание» к 1977 году значительно расширился по своему значению и стал включать в себя целую матрицу взаимодействия «мать—ребенок». Под «отзеркаливанием» понимается не только отражение грандиозности, но и надежность, забота, эмоциональная адекватность, эмпатическое отношение в целом. При том, что в клинических иллюстрациях обращается внимание на всю комплексность взаимоотношений ребенка с родителями (см. «The Two Analyses of Mr. Z», 1979), в своих теоретических формулировках исследователь центрирует все межличностные категории вокруг понятия «нарциссических потребностей». Поэтому значимые Другие в развитии личности остаются, скорее, схематичными фигурами, важными только с точки зрения выполнения ими ролей: удовлетворение либо фрустрация нарциссических нужд. В этом обнаруживается сходство с теорией влечений, где объекты важны с точки зрения удовлетворения или торможения последних. Кохут атрибутирует всю психопатологию нарциссическим поражениям из-за недостаточности «отзеркаливания» или идеализации, поскольку понятие «нарциссизм» является для него центральным.

### Сравнение взглядов Х. Кохута и В.Р.Д. Фэрберна

Взгляды Х. Кохута было бы интересно сравнить с представлениями Д.В. Винникотта, Р.Д. Лейнга, К. Хорни и ряда других авторов, развивающих отчасти сходные идеи. В виду ограниченности рамками работы предлагается только сравнение взглядов Х. Кохута со взглядами В.Р.Д. Фэрберна -(Fairbaim W.R.D., 1966).

Кохут не ссылается на теорию объектных отношений В.Р.Д. Фэрберна, поэтому Х. Бакаль (Bacal Я., 1987) достаточно спекулятивно утверждает, что исследователь, скорее всего, не изучал работ Британской группы теоретиков объектных отношений. Однако другие авторы видят возможным сравнение их представлений о нарциссизме. М. Рендон (Rendon M., 1981) отмечает сходство описания Фэрберном шизоидной личности и описания Кохутом нарциссической личности. М. Роббинс (Robbins M., 1992) обращает внимание на то, что характеристики нарциссической личности у Кохута очень похожи на три основные характеристики шизоидной личности у Фэрберна (всемогущество, отделенность, самопоглощенность). Термин «грандиозность» последним не .используется, но подразумевается имплицитно. Оба автора видят причину патологического развития во фрустрации (слабой эмпатии) со стороны материнской фигуры. И тот, и другой описывают вертикальное расщепление (фрагментацию) и горизонтальное расщепление (репрессию). Фэрберн описывает шизоидный процесс, как расщепление Я, если одновременно отвергается любовь ребенка и не удовлетворяется его потребность быть любимым. У Кохута это звучит сходно в отношении неудовлетворенных нарциссичес-ких нужд. Оба исследователя придавали основное значение диадическим взаимоотношениям, а не эдипову конфликту. Кохут считал, что в триангулярной ситуации происходит лишь проекция «хорошего» и «плохого» частичных объектов на родительские фигуры, и что значимость эдиповых конфликтов становится отчетливой только при патологическом (дефицитарном) развитии Я.

Фэрберн и Кохут сходным образом рассматривают феномены, связанные с влечениями, как результат патологического «слома», дезинтеграции.

Различие позиций в понимании нарциссизма относится к идеализации. Идеализированный объект Фэрберна, в том смысле, в каком Кохут видит полюс архаичного нарциссизма, включает реальные качества первичного объекта. Идеализированный объект, освобожденный от неприемлемых качеств подавлением, становится ядром Эго-идеала. Фэрберн считал, что инфантильная инициальная идеализация реалистична, а нереалистическая, или патологическая нарциссическая идеализация является ответом на фрустрацию. Кохут, наоборот, полагает, что нормальное архаичное идеализированное родительское имаго совершенно нереалистично, и что при нормальном развитии возникают гораздо более реалистичные идеалы.

### Психотерапия

По Кохуту, пациенты с нарциссическими расстройствами личности подлежат анализу. Они отличаются своими трансферными манифестациями. Диагносцировать нарциссическую личность в психоаналитической ситуации можно по двум основным типам трансфера: «идеализирующему» и «зеркальному». В «зеркальном» трансфере выделяются три уровня. Наиболее архаичным является уровень «слияния», где происходит распространение Грандиозного Я на аналитика. Менее архаичной формой является уровень «Альтерэго», или «двойника». Наименее архаичной формой является «зеркальный» трансфер в узком смысле.

Хрупкость Грандиозного Я требует эмпатии и нормальных «зеркальных» функций матери как Я-объекта, чьи любовь и служение позволяют вначале консолидизироваться Грандиозному Я, а позднее развиться в более зрелые формы самоуважения и уверенности в себе через все менее архаичные типы «зеркал». Оптимальные отношения с отзеркаливающим Я-объектом также фасилитируют развитие нормальной идеализации, которая через «трансмутирующую интернализацию» идеализируемого Я-объекта в интрапсихическую структуру в качестве Эго-идеала формирует идеализирующие качества Суперэго и обеспечивает, таким образом, новую внутреннюю регуляцию самоуважения.

**Нарциссическую патологию Кохут рассматривает как следствие травматической слабости материнской эмпатии и нарушений в развитии процессов идеализации. В ходе психотерапии психоаналитику следует позволить развиться нарциссической идеализации и не разрушать ее интерпретацией. Это позволяет постепенно развиться и зеркальному трансферу**. **Психоаналитик становится Я-объектом, обеспечивая процесс грансмутирующей интернализации.** Ему нужно быть эмпатичным, фокусироваться на нарциссических нуждах и фрустрациях пациентов, а не на конфликтах, вызывающих эти фрустрации. Слабость эмпатии со стороны аналитика ведет к частичной фрагментации Грандиозного Я, нарциссическому гневу, диффузной тревожности, ипохондризации и даже более тяжелым состояниям деперсонализации и патологической регрессии с холодной параноидной грандиозностью. **В каждом таком случае психотерапевт вместе с пациентом исследуют, когда и как первый не проявил эмпатии и как это соотносится с травматическими ситуациями в прошлом пациента.**

Кохут считал, что речь идет лишь о модификации стандартной психоаналитической техники для лечения нарциссических пациентов, подчеркивая эмпатию аналитика по контрасту с «объективной нейтральностью» и фокусируясь на превратностях Я больше, чем на влечениях. В описанной им технике нарциссического удовлетворения можно отчетливо увидеть освобождение от пут «правила абстиненции». По сути, Кохут отстаивал принцип безопасности (см. Томэ X., Кэхеле Х., 1996, т. 1, с.316). Его сторонники обращают внимание на то, что частый негативный терапевтический результат при использовании стандартной техники отражает недостаток психотерапевтической поддержки. При ограниченности ресурсов Эго и отсутствии поддержки для пациента крайне трудна проработка вариантов трансфера (см. Patrick /., 1985). **Из-за обесценивающих и эксплуатирующих материнских установок в прошлом, пациент хронически ощущает свою «плохость, никчемность». Нарциссический гнев является защитой, позволяющей регулировать самоуважение. Конфронтация же с враждебностью и завистью только усиливает первичное чувство «плохости». При слабом реалистическом базисе терапевтических отношений и выраженном структурном дефиците, конфронтация результирует в «невыносимый баланс хорошести», «плохости» и «власти» (Epstein L., 1979). Проработка нарциссического гнева в трансфере не ведет к интрапсихической интеграции, а лишь подтверждает «во-всем-плохость». Тяжелые нарциссические пациенты способны принять и доверять только позитивной обратной связи, которая воспринимается как ответ на их усилия «быть хорошим».**

Я-психология подчеркивает, что именно эмпатическое понимание позволяет смягчить гнев и успокоить, как это должно происходить в раннем детстве. Отзывчивость психотерапевта, возмещая дефицит эмпатии со стороны материнской фигуры, способствует трансмутирующим (преобразующим) микроинтернализациям. Исправление структурных дефектов происходит за счет постепенного принятия пациентом функций терапевта как Я-объекта по регуляции гнева и пониманию нарциссических нужд.

Критика теории и терапевтических установок Кохута проводится, в первую очередь, О. Кернбергом (см. параграф 2.3). Ряд критических замечаний высказывается и авторами, разделяющими теорию Кохута в целом. Временами сведение всех понятий и представлений к нарциссизму выглядит редукцио-нистским и сверхупрощающим реальность. Х. Томэ и Х. Кэхеле считают (1996, т. 1, с.476), что, отвергая символический интеракционизм Ч. Кули и Д. Мида, даже в той его форме, в какой он представлен у Э. Эриксона, Кохут весьма обеднил свою теорию и практику. Возникает и ряд других вопросов. Так, поскольку биполярность традиционно понимается как неинтегрированность, то нарциссическая личностная биполярная структура Я приобретает качества пограничной организации. Еще одним вопросом является вопрос об «отзеркаливании» грандиозности — действительно ли оно важнее реального эмоционального принятия ребенка со всеми его ограничениями в возможностях? Наконец, является ли основой для роста и развития Я разочарование инфантильного нарциссизма или реальный, не иллюзорный контакт между родителями и ребенком (Mitchell S., 1981)?

## 2.3. Структурный подход Отто Кернберга

О. Кернберг проходил обучающий тренинг по психоанализу в Южной Америке, где было выражено влияние М. Кляйн на психодинамическое мышление. В дальнейшем в США на него оказала влияние эго-психология, с ее вниманием к процессам развития. С. Туттман (Tuttman S., 1981) считает, что в своем подходе к лечению «трудного пациента» исследователь интегрировал идеи М. Кляйн с идеями З. Фрейда, Х. Хартманна, М. Малер, Э. Джекобсон и Р. Спица.

О. Кернберг относит нарциссических пациентов в подгруппу пациентов с пограничной личностной организацией1. Им свойственно лучшее, чем у открыто-пограничных пациентов, социальное функционирование, у них более выражен контроль импульсивности и выше толерантность к тревоге. Нарциссических пациентов отличает необычайно «раздутое» представление о себе и огромная потребность в восхищении и шумном одобрении. При прекращении внешнего нарциссического обеспечения («подпитки самоуважения восхищением») они чувствуют беспокойство и скуку. Такие пациенты идеализируют фигуры, от которых ожидают нарциссического удовлетворения; обесценивают и презирают остальных; завидуют окружающим, даже тем, кто не достиг особого положения в жизни; их отношения с людьми носят эксплуататорски-паразитический характер с уверенностью в своих «особых правах», их эмоциональность поверхностна, они холодны и безжалостны. Нарциссические пациенты могут демонстрировать черты зависимости, так как нуждаются в признании и поклонении; глубинно же неспособны к зависимости из-за недоверия к другим и их обесценивания. Аналитическое исследование обнаруживает интенсивный оральный гнев, занимающий центральное место в их психопатологии, а также патологию объектных отношений: неспособность зависеть от «хороших» внутренних объектов при выраженности отношений с «угрожающими» объектами.

1 О. Кернберг рассматривает три уровня личностной организации: невротический, пограничный и психотический. Сравнивая невротических и «пограничных» пациентов, он отмечает, что у вторых более выражены диффузия идентичности, примитивные защитные механизмы и трудности тестирования реальности.

Вслед за Х. Ван-дер-Вальсом, О. Кернберг утверждает, что выраженный нарциссизм не является простой фиксацией на ранних стадиях развития и простым отклонением в развитии объектной любви, но характеризуется одновременным развитием патологических форм самолюбви и патологических форм объектной любви. Отмечая, что уже А. Рейх (Reich A., 1953) описывала в качестве защиты слияние примитивного Эго-идеала с Я, исследователь постулирует слитность в патологическом Грандиозном Я (термин используется вслед за Х. Кохутом, но в другом смысле) идеального Я, идеального объекта и актуальных Я-образов. За счет этого становится возможным отрицание нормальной зависимости от внешних объектов и их внутренних репрезентаций. **Для нарциссических пациентов зависеть — значит завидовать, ненавидеть и быть в опасности эксплуатации и фрустрации.** Неприемлемые Я-образы проецируются вовне, на объекты, которые таким способом обесцениваются. При патологическом нарциссизме не происходит нормальной интеграции Суперэго; интернализуются лишь чрезмерно высокие родительские требования, которые в своем примитивном агрессивном качестве не интегрируются с любящими аспектами Суперэго. Глубинный образ Я нарциссических пациентов О. Кернберг описывает как голодное, пустое Я, полное гнева из-за фрустраций и обнаруживающее себя в мире, полном ненависти и мести.

Продолжая развивать теорию патологического нарциссизма, исследователь постулирует, что нарциссическая личность в отличие от открыто-пограничной обычно имеет интегрированный Я-образ, но он является патологическим и грандиозным. Однако нарциссическая личность ясно презентирует недостаточную интеграцию образа значимых других. Структурные характеристики нарциссической личности обычно обнаруживаются только в средней фазе интервью. До этого пациент демонстрирует хорошую способность к тестированию реальности и достаточную интегрированность Я-образа. Но затем становится очевидной поверхностность описаний значимых других, с одновременным тонким самовозвышением и неуловимым, а часто и не столь уж неуловимым, уничижением интервьюера.

Исследования психопатологии и лечения нарциссических личностей обеспечили автору клинические доказательства в поддержку следующих идей (Kernberg О.Р., 1984):

• Хотя нормальный нарциссизм отражает либидозное вложение в Я, нормальное Я интегрирует вложенные и либидо, и агрессию. Интеграция «хороших» и «плохих» Я-репрезентаций в реалистический образ Я, инкорпорирующий, а не диссоциирующий различные компоненты Я-репрезентаций, есть необходимое требование для либидозного вложения в Я.

• Специфические сопротивления отражают свойственный пациентам патологический нарциссизм, отличающийся и от нормального нарциссизма взрослого, и от нормального инфантильного нарциссизма. Для патологического нарциссизма характерно либидозное вложение в патологическую расщепленную Я-структуру, а не в нормальную интегрированную Я-структуру. Патологическое Грандиозное Я включает в себя реальное Я, идеальное Я и идеальные объектные репрезентации. Обесцененные или агрессивные Я-репрезентации и объектные репрезентации отщеплены или диссоциированы, подавлены или спроецированы.

• Патологический нарциссизм может пониматься только в терминах *и* либидо, *и* агрессии.

• Структурные характеристики нарциссических личностей не могут быть поняты только в терминах фиксации на нормальных условиях развития или в терминах дефицита определенных интрапсихических структур в ходе развития, а должны рассматриваться как следствие патологического развития Эго и Суперэго.

• Нормальное Я, в отличие от патологического Грандиозного Я, представляет собой интегрированную интрапсихическую структуру, состоящую из трех частей.

Кернберг проводит следующую классификацию нарциссизма: нормальный инфантильный, нормальный взрослый и патологический. В свою очередь, патологический нарциссизм бывает двух видов: с нарциссическим выбором объекта при гомосексуальности и с выраженностью патологического Грандиозного Я.

Особое внимание в своих работах исследователь уделяет агрессии у нарциссических личностей. По его мнению, некоторые нарциссические личности, функционирующие на более высоком уровне, могут достичь сублиматорной интеграции агрессии с относительно адаптивными Эго-функциями, достигая амбициозных целей. По отношению к остальным могут быть обнаружены три варианта: 1) открыто-пограничное функционирование нарциссических личностей с выраженной импульсивностью, склонностью к параноидному развитию и нарциссическому гневу; 2) манифестация садистических перверзных фантазий; 3) малигнантный (злокачественный) нарциссизм с прямой инфильтрацией патологического Грандиозного Я примитивной агрессией. В последнем, наиболее тяжелом, случае пациент достигает триумфа над страхом и болью через вызывание страха и причинение боли другому.

### О. Кернберг о подходе Г. Розенфельда

О. Кернберг солидаризируется с мнением Г. Розенфельда о необходимости интерпретировать и позитивный, и негативный трансфер. Он не согласен с кляйнианскими представлениями о зависти как манифестации инстинкта смерти и с тенденцией интерпретировать нарциссические конфликты как имеющие отношение только к первому году жизни. Также он дискутирует с отнесением ведущих стадий в развитии к первому году жизни. По мнению Кернберга, Розенфельд чересчур оптимистично подходит к возможностям проведения анализа и показаниям к нему у большинства нарциссических пациентов (Kernberg O.F., 1984).

### О. Кернберг о подходе X. Кохута

По мнению О. Кернберга, Х. Кохут внес фундаментальный вклад в понимание нарциссических трансферов, описав идеализацию и грандиозность в качестве их характеристик. Он считает, что психотерапевтическая техника Кохута ведет к адаптивному использованию грандиозности нарциссических пациентов, что может быть уместным в наиболее тяжелых случаях. В остальном Кернберг критикует концепцию Кохута и его психотерапевтические принципы.

По мнению Кернберга, Кохут не проводит различий между нормальными и патологическими типами идеализации в трансфере. Он также не разделяет понятия «сепаратность» и «отличность»; первая, по мнению Кернберга, отсутствует у шизофренических пациентов, а вторая — у нарциссических. Главное же, что X. Кохут не проводит различий между нормальным Грандиозным Я в детстве и патологическим Грандиозным Я взрослого. Такое неразличение нормальной и патологической грандиозности Кернберг считает основной проблемой теории Кохута. **Кернберг считает ошибочным то, что Кохут отвергает интерпретацию негативного трансфера и даже искусственно усиливает идеализацию в трансфере.** По его мнению, **поддерживающий, переобучающий подход Кохута к нарциссическим пациентам помогает им рационализировать их агрессивные реакции как естественный результат неудачных действий *других людей (курсив наш –ЕТС)* в их прошлом.** При этом не происходит радикальной реорганизации бессознательного прошлого через проработку трансферного невроза. По мнению Кернберга, ограничивая понятие эмпатии эмоциональным осознаванием аналитиком состояния пациента, Кохут тем самым отвергает другие стороны психоаналитической эмпатии, позволяющей аналитику одновременно осознавать и то, что пациент переживает, и то, что он диссоциирует, подавляет или проецирует. **Раз эмпатия понимается как защита психоаналитиком пациента от болезненной правды о нем, особенно через усиление нарциссического сопротивления, значит, это понятие слишком сужено.**

Кернберг отмечает, что эмпатия нигде не иллюстрируется Кохутом как эмпатия к удовольствию от агрессии. Таким образом, не замечается, что жестокость и садизм могут доставлять удовольствие, соотносясь с фрустрирующими условиями как мотивирующей силой агрессии.

По всем этим причинам трансферный опыт пациента прямо связывается, главным образом, с сознательным прошлым. Агрессия в трансфере связывается с неудачей аналитика, а не с активизацией бессознательной агрессии к раннему интернализованному объекту. Внутренний мир, по Кохуту, состоит только из идеализированных образов Я и других; нигде не упоминается, к примеру, об образе «плохой» матери — таких представлений Кернберг принять не может. Он также считает ошибочным тотальное смещение фрейдовской метапсихологии Кохутом, утверждающим, что Я генерирует влечения при фрагментации (Kernberg O.F., 1984). **Редактура!**

Критикуя Кохута, Кернберг одновременно более отчетливо формулирует собственные взгляды. В отличие от Кохута, он понимает грандиозность как защиту от гнева и зависти. Нарциссические пациенты не способны быть лицом к лицу со своим гневом и завистью, страшась, что такие чувства разрушат аналитика, надежду на хорошие отношения с ним и надежду на помощь. На более глубоком уровне пациенты боятся, что их агрессия не только разрушит потенциально любящий и дающий объект, но и их собственную способность любить и чувствовать любовь. Нарциссические пациенты пытаются, отрицая реальность эмоциональных отношений с аналитиком, отрицать таким образом опасность своей деструктивности. Интерпретация негативных аспектов трансфера, по мнению Кернберга, может помочь уменьшению страха пациента по отношению к собственной деструктивности. Кохут, с точки зрения Кернберга, считает антитезой нарциссизму объектную любовь. **По убеждениям О. Кернберга, такой антитезой являются объектные отношения, эмоциональная глубина которых определяется и любовью, и ненавистью, и толерантностью к этим чувствам.**

### Психотерапия

**Кернберг настаивает на интерпретации проявлений Грандиозного Я в позитивном и негативном трансферах как основном принципе психотерапии нарциссических пациентов. Им подчеркивается необходимость интерпретации, среди прочего, механизма всемогущего контроля, при помощи которого нарциссический пациент пытается использовать аналитика в соответствии со своими нуждами. Толерантность аналитика и его интерпретации позволяют пациенту интегрировать позитивные и негативные аспекты в трансфере — идеализацию и доверие с гневом, презрением и параноидным недоверием.**

Однако идет речь о градуальной, постепенной интерпретации на «продвинутой» стадии лечения. Автор, так же, как А. Моделл (Model А., 1975), а также В.Волькан (Volkan V., 1973), считает, что на инициальной стадии анализа нарциссических личностей, когда выраженность нарциссической идеализации и неспособность пациента абсорбировать интерпретации максимальны, терапевтическое продвижение происходит благодаря «холдинговой» функции, корреспондирующей с фазой «кокона» в анализе.

Кернберг предполагает, что психоаналитическое лечение будет с большей вероятностью эффективно при выраженности следующих прогностических показателей: 1) пациент отчасти сохранил способность к депрессии и грусти; 2) пациент достаточно креативен и обладает истинным, а не псевдосублиматорным потенциалом; 3) пациент честен, сдерживает обещания, иногда чувствует стыд, если нарушает правила (т.е. обладает отчасти интегрированным Суперэго); 4) пациент находится в таких жизненных обстоятельствах, которые препятствуют отреагированию вовне потребностей во власти, социальной важности и восхищении; 5) пациент не является открыто-пограничным, т.е. обладает хорошим контролем и не поглощен фантазиями; 6) пациент обладает выраженной мотивацией справиться с проблемами дефицита эмпатии, внутренней холодности и внутренней пустоты, а не движим исключительно мотивацией «самосовершенствования».

Кернберг считает, что даже при выраженности агрессии в «психопатическом трансфере» следует лечить пациента как ответственного взрослого, стоящего перед болезненной необходимостью осознать, каким образом в реакции на травму пациент идентифицируется с преследователем (Kernberg O.F., 1995). При всей принципиальной важности интерпретации (Kernberg O.F., 1997), исследователь придерживается мнения, что при тяжелых формах самодеструктивности нужна поддерживающая психотерапия с проработкой защитных механизмов неинтерпретативным путем. Поддерживающая психотерапия позволяет улучшить понимание отношений с другими, сформировать более реалистические притязания, увеличить толерантность к переживаниям пустоты и скуки.

### Критика подхода О. Кернберга

С. Туттман (Tuttman S., 1981) предлагает различать два типа аналитических моделей: подчеркивающие нейтрально-интерпретативную позицию аналитика и подчеркивающие значение реконструирующего опыта заботы во взаимодействии с аналитиком. Подход О. Кернберга, по его мнению, является примером первой модели, а позиция Х. Кохута — второй. Он считает, что нейтрально-интерпретативная позиция аналитика не может не порождать непреодолимого сопротивления. **Слишком частая интерпретация агрессивных компонентов аналитиком приводит к тому, что пациент начинает воспринимать ее следующим образом: «Пациент, Вы Плохой. Ненависть в Вас и Вы Плохой». Пациент начинает проецировать ненависть, зависть и гнев, атрибутируя их аналитику, и таким образом в терапевтических отношениях возникает непродуктивный порочный круг. Дж. Патрик (Patrick /., 1985) полагает, что неэмпатичность аналитика вновь наносит нарциссическую рану.** По мнению Патрика, когда Кернберг тотально отвергает в своем подходе требования Грандиозного Я, он ставит аналитика в позицию неэмпатической матери, способствуя сохранению структурных дефектов.

# 3. Нарциссическое расстройство личности

## 3.1. Определение и диагностические критерии Нарциссическое расстройство личности

Нарциссическое расстройство личности входит в DSM («Диагностическое и статистическое руководство по психическим заболеваниям», разработанное Американской психиатрической ассоциацией), начиная с III-й версии1. По DSM—IV (1994), оно относится к расстройствам личности группы Б: с проявлениями театральности, эмоциональности и лабильности. Нарциссическое расстройство личности определяется как «преувеличение собственного значения и повышенная озабоченность вопросами самоуважения». Диагноз нарциссического расстройства личности ставится, если выражены (впервые возникающие в подростковом возрасте) представление о собственном величии (выражается в фантазиях или в поведении), потребность в восхищении со стороны окружающих и невозможность сопереживания, которые проявляются в различных жизненных ситуациях и о наличии которых свидетельствуют не менее пяти из следующих симптомов:

1 В МКБ—10 Нарциссическое расстройство личности не входит.

1. Грандиозное чувство собственной значимости (например, преувеличение пациентом собственных достижений и талантов, ожидание признания без соответствующих заслуг).

2. Поглощенность фантазиями о небывалом успехе, неограниченной власти, блеске, красоте или идеальной любви.

3. Убежденность пациента в собственной уникальности и способности общаться или быть связанным с другими особенными или имеющими высокий статус людьми (или учреждениями).

4. Потребность в чрезмерном восхищении со стороны окружающих.

5. Чувство своей избранности, т.е. беспричинные ожидания очень хорошего отношения или беспрекословного подчинения требованиям.

6. В личных отношениях тенденция эксплуатировать окружающих, т.е. использовать других людей для достижения собственных целей.

7. Невозможность проявлять сочувствие, нежелание понимать чувства или потребности окружающих или ставить себя на их место.

8. Чувство зависти к окружающим или убежденность в том, что другие завидуют ему.

9. Поведение или взгляды отличаются высокомерием, самонадеянностью, надменностью.

Предпринимались попытки определить «удельный вес» разных признаков. Для большинства авторов, пожалуй, наиболее «нарциссическим признаком» является признак грандиозности (1-й признак по DSM—ГУ). При этом, на основании результатов исследований, предлагается рассматривать в качестве ведущих и другие признаки. Так, Дж. Доусон (Dowson J.H., 1992) приходит к выводу, что «чувство своей избранности и особых прав» (5-й признак по DSM—IV) можно рассматривать в качестве «индикатора» нарциссического расстройства личности. Е. Роннингстам и Дж. Гундерсон (Ronningstam E. & Gunderson J., 1995, 1996) проводили исследование изменений в выраженности патологического нарциссизма после трех лет лечения. Из девяти критериев по DSM—ГУ по шести отмечались значимые изменения: «поглощенность фантазиями» (2-й признак), «уникальность» (3-й признак), «высокомерие» (9-й признак), «чувство избранности» (5-й признак), «тенденция эксплуатировать других» (6-й признак), «слабость эмпатии» (7-й признак). Наименее изменившимися оказались: «грандиозность» (1-й признак), «потребность в восхищении» (4-й признак), «зависть» (8-й признак). Именно эти три наименее изменившихся признака можно считать основными критериями патологического нарциссизма. Те же шесть признаков, что изменились в ходе лечения, скорее определяют «Нарциссическое состояние». На редукцию признаков, наряду с лечением, оказали влияние значимые жизненные события: достижения, новые прочные отношения, средней силы разочарования. Роннингстам и Гундерсон ставят под вопрос конструктную валидность такой диагностической категории, как нарциссическое расстройство личности.

## 3.2. Этиология нарциссического расстройства личности

При описании нарциссического личностного расстройства и его генеза в современной психоаналитической литературе все чаще употребляются такие метафоры, как «уязвимый ребенок», «заброшенный ребенок», «использованные дети», «пленники детства».

О. Кернберг связывает нарциссическую патологию с выраженной фрустрацией оральных нужд в период с 4-го по 12-й месяцы жизни. Мать нарцисса описывается им как хозяйка хорошо организованного дома, предсказуемая в своих действиях, но при этом безразличная, бездушная, бессердечная, полная не высказываемой вслух (не вербализуемой) агрессии. Позднее к этим характеристикам добавляются такие, как угрожающая, садистская, опасная, нечестная, удерживающая, манипулятивная, перфекционистская (это относится не только к материнской фигуре, но и к мать/отец конденсации). Особенно подчеркивается хроническая холодность родительских фигур и скрытая интенсивная агрессия. Очевидно, что такие характеристики не позволяют матери выполнять функции регуляции напряжения в диаде «мать—дитя»: Именно с первоначальным дефицитом гомеостаза С. Бах (Bach S., 1977а) связывает нарциссические состояния, при которых выражены проблемы настроения, самоуважения и регуляции напряжения. В дальнейшем нарциссический гнев возникает как компенсация невыносимого сверхвозбуждения.

Большинство авторов считают, что развитие нарциссической патологии связано с поощрением матерью необоснованно-раннего чувства автономии в процессе сепарации—индивидуации. Дж. Мастерсон (Masterson J., 1981) отмечает, что травма (неудовлетворения матерью инфантильных нужд) приходится на более ранний период, чем при пограничной патологии, на субфазу «практики» процесса сепарации—индивидуации, по М. Малер. Ф. Гринейкр (Greenackre Р., 1945) также рассматривает нарциссизм как фиксацию на стадии ненадежных отношений мать—ребенок в период до 18 месяцев. Преждевременная автономия приветствуется матерью из-за ее собственной нетолерантности к зависимости; такая нетолерантность часто обусловлена выраженностью у матери нарциссических черт. Провоцируя незрелую автономию, нарциссическая мать желает превратить ребенка в объект нарциссического удовлетворения. О. Кернберг отмечал, что нарциссические пациенты часто от рождения обладали особым качеством, объективно вызывающим зависть и восхищение. Мать нарциссически использовала ребенка как продолжение себя, делая его «особым», «гением», «бриллиантом», «предметом искусства». А. Миллер (Miller A., 1975) подчеркивает, что ребенок интуитивно воспринимает потребность матери в нарциссическом удовлетворении через него, обеспечивающем ему условную любовь. Х. Кохут считает, что в таком случае ребенок выполняет функции Я-объекта для нарциссических родителей. Происходит сверхстимуляция Я ребенка, но она не относится к истинному Я, а связана с родительскими нуждами. Поэтому как следствие сверхстимуляции, при всей своей амбициозности, нарциссическая личность страдает отсутствием истинного энтузиазма в отношении целей (Kohut H., WolfE., 1978). Выраженность нарциссических черт у родителя (особенно у матери) означает двойственность материнского отношения, в частности, выраженность зависти. Как оборотная сторона восхищения, зависть стоит за требованием нарциссического совершенства, тогда нарциссические «провалы» ребенка повышают материнское самоуважение (Patrick J., 1985). В исследовании этиологии мазохистического и нарциссического личностных расстройств было показано, что мазохизм и нарциссизм могут развиваться в семьях с нарциссической динамикой, где дети выполняют разные роли для обеспечения родительского самоуважения. Проекция идеального родительского Я на ребенка ведет к нарциссичес-кой патологии, проекция обесцениваемого родительского Я — к мазохистической (Glickauf-Hughes С, 1997). Среди факторов, влияющих на развитие нарциссической патологии, выделяются темперамент и пол ребенка, а также порядок рождения. Отмечается, что при сходстве темперамента с матерью ребенок с большей вероятностью начинает играть роль материнского Я-объекта, развивая нарциссическую патологию. В отношении пола ребенка все зависит от того, какой пол идеализирует мать. Правда, в других исследованиях было показано, что нарциссическая патология чаще развивается у мужчин, а пограничная — у женщин, так как мальчики всегда больше поощряются к автономии, чем девочки (Haaken J., 1983). Если мальчик воспринимается как «лучший пол», как «приз», мать с большей вероятностью «отзеркаливает» в нем социальную активность, успешность. В отношении влияния порядка рождения на развитие нарциссической патологии также вопрос спорный. С одной стороны, иногда идеализируется именно первый ребенок. С другой стороны, первый ребенок чаще становится «козлом отпущения» и развивает мазохистическую патологию из-за материнской тревожности и недостатка опыта. Дж. Картис и Д. Коувел (Curtis J. & Cowell D., 1993) утверждают, что первый ребенок, так же, как и единственный, все-таки более часто развивает нарциссическую патологию. Основной вывод, который делает Гликауф-Xarc, аналогичен представлению о нарциссах как «использованных детях». В семьях с нарциссической динамикой аутентичность самовыражения детей подавляется, поощряется соответствие родительским потребностям и стандартам. Нарциссическая патология развивается у ребенка, на которого проецировался материнский Эго-идеал, которым восхищались, но это восхищение заслуживалось им ценой внутренней пустоты.

Характерно, что был предложен специальный термин «нарциссическая семья» (во многом синонимичный выражению «семья с нарциссической динамикой») для описания семей, где выражено эмоциональное насилие друг к другу, и к детям в особенности (Donaldson-Pressman S. & pressman /?., 1994). Как эксквизитный случай насилия, рассматривается инцест «мать—сын» в патогенезе нарциссического расстройства личности (Gabbard G.О. & Twemlov S.W., 1994). Развитие грандиозности в этом случае сочетается с параноидностью ожидания грозящего предательства, со страхом неминуемого бедствия: в любой момент мать может покинуть или унизить своего «визави».

## 3.3. Дифференциальный диагноз

По DSM—IV дифференциальный диагноз нарциссического расстройства личности проводится в отношении:

— параноидной шизофрении, которая отличается наличием выраженных бредовых состояний;

— расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, которые могут сосуществовать с нарциссическим расстройством личности (двойной диагноз);

— истерического расстройства личности, антисоциального расстройства личности, пограничного расстройства личности.

Рассмотрим отличие нарциссического расстройства личности от этих трех и некоторых других личностных расстройств более подробно.

Со структурной точки зрения, главное различие между нарциссическими личностями и личностями с иной патологией характера заключается в разной природе и функциях Эго-идеала. Наряду с истерическим, антисоциальным и пограничным расстройством, О. Кернберг сравнивает нарциссических личностей, склонных к перфекционизму, с обсессивно-компульсивными личностями. «Перфекционистское» стремление последних к «идеальной чистоте» представляет собой защиту от анально-садистской вины и конфликтов. Личностям с обсессивными чертами, несмотря на внешнюю холодность, свойственны глубина эмоциональных реакций и тонкое эмоциональное понимание других людей. Нарциссические личности отличаются эмоциональным безразличием и слабостью эмпатии. Более эмоционально-включенными и теплыми, способными к глубоким эмоциональным отношениям являются по сравнению с ними и истерические личности. Сексуальность нарциссических личностей отличается большей холодностью и расчетливой соблазнительностью (Kernberg O.F., 1975). Псевдогиперсексуальность истерических женщин отражает желание слиться с идеализируемым мужчиной (Reich A., 1953). Истерическая фантазия о том, чтобы «быть прекрасной и сильной женщиной», защищает от чувства неполноценности и кастрационной тревоги. Потребность в восхищении у истерических женщин интерпретируется как реактивное формирование по отношению к пенисовой зависти.

По DSM—IV, отличием антисоциального расстройства личности от нарциссического является открытое пренебрежение законом и правами других людей. О. Кернберг подчеркивал, что, не будучи антисоциальными, нарциссические личности чувствуют себя способными на антисоциальное поведение, если за этим не должно последовать наказания. У нарциссических личностей также присутствует патология Суперэго. Подчинение и приспособление к моральным требованиям регулируется страхом; других людей нарциссические личности обычно считают нечестными и соблюдающими моральные требования только из-за социального гнета. О. Кернберг видит в антисоциальности эксквизитную форму патологического нарциссизма, с инфильтрацией агрессии Грандиозного Я.

В исследовании Д.М. Швракича с соавторами (Svrakic D.M. et al., 1991) сравнивались структурные и клинические характеристики нарциссических и антисоциальных личностей. Авторы считают возможным отличать Грандиозное Я нарциссических личностей, характеризующееся грандиозностью и эксгибиционизмом, от деструктивного Я антисоциальных личностей, характеризующегося всемогуществом и деструктивностью. Деструктивное Я формируется вокруг «агрессивного ядра», ориентировано на деструкцию в решении внутренних и внешних проблем. Нарциссические личности склонны, скорее, к доминированию. Деструктивное Я образуется за счет слияния с идеализированным образом антисоциального отца или другого антисоциального героя. В идеальном Я-образе на первый план выступают деструкция и асоциальность. Если у нарциссических личностей может возникать чувство вины, то антисоциальным личностям оно вообще не свойственно. Нарциссические личности пассивно-паразитичны в своем поведении, антисоциальные — активно-агрессивны. Е. Роннингстам и Дж. Гундерсон считают отвержение норм, идеализацию, грандиозные фантазии, самоцентрацию, поиск внимания, чувство особых прав, веру в неуязвимость, установку на эксплуатацию других, недобросовестность, промискуитет, поверхностные ценности и криминальность общими чертами нарциссических и антисоциальных личностей.

Наиболее дискутируемой остается проблема дифференциации между нарциссическим и пограничным расстройствами личности. По DSM—IV, пограничное расстройство отличается большей выраженностью тревоги. Дж. Хаакен (Haaken J., 1983) считает пограничных личностей более сензитивными к реакциям других, а нарциссических — более агрессивными. О. Кернберг настивает на пограничной личностной организации при нарциссическом расстройстве, отмечая, что при сходной защитной организации нарциссические пациенты могут функционировать на более высоком психосоциальном уровне, чем открыто-пограничные — за счет большей толерантности к тревоге, лучшего контроля импульсивности и «псевдосублиматорного» потенциала.

Само понятие «пограничный уровень личностной организации» одни авторы считают полезным, так как этот уровень реально наблюдаем и диагносцируем (Nelson H.F. et al., 1985). Другие авторы ставят под вопрос валидность такого понятия (Reich J. & Frances A., 1984). Одни авторы считают такой конструкт диагностически-неспецифичным, другие — причинным конструктом клинической феноменологии (Kernberg O.F., 1984; Nelson H.F. et al., 1985; Kullgren G., 1987). Пограничный уровень личностной организации, характеризующийся фрагментарным образом Я, примитивными защитными операциями и слабой способностью к тестированию реальности, представляет собой нормальную раннюю структуру в развитии (Kernberg O.F., 1975). В патологических случаях происходит фиксация на этом уровне развития, что определяется как биологическими факторами (конституциональная нетолерантность к тревоге, агрессивность, генетическая уязвимость к определенным аффектам) (Kernberg О., 1975; Chetnic M., 1986; Bursten В., 1989), так и факторами окружения, такими, как экцессивные ранние фрустрации (Kernberg O.F., 1975).

Большинство личностных расстройств демонстрирует пограничный уровень личностной организации. Дж. Кролл с соавторами (Kroll J. ef al., 1981), используя «Интервью для пограничного личностного расстройства», показали, что различия между пограничным личностным расстройством и другими расстройствами не значимы. А. Митчелл (Mitchell A., 1985) полагает, что диагноз «пограничный» не следует относить к определенному расстройству; по его мнению, термин «пограничный» применим при любой характерологической патологии, когда отсутствует чувство интегрированного и целостного Я. Дж. Рейх и А. Франсес показали, что диагноз пограничной личностной организации (по О. Кернбергу) эквивалентен клиническому диагнозу какого-либо личностного расстройства. Различные адаптивные стратегии образуют специфические симптомы личностных расстройств, на глубинном же уровне все расстройства имеют пограничную личностную организацию. В таком случае патологический нарциссизм можно рассматривать как защиту, помогающую личности преодолеть «пограничное ядро». Нереалистические притязания на «особенность», «избранность» и «идеальность» компенсируют внутреннюю хрупкость, поэтому патологический нарциссизм, возможно, является неспецифическим признаком различных расстройств, а не только нарциссических. У. Кохен (Cohen Y., 1991) утверждает, что при нарциссическом личностном расстройстве нарциссическая грандиозность является защитой от чувства «никчемности», а при пограничном личностном расстройстве — от чувства одиночества. Е. Роннингстам и Дж. Гундерсон показали, что половина из 15 признаков патологического нарциссизма (агрессивность, промискуитет, самоцентрация, идеализация и обесценивание, надменность, высокомерие и грандиозные фантазии) присутствует в описании других личностных расстройств, и, с другой стороны, не все 15 признаков патологического нарциссизма входят в описание нарциссического расстройства личности.

Б. Барстен полагает, что каждое из личностных расстройств можно рассматривать как дериват нарциссизма. Он определяет нарциссизм как повышенный интерес к своему Я. При этом повторяющийся паттерн поведения, связанный с чувством «особенности» и с потребностью во внимании, может быть разным, что ведет к развитию различных личностных расстройств. Автор называет пациентов с нарциссическим расстройством личности «грандиозно-нарциссическими», а пациентов с антисоциальным расстройством личности — «манипулятивно-нарциссическими». Личностные расстройства, по его мнению, являются «городами» в «государстве» нарциссизма. Следуя этой логике, Д.М. Швракич с соавторами (Svrakic D.M. et al., 1991) вносят уточнения: по их мнению, пациентов с истерическим расстройством личности следует называть «манипулятивными», а с антисоциальным расстройством личности — «деструктивными». Они используют ту же метафору, что и Б. Барстен, но считают «государством» пограничную личностную структуру; «городом» — патологический нарциссизм, а «кварталами» — личностные расстройства.

В ранее рассмотренных работах в основном делался акцент на континуальность личностных расстройств и их «ядерную общность», как пограничных и/или нарциссических. Существуют и другие точки зрения, когда подчеркиваются различия между пограничным и нарциссическим расстройствами. Так, Х. Кохут считает пограничное расстройство более близким к шизофрении из-за выраженной фрагментации Я. С. Шоэн проводит различия между шизоидным, пограничным и нарциссическим расстройствами личности по 8 категориям, для обоснования наиболее адекватной терапевтической установки по отношению к каждому из расстройств. Ниже представлена таблица сравнения (по материалам семинара, проведенного С. Шоэном в г. Москве 28—30 сентября 1994 года).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Особенности | РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ | | |
| Шизоидное | Пограничное | Нарциссическое |
| качества личности | 1) уход, аутичность;  2) фрагментарность | 1) беспомощность;  2) нуждаемость | грандиозность |
| внутренний объект | 1) пожирающий;  2) привлекающий/ отвергающий | 1) расщепленный;  2) все или ничего | всемогущий/ неполноценный аспекты Я |
| незавершенные задачи развития | привязанность | отделение | эмпатическая индивидуализация |
| пугающий/ избегаемый опыт | 1) уничтожение;  2) поглощение | покинутость | унижение |
| пугающая эмоция | террор | депрессия | стыд |
| защиты | 1) проекция;  2) дефлексия | 1) интроекция;  2) конфлюенция | 1) отрицание;  2) экстернализация |
| отношения | избегаются | зависимые | обесцениваются |
| поведение в терапии | 1) заторможенные;  2) интеллектуализи-рованные | отреагирование | 1) обесценивание;  2) сдерживание |
| терапевтическая установка | 1) мягкая;  2) ненавязчивая | 1) твердая, поддерживающая;  2) конфронтация | 1) интерпретация нарциссической потребности;  2) принятие |

# 4. Области изучения патологического нарциссизма

## 4.1. Особенности нарциссической депрессии

Уже З. Фрейд в работе «Печаль и меланхолия» (1917) связывает меланхолию с выбором объекта на нарциссической основе. Им же предлагается понятие «нарциссической раны» как длительного нарушения самочувствия при утрате любви и неудачах («По ту сторону принципа удовольствия», 1920). В современных исследованиях выделяются три основные причины депрессии: потеря, нарциссическая рана и эндогения. Для Х. Кохута и психологии Я причина депрессии не имеет значения. Депрессия объясняется врожденной, либо появившийся в результате дефицитарного развития, неспособностью активизировать или сохранять контакт с Я-репрезентациями, связанными с позитивными аффектами. Кохут обнаружил, что у его пациентов в раннем детстве частыми были разрывы эмпатической созвучности с родителями. Именно поэтому эмпатия терапевта становится условием реактивизации контакта с позитивными аффективно-окрашенными Я-репрезентациями. Впоследствии у пациентов развивается способность активизировать «хорошие» Я-объекты в автономном функционировании. Отличие подхода Кохута к психотерапии депрессии от классического фрейдистского заключается в том, что не поощряется выражение интенсивных негативных чувств и мыслей в адрес аналитика, а также нарциссический гнев, рассматриваемый как продукт дезинтеграции (см. Deitz J., 1991). Депрессия понимается как результат горизонтального расщепления (вытеснения) биполярного Грандиозного Я. Особое внимание уделяется нарциссическим суицидам, которые совершаются под воздействием не чувства вины, а чувства непереносимой пустоты, «мертвости» или интенсивного стыда (в случае провала эксгибиционистской активности). Нарциссические суициды базируются на потере либидозного катексиса на Я. Р. Менакер понимает нарциссический суицид как предпочтение умереть для Эго-идеала, чем дать умереть самому Эго-идеалу. Э. Джекобсон (Jacobson E., 1964) описала нарциссический конфликт как заключающийся в несоответствии ожиданиям Эго-идеала, сопровождающийся стыдом и самообесцениванием. Разными авторами отмечается, что у нарциссической личности Эго-идеал становится деструктивным из-за образов «совершенства» и «всемогущества».

Дж. Лампль-де-Гроот считает, что нарциссические идеалы имеют императивное качество и переживаются как нарциссические требования. Погоня за совершенством всегда самодеструктивна. С. Блатт описывает интроективную депрессию как связанную с критикой Суперэго из-за неудачи в достижении высоких социальных стандартов, которых требуют от себя нарциссические личности. А. Бек различал два вида депрессии: депрессию, связанную с депривацией, и депрессию поражения (недостижения целей). Поскольку поражением, «провалом» для нарциссических личностей является «быть не первым» (Kemberg O.F., 1975), очевидна склонность к депрессии поражения. П. Моллон и Г. Перри (Mollon P, Parry G., 1984) обратили внимание на то, что «депрессивная тюрьма» является единственной формой защиты хрупкого, уязвимого реального нарциссического Я. Вместе с тем зависть и ярость, свойственные нарциссическим личностям, не могут переживаться иначе, чем как безнадежность и беспомощность.

С одной стороны, во многих работах нарциссические характеристики описываются как фактор риска в отношении аффективной патологии (депрессии). Но также существуют и точки зрения на нарциссических пациентов как на неспособных к депрессии. Наиболее последовательно ее отстаивает О. Кернберг, подчеркивающий: то, что на поверхности выглядит как депрессия, является гневом и негодованием, нагруженностью мстительными чувствами, а не печалью из-за потери. М. Джесович-Гесич и Дж. Везель утверждают, что при потере объекта нарциссическая личность грустит о потере «зеркала», отсутствие восхищения ведет к дисфории и самоненависти. О. Кернберг также считает, что переживается потеря не объекта, а нарциссического обеспечения. Он отмечает, что нарциссические пациенты не чувствуют грусти в уик-энд, забывают аналитика; в фантазиях нарциссических пациентов аналитик вне анализа «исчезает». Исследователь полагает, что хотя бы незначительно выраженная способность к грусти и депрессии, с элементами чувства вины, является благоприятным прогностическим показателем в отношении результатов лечения. Критический период в лечении нарциссических пациентов характеризуется, по мнению автора, возникновением разрушительного чувства вины за всю предыдущую агрессию в адрес аналитика, за его обесценивание и разрушение. Возникает отчаяние из-за плохого обращения с аналитиком и всеми значимыми фигурами, которые пациент мог любить и которые любили его. На этом этапе лечения у нарциссических пациентов часто возникают суицидальные мысли. При прохождении критического периода они становятся способными к любви, заботе и благодарности. Х. Сирлс (Searles И., 1985) отмечал, что неспособность пограничных пациентов (к ним он относит и нарциссических) к печали следует понимать как защиту. С. Кавалер-Адлер (Kavaler-Adler S., 1993) также утверждает, что блокирование грусти при пограничном и нарциссическом расстройствах личности есть отвержение аффективного опыта интенсивной преэдиповой травмы. Реальная или воображаемая утрата матери в раннем детстве «запускает» механизмы идеализации и фантазийного слияния с ней для защиты от мук любви и одновременно от мук интенсивной вины за детскую ненависть. Интенсивность вины делает воспоминания об утраченном объекте непереносимыми и там, где нужна «работа печали», возникает аффективный блок. Кавалер-Адлер комментирует утверждение О. Кернберга о неспособности нарциссических пациентов к депрессии следующим образом. Рассматривая интерпретацию примитивной агрессии как основной вклад аналитика в движение нарциссического пациента к грусти, О. Кернберг, по мнению Кавалер-Адлер, не уделяет должного внимания созданию поддерживающего окружения для «контейниирования» грусти. Автор с проникновением описывает страх плача, типичный для нарциссической личности. Пациенты с нарциссическим расстройством личности постоянно отвергают страх поглощения собственной болью. Невыплаканные слезы десятилетиями подавляемой боли создают бессознательную угрозу «утонуть в собственных слезах», поэтому в снах нарциссических пациентов часто присутствует тема утопления. Нарциссические личности испытывают страх постоянного плача в процессе аффекта горя; слезы вызываются ужасом потери объекта фантастического слияния и одновременно ужасом поглощения тем, с кем желаешь слиться. Кавалер-Адлер подчеркивает необходимость межличностного контакта, чтобы трансформировать бесконечный плач патологической грусти в «работу печали». Поддержка терапевта во внешнем диалоге позволяет продвинуться от структуры защитного слияния к структуре внутреннего диалога. Именно наличием структуры внутреннего диалога обеспечивается, по мнению исследователя, способность к грусти в отсутствие внешнего объекта. Инициация внутреннего диалога через внешний диалог ведет к «разрешению от бремени» аффекта печали.

Еще одна точка зрения на особенности депрессии у нарциссических пациентов представлена в работе Д.М. Швракича (Svrakic D.M., 19876). Им используется понятие «пессимистического настроения при нарциссической декомпенсации» с тем, чтобы отличить такое специфически-нарциссическое нарушение настроения от широкого спектра негативных эмоций, в особенности от классической депрессии и от атипических форм депрессий. Автор описывает стереотипный жизненный цикл нарциссических пациентов, в котором периоды успешной нарциссической активности, или нарциссической «здоровой компенсации», по Р.Джиовачини, альтернируют с периодами нарциссических «провалов», нарциссической «слабости», во время которых нарциссическая личность не может сохранять ощущения грандиозности.

Швракич выделяет три клинические формы нарциссической «слабости», каждая из которых сопровождается определенными негативными эмоциями. При фрустрации нарциссических целей и нужд (первая форма) возникают нар-циссический гнев, обесценивание, уход в «прекрасную Изоляцию». После периода интенсификации грандиозных фантазий нарциссическая личность находит новые объекты и способы активности, на которые проецируется грандиозность.

Второй клинической формой нарциссической «слабости» является «пустой интервал» в процессе «питания» Грандиозного Я, сопровождающийся чувствами пустоты и скуки. Эти чувства исчезают с появлением нового объекта нарциссической эксплуатации.

Наконец, третьей, наиболее тяжелой, клинической формой нарциссической «слабости» является нарциссическая декомпенсация, т.е. полное прекращение обычного нарциссического способа функционирования. Типичный нарциссический «порочный круг» (по сути, он был описан О. Кернбергом) имеет следующие стадии: проекция Грандиозного Я на внешний объект, или идеализация объекта; слияние (идентификация) с идеализируемым объектом; эксплуатация нарциссического обеспечения; зависть; обесценивание и отвержение объекта; поиск «разочарованным» пациентом нового объекта; проекция Грандиозного Я на новый объект и т.д. Не используя термина «нарциссическая декомпенсация», Кернберг пишет о «крахе иллюзии грандиозности», Джиовачини — о «психическом коллапсе». Перефразируя Джиовачини, Швракич пишет о «коллапсе Грандиозного Я». Клинически нарциссическая декомпенсация манифестирует следующим образом: 1) прекращение обычного нарциссического функционирования; 2) пассивность и заторможенность; 3) преобладание негативных эмоций. Первые два аспекта нарциссической декомпенсации описывались многими авторами. Негативное эмоциональное состояние не было в достаточной степени прояснено, и большинством авторов описывалось как «депрессия» (Grunberger В., 1979), «агония беспомощности» (Kohut H., 1977), «дисфорический аффект» (Model! А., 1980). Нарциссические пациенты ищут помощи часто именно в период декомпенсации, при этом постановка диагноза «нарциссическое расстройство личности» затруднена, и во многих случаях ошибочно диагносци-руется как «депрессия». Швракич настаивает на понимании негативного эмоционального состояния пациентов в этот период как пессимистического настроения. Нарциссические пациенты не демонстрируют специфически депрессивных чувств — грусти, печали, вины — и не испытывают чувства собственной «никчемности» (worthlessness). На первый план выступают чувства «пустоты» (futility). Депрессивный пациент никчемен и несчастлив, его мир черен, трагичен и полон боли; нарциссический пациент пессимистичен, чувствует разочарование, его мир мрачен, фиктивен и полон провалов. Нарциссического пациента не мучает дилемма «плохой—хороший»; он видит себя «потенциально хорошим», но неспособным проявить свои возможности. Ответственность за «провалы» лежит на судьбе и сущности мира, чувства вины нарциссический пациент не испытывает.

Пессимизм нарциссических пациентов сопровождается высокомерием от понимания всей «мирской тщеты». Их взгляды на мир характеризуются насмешкой и презрением. Пессимистически настроенным нарциссическим пациентам свойственны большая активность в навязывании пессимистического видения мира и стремление убедить других, что в таком мире реально ничего не может быть достигнуто. Дисфорические «выплески» сменяются короткими периодами релаксации с субъективным чувством облегчения. Швракич проводит структурно-динамический анализ нарциссической декомпенсации. Он подчеркивает, что у большинства нарциссических пациентов сохраняются нормальные Эго-функции. После ряда нарциссических циклов нормальные Эго-функции тестируют внутреннюю реальность и определяют внутренний источник постоянного недовольства, напряжения и низкого самоуважения, что подрывает нарциссическую грандиозность. В период декомпенсации нормальные Эго-функции направляют агрессию на ядро грандиозности — на «особость» Я. Без ядерной «особости» Грандиозное Я коллапсирует, «опустошается».

По мнению Швракича, пессимистическое настроение есть компромиссный выход из конфликта между нереалистической грандиозностью и сохраняющейся способностью к тестированию реальности благодаря нормальным Эго-функциям. Навязывание своего мнения пессимистическими пациентами отражает базовую активность защитных механизмов проективной идентификации и всемогущества. Дисфория с интервалами расслабления свидетельствует о ведущей роли проекции. Парадоксальная выраженность чувств превосходства и высокомерия отражает тот факт, что пессимизм становится новой «особостью», новым «ядром» грандиозности. Хотя сам Швракич этого не эксплицирует, но его представления о пессимизме как новом «ядре» Грандиозного Я перекликаются с представлениями А. Адлера, что даже переживание страдания может служить цели богоподобия.

## 4.2. Феноменология реального Я и грандиозного Я при патологическом нарциссизме

Представления О. Кернберга (1975) о «двухуровневой» личностной организации, где на глубинном уровне обнаруживается искалеченное Реальное Я, а на поверхностном — патологическое Грандиозное Я, разделяются большинством авторов. Д.М. Швракич (Svrakic D.M., 1986, 1987а), базируясь на этих представлениях, предпринял попытку упорядочить феноменологическую картину нарциссического расстройства личности. Он считает, что феноменологию Реального Я можно наблюдать главным образом у нарциссических пациентов, функционирующих на открыто-пограничном уровне. Автор различает прямые и непрямые клинические проявления Реального Я. К прямым клиническим проявлениям относятся:

— гиперсензитивность с ощущением небезопасности;

— постоянная погоня за «великим» объектом, благодаря которому изменится вся жизнь;

— «утомленность жизнью», хроническая усталость, ощущение бессмысленности существования, неаутентичности;

— частичное осознание того, как зависть «отгораживает» от других;

— ипохондричность;

— черно-белое восприятие мира.

Непрямые клинические проявления Реального Я подразделяются исследователем на особенности эмоциональной сферы, познавательных процессов, деятельности и общения. Особенностями эмоциональной сферы являются чувства пустоты и скуки, чувство зависти, иногда отрицаемое и маскируемое обесцениванием, а также интенсивный гнев. По отношению к познавательным процессам выражены слабость мотивации и недостаток любознательности, что ведет к трудностям в обучении (Bach S., 1977а). Нарциссические пациенты некреативны, склонны к решению задач по аналогии, часто поверхностны в своих суждениях (Kernberg O.F., 1975). Нарциссические личности демонстрируют недостаток выносливости в деятельности, им свойствен недостаток заинтересованности. В общении они ищут «сильную личность», исключают из своего окружения тех, на кого проецируют конфликты, зависимы от лести и патологически не переносят критики.

Швракич также описывает прямые и непрямые клинические проявления Грандиозного Я. К прямым относятся собственно грандиозность и эксгибиционизм. Грандиозность манифестирует в двух клинических формах: свободно-плавающей и структурированной. Исследователь считает, что свободно-плавающая грандиозность является наиболее нарциссической чертой. Свободно-плавающая грандиозность может проецироваться на любые чувство, мысль или действие. Она проявляется в типично нарциссическом ощущении превосходства и важности, в демонстрации всемогущества и всезнания, в патологической амбициозности, в жажде шумного одобрения, в погоне за сенсациями (с тем, чтобы присвоить себе часть блеска, участвуя в сенсационных событиях).

Структурированная грандиозность обнаруживается в выгодном имидже, базирующемся на том в личности, что может быть наиболее позитивно оценено извне, и на успехах в деятельности, выбираемой с учетом ожидания восхищения.

Структурированная грандиозность доминирует у более интегрированных нарциссических личностей, свободно-плавающая — при более тяжелой нарциссической патологии.

Эксгибиционизм интимно связан с грандиозностью. Клиническими манифестациями эксгибиционизма являются: требования постоянного внимания, тенденция к эксклюзивности, выбор профессии с установкой на публичное восхищение, замена эмоциональности и эмоциональной отдачи в отношениях выставлением себя напоказ, а также частые реакции стыда при «провалах» эксгибиционистской активности.

Непрямые клинические проявления Грандиозного Я подразделяются Швракичем на особенности эмоциональной сферы, познавательных процессов, деятельности и общения. Нарциссическими эмоциями Грандиозного Я являются «гипоманиакальная экзальтация» (Grunberger В., 1979), либо пессимистическое настроение. К особенностям когнитивной сферы, связанным с грандиозностью, относятся: эгоцентрическое восприятие реальности с отрицанием аспектов, угрожающих перфекционизму (Akhtar S. & Thomson A., 1982); нарциссический дискурс с использованием «нарциссических слов» («абсолютно», «прекрасно»), с тенденцией к монологу и с аутоцентрическим использованием языка без стремления быть понятым; критиканство; тонкие нарушения памяти из-за неспособности нарциссической личности принять существование того, что незнакомо (Bach S., 1977а). Проявлениями Грандиозного Я в деятельности становятся «вундеркиндство» и «псевдосублимация» с посредственными результатами. К проявлениям Грандиозного Я в общении относятся: склонность к выбору объекта, через идентификацию с которым увеличивается ощущение самоценности; стремление «отражаться» в объектах; безответственность, эгоцентричность, установка на эксплуатацию с чувством «особых прав»; слабость эмпатии; патологическая зависимость от шумного одобрения и патологическая нетолерантность к критике.

Амбиции Грандиозного Я невозможно удовлетворить в реальной жизни; Грандиозное Я ощущает себя триумфатором в фантазиях нарциссического пациента.

Нарциссическое расстройство личности является единственным из представленных в DSM—IV, где «поглощенность фантазиями» рассматривается как отдельный симптом. Нарциссические фантазии всегда вызывали интерес. По DSM— IV, нарциссическими считаются фантазии о небывалом успехе, неограниченной власти, блеске, красоте или идеальной любви. О. Кернберг отмечает, что особенности этих фантазий заключаются в том, что все они связаны с ожидаемым в каждом таком случае восхищением. О. Феничел подчеркивает, что у мужчин и женщин с фаллическим характером доминирующей характеристикой является нарциссизм. Позднее А. Рейх описала пациентов, стремившихся поднять уровень самоуважения посредством «нарциссической инфляции» через фаллические фантазии. Таким способом Эго отрицает беспомощность на фоне ранней эмоциональной травмы за счет компенсаторной грандиозности в фантазии. С. Бах (Bach S., 19776) дает следующее определение нарциссическим фантазиям: это фантазии, связанные с направленными на «селф» влечениями и желаниями. При этом особое внимание он уделяет патологическим нарциссическим фантазиям. Центральной при патологическом нарциссизме выступает фантазия об исключительности, в которой отражается неспособность (субъективная невозможность) поместить свое Я в мир других Я. Формы проявления этой центральной фантазии могут быть различными. Бах описывает несколько таких проявлений: фантазию об «уникальном ребенке», фантазию о «двойнике», фантазию о «смерти Я», фантазию о «путешествии в другой мир». Фантазия об «уникальном ребенке» впервые была описана Ш. Ференци, назвавшем ее фантазией «об умном и прекрасном дитя». Б. Левин описывает ее как фантазию «об эрудите», Э. Горовиц — как фантазию о чувстве «deja connu» — «с рождения уже знал все это». Фантазия о «двойнике» описывалась О. Ранком (1925). Фантазия «о путешествии в другой мир» проявляет «особость» нарциссической личности. Такая «особость», «исключительность» может принимать разные формы — «Бог», «вампир» и т.д. При этом центральным переживанием является переживание себя «другим-чем-человек».

Фантазия о «двойнике» может принимать форму фантазии об «андрогинности». Л. Куби описал ее как фантазию о совмещении в себе, подобно фаллической женщине, черт обоих полов. Эту фантазию описывает и Г.Розенфельд как свойственную деструктивному нарциссизму. Бессознательная грандиозность таких пациентов принимает форму фантазии о том, как они инкорпорируют одновременно маскулинные и феминные аспекты внутренних и внешних объектов, становясь полностью свободными от связанной с сексуальными потребностями зависимости. Фантазию о том, чтобы быть одновременно двуполым, описывает и Б. Грунбергер. О. Кернберг видит в этой фантазии бессознательное отвержение сексуальной идентичности, ограниченной одним полом, базирующееся на зависти к другому полу.

Еще одна область фантазий нарциссических пациентов — трансферные фантазии. Самыми типичными из них являются фантазии о том, что «у меня самый лучший аналитик» и что «я — самый лучший и интересный, даже единственный, пациент психоанализа».

При патологическом нарциссизме фантазии пациента, в которых находит удовлетворение Грандиозное Я, следует учитывать на всех этапах психотерапевтического процесса. По нашему мнению, в начале психотерапевтического общения уместно не развенчивать фантазии о Другом, а «становиться» Другим в соответствии с фантазиями нарциссического пациента.

55

# 5. Тактики психотерапевтического общения, учитывающие специфику грандиозного Я

## 5.1. Проблема амбивалентного отношения к психотерапевтической помощи при патологическом нарциссизме

По мнению ряда исследователей1, неспецифическим признаком различных личностных расстройств является «патологический нарциссизм», или «патологическая грандиозность» (эти термины часто употребляются как синонимы, поскольку при патологическом нарциссизме на первый план выступает чувство собственной грандиозности — сверхпродуктивности, сверхвластности, сверхталантливости и т.п.). В этой связи, по нашему мнению, необходимо заострить внимание на двойственности и противоречивости отношения пациента к факту обращения за психотерапевтической поддержкой и возможных психологических механизмах подобного отношения. Так, представляется, что расщепление образа Я на Неполноценное Я и Грандиозное Я обуславливает амбивалентное отношение пациентов с тяжелой личностной патологией к психотерапевтической помощи. В отличие от них, пациенты-невротики и даже пациенты-психотики (при наличии определенной критики к своему состоянию) воспринимают помощь более однозначно. Для первых она желательна, поскольку способствует более эффективной адаптации к реальности, для вторых — необходима как средство спасения в пучине ирреальности. Для пациентов с патологическим нарциссизмом помощь и необходима — в ней нуждается Неполноценное Я, — и нежелательна, так как сам факт обращения к психотерапевту означает признание ограничений всемогущества Грандиозного Я, что абсолютно исключено, субъективно недопустимо. Амбивалентное отношение к психотерапевтической помощи далеко не всегда учитывается при формировании контакта с такими «трудными» пациентами. Поэтому пациент с патологическим нарциссизмом часто остается «потенциальным пациентом», отказываясь от продолжения общения сразу после первой встречи с психотерапевтом. Такое «выпадение из психотерапевтического гнезда» крайне опасно для «бескрылого» Неполноценного Я и может угрожать не только психологическому выживанию, но и самой жизни пациента, входящего в группу суицидального риска.

1 Данная точка зрения обсуждалась в параграфе 3.3. По сути, в основу гипотез современных статистических исследований легли представления З. Фрейда о связи нарциссизма и тяжелой личностной патологии.

Предотвращая «бегство от психотерапии», психологу следует в первую очередь быть предельно внимательным к тем бессознательным способам трансформации жалобы, какие могут использовать «потенциальные пациенты», чтобы усыпить бдительность Грандиозного Я. Феноменология жалоб пациентов с патологическим нарциссизмом свидетельствует о «разработанности» по крайней мере трех основных способов, благодаря которым становится возможным прийти на прием к психотерапевту вопреки запретам Грандиозного Я: «жаловаться формально», «то жаловаться, то жалеть», «не жаловаться, а требовать».

«Жаловаться формально». В жалобах пациента не должна звучать тема эмоциональных отношений с другими людьми, ему нельзя упоминать ни о каких проблемах общения, поскольку это нанесло бы удар по всемогуществу Грандиозного Я, контролирующего дистанцию Я—Другой. Заявить о трудностях в общении означает признать неспособность Грандиозного Я регулировать степень близости (точнее, отдаленности). Поэтому в жалобах пациентов чаще звучит озабоченность проблемами, на первый взгляд совсем не касающимися вопросов взаимодействия с другим человеком. Как правило, высказывается обеспокоенность ухудшением работоспособности, повышенной утомляемостью, общим снижением и так не быстрого темпа — ритма жизни. Однако, чем больше Неполноценное Я жалуется на падение уровня энергетики, тем труднее становится Грандиозному Я доказать свое всемогущество. Только изоляция позволяет избежать краха иллюзий о всемогуществе. Поэтому пациент стремится как можно скорее прекратить общение с психотерапевтом и покинуть кабинет, так и не получив помощи.

«То жаловаться, то жалеть». Еще один способ трансформации жалобы «в угоду» Грандиозному Я — чередовать жалобы с утверждениями о полном благополучии, а просьбы о помощи — с предложениями помощи. «Запутавшийся», «беспомощный» психотерапевт ничем не угрожает всемогуществу Грандиозного Я — наоборот, становится полностью подконтрольным объектом.

«Не жаловаться, а требовать». Пациент может вообще ни на что не жаловаться, а только требовать рекомендации, которые позволят более эффективно решать проблемы, быстрее осваивать увеличивающийся объем информации, добиваться как можно лучших результатов в профессиональной деятельности, с успехом преодолевать всевозможные препятствия и т.д. Задавая множество вопросов, такой пациент низводит психотерапевта до роли механического «ответчика», чей профессиональный интеллект ненасытно эксплуатируется.

При патологическом нарциссизме онтогенетически не пережит опыт встречи с «помогающим» Другим, и, как следствие, не сформирован паттерн «Я—Нуждающийся в помощи, Другой—Потенциальный помощник». Поэтому психотерапевт не может быть воспринят в качестве субъекта, способного оказать помощь. Происходит его десубъектизация и трансформация в объект, подконтрольный всемогуществу Грандиозного Я, а значит, безопасный для выживания последнего. Важно, чтобы с самого начала психотерапевт понимал всю недопустимость конфронтации с титаническими усилиями Грандиозного Я и умел откликнуться на его нужды.

В общении с пациентом, жалующимся формально и избегающим обсуждения эмоциональных отношений, необходимо в первую очередь обеспечить возможность регулирования самим пациентом психологической дистанции, не пытаясь приблизиться, но оставаясь открытым для отношений близости.

В общении с пациентом, временами начинающим жалеть психотерапевта, стоит проявить толерантность к бесконечной инверсии ролей. В общении с пациентом, который, ни на что не жалуясь, настойчиво требует помочь ему стать совершенным, невероятно трудно удержаться и «не дать отпор». Тем более важно сохранять доброжелательность и быть готовым помочь; тогда отказ от продолжения общения в манере «допроса» не будет переживаться пациентом как отвержение. Поддержкой вопрошающе-требовательному пациенту может стать, например, уважительное замечание психотерапевта о тех высоких требованиях, которые, как видно по большому количеству вопросов, связанных с самоизменением, пациент предъявляет себе сам. Поскольку рациональная манера общения, предпочитаемая пациентом, определяется глубоким убеждением Грандиозного Я, что «всегда все в порядке» и что нет повода для чьего-либо сочувствия, психотерапевту не следует спешить с доказательствами того, что он отнюдь не компьютер, хранящий полезную информацию. Не вовремя и не к месту выражая сочувствие такому пациенту, психотерапевт рискует разрушить и без того хрупкий нарождающийся контакт невольной инвалидизацией, непереносимой для Грандиозного Я.

Когда на начальных этапах построения контакта психотерапевт не только не ставит перед собой тактических задач по «развенчанию» всемогущества Грандиозного Я, но, наоборот, с пониманием относится к его нуждам, «потенциальный пациент» с патологическим нарциссизмом имеет значительно больше шансов сформировать запрос и заключить контракт о дальнейшем взаимодействии. В противном случае, встретившееся с конфронтацией Грандиозное Я будет стремиться победить даже ценой полного разрушения формирующихся психотерапевтических отношений, т.е. вынудит «потенциального пациента» отказаться от возможности получить помощь.

## 5.2. Формы и функции грандиозного Я при патологическом нарциссизме

Наиболее традиционно, в рамках различных психодинамически-ориентированных теоретических направлений, Грандиозное Я рассматривается как защитное по отношению к Неполноценному Я образование, как структурный носитель отрицающей реальность способности к всемогущему контролю. И в качестве объекта психодиагностических исследований, и в качестве объекта психотерапевтических фокусировок, Грандиозное Я выступает чаще всего в обобщенно-недифференцированном виде. Так, в первом случае, при проведении психодиагностических исследований, обращается внимание не столько на специфическое содержание фантазий, в которых проявляет себя Грандиозное Я, а скорее на степень, «количество» активности по выполнению им функции защиты от болезненных переживаний посредством «галлюцинаторного» удовлетворения желаний. Во втором случае, при проведении психотерапии, также достаточно часто не уделяется должного внимания специфике принципиально качественно-разных форм проявления Грандиозного Я. В центре внимания в основном находятся различные психотерапевтические технологии, нацеленные на осознание пациентом нереалистических амбиций Грандиозного Я и усиление способности пациента к эффективному тестированию реальности.

Как показывают психотерапевтический опыт и результаты наших исследований, Грандиозное Я раскрывает свою специфичность за счет четырех качественно-разных форм проективно-идентификационной связи с Другим, реализуя при этом четыре основных функции. Формы и функции Грандиозного Я представлены в таблице 1.

Таблица 1

*Формы и функции Грандиозного Я*

|  |  |
| --- | --- |
| Грандиозное Я | |
| Формы | Функции |
| Богоподобно-Грандиозное Я | отторжение Другого |
| Агрессивно-Грандиозное Я | разрушение Другого |
| Альтруистически-Грандиозное Я | поддержка Другого |
| Необыкновенно-Грандиозное Я | внушение восхищения Другому |

Далее описываются наиболее типичные феноменологические проявления разных форм Грандиозного Я в психотерапевтическом процессе (в основу описания легли результаты качественного анализа текстов-транскриптов психотерапевтических сессий и рефлексии контрпереносных чувств).

### Богоподобно-грандиозное Я: функция отторжения другого

О реализации Богоподобно-Грандиозным Я функции отторжения Другого сигнализируют контрпереносные чувства отвержения и обиды, нарастающее желание прекратить общение. Пациент обращается с психотерапевтом как с ничтожеством. Он держится высокомерно-отстраненно, как бы не замечая психотерапевта. С самого начала он может сообщить о своем крайне скептическом отношении к возможности быть понятым психотерапевтом. Любым попыткам психотерапевта вести диалог противопоставляется молчание либо монолог. Пациент или односложно и скупо отвечает на вопросы психотерапевта (в основном молчит), или многоречиво вещает, не давая тому сказать ни слова.

### Агрессивно-грандиозное Я: функция разрушения другого

Реализуя функцию разрушения, Агрессивно-Грандиозное Я обращается с Другим как с «мальчиком для битья» или как с «мусорным ведром» (Ф. Перлз). В психотерапевта «вкладываются» различные негативные чувства: тревога, печаль, растерянность, зависть, стыд, унижение, страх и т.д.

Состояние психотерапевта становится «тревожно-депрессивным», когда пациент живописует свои страдания, приводит мельчайшие детали психотравмирующей ситуации, из которой «нет выхода», в красках рисует картину внезапно обрушившихся на него бедствий. Жалобы пациента звучат почти как гипнотическое внушение. Многие его высказывания начинаются с характерных оборотов: «Не дай Вам Бог пережить такое, когда...», «Когда ты все это переживаешь...» и т.д. Иногда пациент как бы непреднамеренно подчеркивает, что «никто ни от чего не застрахован», что «никто не знает, какие еще страшные события ждут впереди». Пациент может как бы между прочим заметить, «сколь тонка грань, отделяющая здоровье от безумия» или сообщить, например, такой «научный факт», что «к самоубийству склонны люди независимо от профессии и уровня образования». Пациент буквально обрушивает на психотерапевта поток информации, доказывающей, насколько ужасен мир и насколько бренно человеческое существование.

Психотерапевт начинает чувствовать зависть, когда пациент многократно упоминает о своем высоком социальном статусе, о доступности ему любых благ, о безграничности своих возможностей и т.д. Он не преминет продемонстрировать что-либо из того, чем владеет, придя на прием с сотовым телефоном или ноутбуком, надев старинные драгоценности, принеся с собой фотографии, сделанные во время последней поездки за рубеж и т.д. Неважно, какую именно конкретную основу — нематериальную или материальную -— находит Агрессивно-Грандиозное Я, чтобы вызвать в Другом чувство зависти. Важно, что поиск происходит до тех пор, пока не удастся реализовать функцию разрушения.

Психотерапевт может почувствовать стыд, когда пациент постоянно возвращается к разговору о религии, о значимости духовных ценностей, о «падении нравов». Чувство стыда и смущения может возникнуть и в том случае, если пациент постоянно возвращается к разговору об интимных отношениях, причем в «обнаженной» манере, шокируя психотерапевта описаниями подробностей.

Психотерапевт чувствует себя униженным, когда пациент крайне пренебрежительно отзывается о его профессиональной компетентности, причем делает это неоднократно. Пациент выражает скепсис по поводу любых исходящих от психотерапевта предложений, в язвительной манере комментирует большинство его высказываний, может настаивать на изменении времени приема, так как у него «более важные дела». В результате реализации Агрессивно-Грандиозным Я функции разрушения страдает профессиональная самооценка и чувство собственного достоинства Другого.

Психотерапевт может почувствовать страх, когда пациент регулярно угрожает ему «неприятностями». В то время, когда Агрессивно-Грандиозное Я реализует функцию разрушения таким способом, как «наполнение» Другого страхом, пациент общается в критически-требовательной манере. Для него непереносима малейшая задержка во времени приема; он не терпит очередей; любое непредвиденное изменение в графике приема, в какой-то мере затрагивающее интересы пациента, расценивается им как вопиющая несправедливость. В резкой форме он требует, чтобы его права неукоснительно соблюдались, иначе «будут неприятности». Пациент с самого начала ставит психотерапевта в известность, что знает «телефон руководства», прозрачно намекая, что с ним «опасно связываться». В некоторой степени пациент, Агрессивно-Грандиозное Я которого реализует функцию разрушения, представляет собой реальную угрозу безопасности и социальному престижу психотерапевта своей склонностью распускать сплетни, писать жалобы и требовать проверок его работы. Пациент может внушать психотерапевту страх, утверждая о своих экстрасенсорных способностях и приводя примеры, когда ему удавалось «наказать» Другого, «наведя на него порчу» и т.д. Однако впечатление о себе как о «черном маге» никогда не достигает у пациента степени бредовой убежденности, ему важно лишь убедить в этом Другого. Достаточно редки, но тем не менее возможны ситуации, когда пациент приходит на прием, имея при себе «орудие устрашения», например, нож или пистолет, и как бы походя показывает его психотерапевту. В нашей практике был случай, когда пациент, находящийся на лечении в стационаре и все свободное время занимавшийся резьбой по дереву, пришел на прием с ножом. Он неожиданно вытащил его и раскрыл прямо перед носом у психотерапевта, чтобы придать больше «живости» своему рассказу о разрушении имущества друга, не вернувшего ему долг (по словам пациента, он проколол этим ножом шины иномарки, принадлежавшей должнику). Такая прямая демонстрация «орудия устрашения», сопровождающая рассказ о «наказании должника», конечно, нетипична. Для пациента, Агрессивно-Грандиозное Я которого реализует функцию разрушения, типичным является обращение к психотерапевту, несущее в себе угрозу: «Вы должны мне, а то...»

### Альтруистически-грандиозное Я: функция поддержки другого

Когда Альтруистически-Грандиозное Я реализует функцию поддержки, психотерапевт чувствует себя «обласканным»; нередко поддержка следует за разрушением Другого. Пациент начинает «напитывать» психотерапевта оптимизмом и энергией, верой в себя в тот самый момент, когда состояние последнего становится «тревожно-депрессивным». Тогда пациент начинает заботиться о нем, как о беспомощном существе. Он обязательно поинтересуется, был ли у психотерапевта перерыв для отдыха, не нуждается ли тот в том, чтобы выпить чаю, пообедать и т.д. Пациент всячески старается помочь: он может, например, предложить свои услуги по озеленению и оформлению кабинета, по ксерокопированию необходимых психотерапевту бланков, по информированию других пациентов о времени приема и т.д. Иногда уже при первой встрече пациент предлагает свою профессиональную помощь (в качестве парикмахера, портного, юриста и т.д.). Он также выражает надежду, что его случай «поможет научному исследованию». Когда Альтруистически-Грандиозное Я пациента реализует функцию поддержки, тот склонен делать психотерапевту подарки. Причем, дарится, как правило, или что-то «съедобное» или то, что может помочь психотерапевту в организации работы (например, ежедневник, органайзер). В общении с психотерапевтом пациент держится деликатно и предупредительно. Он выражает готовность помочь психотерапевту «разобраться в его состоянии». Пациент подробно рассказывает о себе, охотно делясь предположениями, чем вызвано и как может быть объяснено его «неблагополучие». Он убеждает психотерапевта, что «все не так уж страшно», что «все обойдется». Он старается приободрить психотерапевта, пошутить, поднять настроение. Пациент, чье Альтруистически-Грандиозное Я реализует функцию поддержки, всегда находит возможность отметить что-то удачное, по его мнению, в действиях психотерапевта, чтобы тот почувствовал себя увереннее как профессионал. Многие высказывания пациента строятся таким образом, чтобы внушить психотерапевту надежду на лучшее: «Удача обязательно улыбнется», «Жизнь — полосатая, трудности не бесконечны» и т.д.

### Необыкновенно-грандиозное Я: функция внушения восхищения другому

Реализуя функцию внушения восхищения, Необыкновенно-Грандиозное Я обращается с Другим как с «зеркалом успехов». Психотерапевт начинает чувствовать восхищение, когда пациент обрушивает на него мощный поток информации о своих уникальных способностях, выдающихся успехах, близких отношениях с яркими и известными личностями. Пациент не преминет сообщить о своем «благородном происхождении» («бабушка — выпускница Смольного института благородных девиц, дедушка — знаменитый художник») или, наоборот, подчеркнуть, как много ему удалось добиться, несмотря на то, что он «из простой семьи». Пациент склонен рассказывать о себе массу удивительных историй. Болтая без умолку, он перебивает психотерапевта всякий раз, когда тот пытается высказать что-либо помимо своего восхищения. Иногда, в доказательство правдивости самых невероятных историй о себе, пациент может принести на прием фотографии, на которых он запечатлен в удивительном месте или в окружении удивительных людей. Так, например, один наш пациент приносил на прием целые альбомы фотографий; на одной из них он был запечатлен беседующим со знаменитой Клаудией Шиффер. В качестве «вещественных доказательств» своих успехов пациент может принести на прием книгу своих стихов или свои рисунки и т.д. Он может преподнести в подарок психотерапевту какой-либо из «продуктов» своего творчества, часто с автографом. Вообще, подарок пациента, чье Необыкновенно-Грандиозное Я реализует функцию внушения восхищения, как правило, нестандартен. Пациент дарит «не то, что все», показывая, что он «не как все». Нас поразил и, действительно, восхитил своей тонкостью подарок одного пациента, по профессии архитектора, представлявший собой композицию из живых цветов и трав. Находясь на лечении в ночном стационаре, пациент сотворил из пустой пластмассовой бутылки нечто вроде вазочки. В больничном парке он подыскал несколько ярких камешков, веточек и травинок. Поместив яркие камешки на дно «вазочки», он закрепил ими стебелек цветущей крапивы, веточку ландыша и разные изящные травинки.

## 5.3. Разработка тактик психотерапии с учетом форм и функций грандиозного Я

Как показал качественный анализ текстов-транскриптов психотерапевтических сессий, необходимое для заключения «рабочего альянса» укоренение пациента с патологическим нарциссизмом в психотерапии происходит при условии поддержки психотерапевтом манипулятивных усилий Грандиозного Я и эмоционального отклика на его специфические нужды. В то время как Неполноценное Я пациента обращается за поддержкой к психотерапевту как всемогущему Другому, Грандиозное Я пациента обращается с психотерапевтом как объектом всемогущего контроля. В зависимости от того, какую из своих функций реализует Грандиозное Я пациента — отторжения, разрушения, поддержки, внушения восхищения — психотерапевт все больше ощущает себя «абсолютным ничтожеством», «мальчиком для битья» или «мусорным ведром», «беспомощным существом», «зеркалом успехов». Во всех случаях психотерапевт все больше ощущает себя неполноценным. «Испытание неполноценностью» является серьезным испытанием профессионализма психотерапевта; способность психотерапевта оставаться «в рамках образа» Неполноценного Другого во много определяет судьбу будущих отношений контакта. В случае «выхода из образа» психотерапевт выглядит до такой степени угрожающим всемогуществу Грандиозного Я пациента, что тот спасается бегством, вынужденный расстаться с надеждой на получение помощи. Только если психотерапевт владеет адекватными способами обращения с тотальной амбивалентностью пациента, страдающего тяжелой личностной патологией, он может профессионально облегчить его «укоренение» в ситуации принятия помощи. Первое, в чем необходимо помочь пациенту с расщепленным образом Я — это помочь ему «удержаться» в психотерапии, ни в коем случае не удерживая его насильственно (последнее на сегодняшний день недопустимо не только этически, но и юридически). Оснащенность психотерапевта приемами неконфронтирующего взаимодействия с Грандиозным Я «потенциального пациента» во многом способствует принятию последним ответственного решения о прохождении психотерапии, которое само по себе есть шаг к исцелению.

### Тактики психотерапевтического общения с Богоподобно-грандиозным Я, реализующим функцию отторжения другого

Во взаимодействии с Богоподобно-Грандиозным Я, реализующим функцию отторжения Другого, психотерапевту следует оставаться толерантным к ощущению себя как ничтожества, «контейниировать» (термин В. Биона) чувства обиды и отвергнутости. Психотерапевт принимает на бережное хранение отторгаемую пациентом «неполноценность», предоставляет ему шанс убедиться в принципиальной возможности контроля чувств обиды и отвергнутости. Поскольку пациент максимально отдаляется от психотерапевта, пытается сформировать отношения изоляции, важно обеспечить ему полную свободу выбора оптимальной психологической дистанции. Не нарушая заданной дистанции, в то же время следует предложить пациенту психотерапевтическую альтернативу полной изоляции. Представляется, что такой психотерапевтической альтернативой может стать относительно безопасное для пациента общение в пространстве «если бы». Фантазийное пространство «если бы» хорошо знакомо психотерапевтам гуманистической ориентации. Находящиеся там психотерапевтические ресурсы незаслуженно остаются без должного внимания со стороны психотерапевтов психодинамической ориентации. Психодинамически-ориентированную психотерапию во многом можно считать «аллопатической». Для «как бы личности» (Э. Дейч), чья способность к тестированию реальности значительно ослаблена, рекомендуется психотерапия, нацеленная на освоение принципа реальности в условиях соответствующей поддержки. Психотерапию, нацеленную на использование целительного потенциала нереалистических фантазий, можно считать «гомеопатической». На наш взгляд, «гомеопатическая» по своей сути психотерапия легко преодолевает то сопротивление изменению, с которым сталкивается «аллопатическая». Способность к тестированию реальности усиливается не вопреки, а благодаря фантазиям, «в малых дозах» рекомендуемых психотерапевтом. Фантазия о возможности понимания является первым шагом к реальному общению с Другим для пациента, чье Богоподобно-Грандиозное Я реализует функцию отторжения Другого. При наличии минимального доверия со стороны пациента, крайне скептически относящегося к возможностям быть понятым Другим, психотерапевт может предложить ему пофантазировать в следующем направлении: «Если бы мы обладали фантастической способностью к пониманию друг друга, чем бы Вы тогда хотели со мной поделиться?» Для пациента, развивающего фантазии о Богоподобности (термин А. Адлера), «пространство людей» настолько небезопасно, что любые попытки психотерапевтического общения на этой территории обречены на неудачу. Создавая вместе с пациентом фантазийное пространство «если бы» и даже там запрашивая разрешения на то, чтобы приблизиться, психотерапевт руководствуется надеждой, что по мере накопления реально пережитого, пусть и на «нереальной территории, где понимание возможно», опыта разделенных чувств, пациент начнет верить в возможность эмоционально-отзывчивого отношения со стороны Другого и все меньше нуждаться в изоляции. Искусственно создаваемое фантазийное пространство «если бы» необходимо как переходное; в противном случае пациент находится под угрозой слишком быстрого попадания из «солипсического вакуума» пространства фантазий в реальность, перенасыщенную «кислородом взаимоотношений», вначале столь же непригодную для естественного дыхания.

Таким образом, тактика психотерапевтического общения с пациентом, чье Богоподобно-Грандиозное Я реализует функцию отторжения Другого, заключается в одновременном принятии норм (точнее, запретов) общения на территории реальных отношений и предложении новых норм общения («не изоляция, а совместность») на территории фантазий. Тем самым обеспечивается необходимый пациенту уровень безопасности для того, чтобы стал возможным первый шаг к эмоциональной близости с Другим.

### Тактики психотерапевтического общения с Агрессивно-грандиозным Я, реализующим функцию разрушения другого

Пациенты, чье Агрессивно-Грандиозное Я реализует функцию разрушения Другого, требуют максимально индивидуализированного подхода. Часто они обречены на неполучение психотерапевтической помощи, которая заменяется массированным психофармакологическим воздействием, иногда даже принудительным. В наибольшей степени это относится к пациентам, чье Агрессивно-Грандиозное Я, реализуя функцию разрушения, обращается с Другим как с «мальчиком для битья», запугивая и «наполняя» страхом. Чтобы избежать страха «быть разрушенным», психотерапевт может вообще отказаться от общения с «антисоциальным типом». Вероятность отказа значительно снижается, если психотерапевт способен к эффективному «контейниирова-нию» чувства страха и владеет конкретными приемами взаимодействия с «несущим разрушение» пациентом. Хотя, при всех усилиях со стороны психотерапевта, постоянно существует угроза «рабочему альянсу» с таким пациентом, следующие приемы психотерапевтического взаимодействия представляются наиболее перспективными по формированию стабильных отношений.

При том, что основной задачей психотерапевта является «контейниирование» страха и, тем самым, демонстрация, принципиальной возможности контроля такого чувства, ему не следует умалчивать об успехе, которым увенчались усилия Агрессивно-Грандиозного Я. Иными словами, психотерапевту не стоит отрицать появления чувства страха под влиянием агрессивных манипуляций пациента, а, наоборот, открыто признаться в своей тревоге за будущее психотерапевтических отношений. Одновременно с этим необходимо высказать уважение к той мощи, которая облечена в агрессивную форму, и выразить надежду, что эта мощь является залогом успешного преодоления тех проблем, которые переживаются пациентом как субъективно-неразрешимые. Таким образом, утверждая, что пациент может добиться успеха («может испугать даже психотерапевта») за счет той силы, какую он проявляет в агрессивных действиях, и предлагая в дальнейшем сфокусироваться на исследовании тех обессиливающих фрустраций, в качестве защиты от которых была освоена агрессивная манера манипулирования Другим, психотерапевт предоставляет пациенту шанс начать участвовать в формировании принципиально иных отношений Я—Другой. Качествами этих новых отношений становятся поддержка и сотрудничество, в противовес насилию и конфронтации. Акцентируя свою неспособность помочь пациенту, когда тот этому всячески противится, психотерапевт тем самым заявляет об отказе от намерений «сделать что-то» вопреки воле и желаниям пациента. Этим психотерапевт гарантирует, со своей стороны, соблюдение «границ» Я—Ты в противовес «вторжению». Утверждение принципа невмешательства в судьбу другого человека имеет принципиальное значение при взаимодействии с пациентом, чье Агрессивно-Грандиозное Я реализует функцию разрушения, «наполняя» Другого страхом.

Существует своя специфика психотерапевтического общения с пациентом, чье Агрессивно-Грандиозное Я реализует функцию разрушения, «наполняя» Другого такими чувствами, как тревога, печаль, растерянность. В этом случае тактика «контейниирования» чувств остается ведущей, однако психотерапевту следует быть повышенно-внимательным к соблюдению баланса между «молчанием» и «озвученным откликом». Молчание психотерапевта дает пациенту возможность высказаться, «наполнить» Другого неподконтрольными чувствами тревоги, печали, растерянности. То, что «наполненный» разрушительными чувствами психотерапевт сохраняет способность «говорить», «откликаться», означает для пациента, что психотерапевт «жив». «Пережить и выжить» является основной обязанностью психотерапевта во взаимодействии с пациентом, чье Агрессивно-Грандиозное Я буквально «умерщвляет» Другого, лишая радости жизни и «наполняя» тревогой и пессимизмом. В тех случаях, когда Агрессивно-Грандиозное Я, выполнив свою функцию разрушения, уступает место Альтруистически-Грандиозному Я, берущему на себя функцию поддержки Неполноценного («неживого») Другого, от психотерапевта уже не требуется столь явно доказывать свою «живучесть». Следует предоставить Альтруистически-Грандиозному Я возможность реализовать функцию поддержки, утверждая этим всемогущество Я.

В принципе, какой бы из способов разрушения Другого ни избрало Агрессивно-Грандиозное Я, всегда существует риск ответной агрессии со стороны Другого. В наибольшей степени этот риск выражен, если Агрессивно-Грандиозное Я прибегает к таким способам разрушения, как «наполнение» Другого чувствами зависти и унижения. На психотерапевта ложится двойная нагрузка: эффективно «контейниировать» не только чувства зависти и унижения, но и часто возникающие вслед за ними чувства раздражения и злости. При этом психотерапевту не следует ограничиваться использованием тактики «контейниирования». Наряду с демонстрацией пациенту принципиальной возможности контроля таких чувств, как зависть, унижение, раздражение, злость, психотерапевт обязан, по нашему мнению, сообщить пациенту о своих переживаниях. Необходимо привлечь внимание пациента к тому деструктивному риску, какой присущ его агрессивной манере общения с Другим. Конечно, вряд ли один разговор с психотерапевтом повлечет за собой устойчивые структурные изменения, но, тем не менее, стоит дать пациенту шанс хотя бы на секунду задуматься, не провоцирует ли он в самом деле насилия в адрес Я.

Обсуждая тактики психотерапевтического общения с пациентом, чье Агрессивно-Грандиозное Я реализует функцию ; разрушения Другого, нельзя не вспомнить два основополагающих принципа, первый из которых сформулирован Х. Кохутом (1977), второй — О. Кернбергом (1995). С нашей точки зрения, они не противоречат друг другу. Согласно Х. Кохуту, агрессия пациента с нарциссической личностной структурой вторична по отношению к дефициту «отзеркаливания», поэтому во всех случаях гнева пациента необходимо выяснить, что в поведении и словах психотерапевта было воспринято как отказ от «отзеркаливания». Согласно О. Кернбергу, следует относиться к проявляющему агрессию пациенту как к ответственному взрослому, не забывая при этом, в силу каких травматических обстоятельств раннего детства тот избрал в качестве защиты идентификацию с агрессором. Относясь к пациенту как к ответственному взрослому, мы считаем возможным прояснение того, как, идентифицировавшись с агрессором, он вновь и вновь вызывает в Другом злость и раздражение, а значит встает на путь опасного для жизни общения с Другим. В то же самое время, относясь к пациенту, чье Агрессивно-Грандиозное Я реализует функцию разрушения, как к жертве насилия, мы считаем необходимой максимальную поддержку. Разделяя представления Х. Кохута о вторичности агрессии при нарциссической личностной структуре по отношению к дефициту «отзеркаливания», мы полагаем, что использование психотерапевтической тактики «отзеркаливания» уместно в первую очередь в тех случаях, когда Агрессивно-Грандиозное Я пациента «наполняет» Другого завистью и стыдом. При этом ведущей тактикой психотерапевтического общения остается «контейниирование». Однако, демонстрируя пациенту принципиальную возможность контроля таких чувств, как зависть и стыд, психотерапевт демонстрирует живой интерес к личности пациента. Конечно, «отзеркаливается» не богатство, которым кичится пациент, но богатство личностных ресурсов, которое пациент порой не ощущает; не моральная чистота, которой он гордится, но способность к духовному очищению, в которой он порой сомневается. Когда Агрессивно-Грандиозное Я пациента прибегает к таким способам разрушения Другого, как «наполнение» его завистью и стыдом, можно думать о своего рода «негативном отзеркаливании» в период раннего детства. Под так называемым «негативным отзеркаливанием» мы понимаем завистливо-обесценивающее отношение к успехам пациента и внушение ему стыда за несовершенство Другим «там-и-тогда». С нашей точки зрения, живой интерес Другого «здесь-и-теперь» к личности пациента является психотерапевтической альтернативой дефициту «позитивного отзеркаливания» любящим Другим «там-и-тогда». Когда Агрессивно-Грандиозное Я пациента стремится «наполнить» психотерапевта завистью и стыдом, психотерапевт просто обязан мобилизовать весь свой творческий потенциал, чтобы увидеть и показать, как в зеркале, уникальную индивидуальность пациента.

### Тактики психотерапевтического общения с альтруистически-грандиозным Я, реализующим функцию поддержки другого

В общении с пациентом, чье Альтруистически-Грандиозное Я реализует функцию поддержки Другого, от психотерапевта требуется толерантность к ощущению себя «беспомощным существом». Следует избегать конфронтации с манипулятивными усилиями Альтруистически-Грандиозного Я, стремящегося, чтобы Другой «впал в зависимость». В ситуации, кажущейся парадоксальной, когда пришедший за помощью пациент озабочен в первую очередь тем, чем он может помочь психотерапевту, не следует спешить с прояснением «кто-что-делает-и-кому». Конечно, необходимо с самого начала объяснить пациенту, что для эффективного построения психотерапевтических отношений требуется наложить ряд ограничений на взаимоотношения субъектов как частных лиц, и что именно поэтому психотерапевт отказывается от любых услуг пациента: от его профессиональной помощи, помощи по благоустройству кабинета и т.д. Таким образом, необходимо с самого начала противостоять отреагированию пациентом вовне фантазий об альтруистическом всемогуществе. В то же время не следует прибегать к фокусировкам на этих фантазиях. Напротив, вполне допустим, по нашему мнению, своего рода «рабочий альянс» с Альтруистически-Грандиозным Я пациента, реализующим функцию поддержки. Формируя такой «рабочий альянс», психотерапевт старается, чтобы большинство его высказываний начиналось с «запроса о помощи». Так, например, предлагая пациенту сфокусироваться на процессе самоисследования, психотерапевт может построить свое высказывание следующим образом: «С тем, чтобы помочь мне лучше понять Вас и то, что Вас заботит, может быть, Вы... (расскажете о, поразмышляете над, поделитесь своими чувствами, опишете свои телесные ощущений и т.д.)». Когда психотерапевт предваряет свои предложения и вопросы просьбой о помощи, он тем самым, не кон-фронтируя с манипулятивными усилиями Альтруистически-Грандиозного Я пациента, облегчает последнему погружение в процесс самоисследования. Высказываясь от лица «вложенной» в него «беспомощности», «неполноценности», психотерапевт инициирует диалог между расщепленными частями Я пациента. «Помогая» психотерапевту, пациент начинает реально помогать себе.

В общении с пациентом, чье Альтруистически-Грандиозное Я реализует функцию поддержки, психотерапевту следует быть предельно внимательным к контрпереносному чувству «обласканности», чтобы не пойти «на поводу» у этого чувства, избежать отреагирования вовне. У психотерапевта, подвергшегося заботливому обращению, может возникнуть желание проводить с деликатно-предупредительным пациентом побольше времени. Манипулятивные усилия Альтруистически-Грандиозного Я пациента как раз и направлены на то, чтобы психотерапевт удлинил время сеанса, увеличил количество сеансов, желал общаться между сеансами, т.е. всегда был рядом. Поэтому психотерапевту необходимо следить за строгим соблюдением временных рамок и привлекать к ним внимание пациента. Напоминая о продолжительности времени сеанса, о том, что «время заканчивается», психотерапевт тем самым создает условия для развития у пациента способности к эффективному тестированию реальности.

В силу нестабильности, свойственной пациенту с тяжелой личностной патологией, ни один из используемых им способов манипулятивного обращения с Другим не является устойчивым. Всякий раз, когда манера обращения пациента с психотерапевтом резко меняется, последний чувствует растерянность. Когда пациент внезапно прекращает обращаться с психотерапевтом в «альтруистической» манере, чувство растерянности, по контрасту с чувством «обласканности», переживается, пожалуй, наиболее болезненно. В этом случае эффективность всей дальнейшей психотерапии во многом зависит от того, в какой мере психотерапевт окажется способным к «контейниированию» чувства растерянности, пришедшему на смену чувству «обласканности».

### Тактики психотерапевтического общения с необыкновенно-грандиозным Я, реализующим функцию внушения восхищения

Ведущей тактикой психотерапевтического общения с пациентом, чье Необыкновенно-Грандиозное Я реализует функцию внушения восхищения, является тактика «отзеркаливания». Вкладывая в понятие «отзеркаливание» несколько разный смысл, и К. Роджерс, и Д.В. Винникотт, и Х. Кохут сходились в том, что считали «зеркало любви» необходимым пациенту, не имевшему такого «зеркала» в период раннего детства. Если понимать под «отзеркаливанием» утверждение уникальности человеческой личности, то становится возможным увидеть в нем не просто частную тактику психотерапевтического взаимодействия, но и цель, и предназначение психотерапии — экзистенциально-гуманистической, психодинамической или любой иной.

Тем большее недоумение вызывает жесткая позиция, все еще занимаемая отдельными представителями отечественной психиатрии, считающими недопустимым «идти на поводу» амбиций так называемых демонстративных личностей и выражать восхищение их талантами. Поскольку пациенты с патологическим нарциссизмом нередко подпадают под категорию «демонстративных личностей», на них обычно распространяется «противошерстная» тактика психокоррекционного воздействия, нацеленная на развенчание «фальшивой грандиозности». Как правило, после такой «коррекции» ряд пациентов начинают учиться жить с убеждением в собственной заурядности, большинство же пациентов начинают учиться жить жизнью Агрессивно-Грандиозного Я, реализующего функцию разрушения. Таким образом, «противошерстная» тактика жесткой конфронтации с манипулятивными усилиями Необыкновенно-Грандиозного Я, реализующего функцию внушения восхищения, является в целом неэффективной.

Заметим, что в самом названии «демонстративная личность» имплицитно содержатся неодобрение и даже осуждение. «Демонстративность» достаточно часто ставится в один ряд с такими качествами, как «лживость», «неискренность», «склонность к преувеличению собственных возможностей» и т.д. Склонность к манипулированию, свойственная «демонстративным личностям» также оценивается негативно-критически. При этом подчеркивается, что психотерапевту следует быть начеку и не дать обмануть себя, не поддаваться чувству восхищения, которое внушают ему «демонстративные личности» своей «необыкновенностью». Сами усилия пациента по созданию «имиджа необыкновенности», как правило, остаются за рамками рассмотрения.

По нашему мнению, как раз с признания и уважения усилий пациента по созданию «имиджа необыкновенности» может и должно начинаться построение психотерапевтического контакта. Даже в самых крайних случаях так называемой «патологической лжи», восхищение вызывает сам полет фантазии пациента. Так, например, вдохновенный рассказ одного из наших пациентов, по профессии певца, о том, как змеи полюбили его за тембр голоса и «сползались» на его пение, вызвал настоящее восхищение. В большинстве же случаев пациенты, Необыкновенно-Грандиозное Я которых реализует функцию внушения восхищения, рассказывают о том, в чем они действительно специалисты, или о том необычном, что действительно происходило в их жизни. Наверное, только в единичных случаях абсолютного культурального несовпадения, психотерапевт не бывает изумлен и восхищен тем, что демонстрирует ему пациент, прилагая к этому значительные усилия. Поэтому, когда психотерапевт старается скрыть от пациента свое искреннее удивление увиденным и услышанным, а часто и восхищение реальными достижениями и умениями пациента, он сам становится тем, кто «фальшивит», что наиболее опасно для нарождающихся отношений контакта. Искреннее удивление психотерапевта и его восхищение уникальностью пациента как раз и могут стать тем «зеркалом любви», в котором остро нуждается пациент по причине отсутствия такого «зеркала» в сензитивные периоды развития. Чувства удивления, изумления и восхищения сами по себе обладают колоссальным психотерапевтическим потенциалом, поскольку в них «отражается» истинная сущность Другого, всегда превосходящего в своих потенциальных возможностях любые стереотипные представления о нем. Психотерапевтическая тактика «отзеркаливания» направлена в первую очередь на поддержание индивидуирующих интенций. Благодаря «отзеркаливанию», становится возможным преодоление тех ложных барьеров, искажающих процесс развития, в обход которым и наращивалась «необыкновенность» Грандиозного Я.

О пациенте, чье Необыкновенно-Грандиозное Я реализует функцию внушения восхищения, справедливо говорят, что он стремится быть «в центре внимания». Именно «центр внимания» является для пережившего дефицит «отзеркаливания» пациента тем «местом», где находится его отчужденный личностный потенциал. По мере накопления опыта «отзеркаливания» восхищением Другого, происходит постепенное «присвоение» личностного потенциала. Пациент приобретает устойчивую толерантность к нахождению «вне центра внимания», поскольку последнее уже не переживается им как трагедия нахождения вне собственного потенциала.

\* \* \*

Тактики психотерапевтического общения, разработанные с учетом форм и функций Грандиозного Я, представлены в таблице 2. Кажущиеся наиболее адекватными на начальных этапах психотерапии, предложенные тактики нуждаются, безусловно, в длительной проверке на эффективность. Их дальнейшая алгоритмизация позволит облегчить начинающим психотерапевтам освоение конкретных приемов психотерапевтического общения с «трудными» пациентами, число которых все возрастает.

Таблица 2

*Тактики психотерапевтического общения с учетом форм и функций Грандиозного Я*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Форма Грандиозного Я | Функция Грандиозного Я | Тактики психотерапии |
| Богоподобно-Грандиозное Я | отторжение Другого | — «контейниирование» контрпереносных чувств обиды и отвергнутости;  — обеспечение пациенту полной свободы выбора оптимальной психологической дистанции;  — предложение пациенту отношений «совместности» на фантазийном пространстве «если бы» в качестве психотерапевтической альтернативы отношениям «изоляции». |
| Агрессивно-Грандиозное Я | разрушение Другого | — «контейниирование» негативных контрпереносных чувств (тревоги, печали, растерянности, стыда, зависти и т.д.);  — соблюдение баланса между молчанием и «озвученным откликом» (молчание психотерапевта необходимо, чтобы пациент мог «наполнить» его болезненными чувствами; демонстрация сохраняющейся способности к речевому общению необходима, чтобы пациент мог убедиться в том, что психотерапевт «жив»);  — эмерджентная тактика общения с пациентом, провоцирующим насилие: прояснение деструктивного риска, присущего привычным для пациента способам общения с Другим;  — открытое признание тревоги за будущее психотерапевтических отношений;  — высказывание уважения к потенциальной силе Я, облеченной в агрессивную форму;  — заявление о принципиальном отказе любого насильственного «вторжения», пусть и с «благими» целями улучшения судьбы» пациента;  — «отзеркаливание» личностной уникальности пациента (в случаях, когда пациент «наполняет» психотерапевта чувствами зависти и стыда). |
| Альтруистически-Грандиозное Я | поддержка Другого | — предотвращение «отреагирования во вне» фантазий пациента об альтруистическом всемогуществе (отказ от любых услуг пациента);  — демонстрация толерантности к ощущению себя «беспомощным существом»;  — построение высказываний таким образом, чтобы они начинались с «запроса помощи», например: «С тем, чтобы помочь мне лучше понять Вас и то, что Вас заботит, может быть, Вы... (расскажете о, поразмышляете над, поделитесь своими чувствами, опишете свои телесные ощущений и т.д.)»;  — предельное внимание к контрпереносному чувству «обласканности» и желанию проводить побольше времени с деликатно предупредительным пациентом, строгое соблюдение временных рамок;  — «контейниирование» чувства растерянности при внезапном, резком прекращении пациентом общения в «альтруистической» манере. |
| Необыкновенно-Грандиозное Я | Внушение восхищения Другому | — «отзеркаливание» личностной уникальности пациента;  — открытое выражение чувств удивления, изумления и восхищения способ костями и успехами пациента;  — поддержка стремления пациента индивидуализации;  — высказывание уважения к усилиям пациента по созданию «имиджа необыкновенности». |

# Заключение

Учитывая амбивалентное отношение пациентов с патологическим нарциссизмом к психологической помощи, их склонность к преждевременному прерыванию психотерапии, следует применять особые психотерапевтические тактики, не конфронтирующие с манипулятивными усилиями Грандиозного Я по утверждению своего всемогущества над Другим. На начальных этапах психотерапии выглядит вполне обоснованным использование, в сочетании друг с другом, и традиционных приемов психодинамически-ориентирован-ной психотерапии (в первую очередь, «контейниирования» и «отзеркаливания»), и технологических наработок коммуникативных теорий, нацеленных на достижение согласия, и способов исследования «пространства фантазий», предлагаемых гештальттерапией и некоторыми другими направлениями гуманистической психологии. При этом ведущая роль отводится тактикам психотерапевтического общения, разрабатываемым в русле психодинамически-ориентированного направления, а объединяющую и интегрирующую функцию по отношению к частным психотерапевтическим действиям выполняют убеждения в неповторимой уникальности существования человеческой личности и целительности встречи Я—Ты, свойственные экзистенциально-гуманистической психотерапии. Важно, чтобы здоровый практицизм собирания всего эффективного опирался на дифференцированные представления об особенностях Грандиозного Я. На начальных этапах психотерапии пациентов с патологическим нарциссизмом наиболее адекватными становятся тактики психотерапевтического общения, принимающие в расчет специфику форм и функций Грандиозного Я в каждом из случаев. Гибкое, индивидуализированное применение психотерапевтических тактик в соответствии с основными! формами Грандиозного Я (Богоподобно-Грандиозное Я, Агрессивно-Грандиозное Я, Альтруистически-Грандиозное Я и Необыкновенно-Грандиозное Я) и реализуемыми им функциями (отторжения, разрушения, поддержки, внушения восхищения) позволяет существенно повысить эффективность психотерапии пациентов с тяжелой личностной патологией, наиболее резистентных к любому виду лечения. Благодаря переживанию большей безопасности, стабильности и свободы, пациент постепенно становится способным поддерживать отношения все более глубокого контакта с психотерапевтом как условно-значимым Другим «здесь-и-теперь». Опыт таких отношений является необходимым условием устойчивых структурных изменений, ведущих к интеграции расщепленных, частичных образов Я в единый целостный образ.

Свое особое место среди тактик психотерапевтического общения занимают эмерджентные тактики взаимодействия с пациентом, провоцирующим насилие. Прояснение деструктивного риска, присущего привычным формам манипулятивного обращения пациента с Другим, является первоочередной задачей психотерапевта, его прямой обязанностью.

При проведении психотерапии пациентов с расщепленным образом Я от психотерапевта требуется повышенное внимание к контрпереносным чувствам. По механизму проективной идентификации пациент «вкладывает» в психотерапевта неприемлемую часть Я, «сохранность» которой впрямую зависит от способности психотерапевта к контролю болезненных переживаний, таких, как отвергнутость, тревога, печаль, растерянность, зависть, унижение, стыд, страх и другие. Однако самоконтроль психотерапевта, в противовес свойственному пациенту отреагированию вовне, не должен перерастать в сверхконтроль, затрудняющий непосредственное выражение чувств, необходимое для формирования отношений контакта. Выражая живой интерес к личности пациента, восхищение его уникальностью, благодарность за попытки заботы, пусть и не совсем альтруистические, психотерапевт утверждает само существование Я пациента, находящееся под угрозой разрушения. Поскольку в психотерапевтическом общении с пациентами с патологическим нарциссизмом принцип опоры на контрпереносные чувства является одним из ведущих, то прохождение психотерапевтом супервизии становится решающим условием повышения его профессионализма.

# Литература

Антология современного психоанализа / Под ред. А.В.Россохина. М., 2000. Т. I.

Блюм Г. Психоаналитические теории личности. М., 1996.

Зайдлер Г.Х. Клинические аспекты деструктивных сторон нарциссизма// Московский психотерапевтический журнал. 1997. № 2. С.25-37.

Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения. СПб., 1997

Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. М., 1998.

ЛапланшЖ., ПонталисЖ.-Б. Словарь по психоанализу. М., 1996.

Лэйнг Р.У. Разделенное Я. Киев, 1995.

Мак-Вильяме Н. Психоаналитическая диагностика. М., 1998.

Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа. СПб., 1995.

Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М., 1994.

Соколова Е. Т. Базовые принципы и методы психотерапии пограничных личностных расстройств// Соколова ЕЛ., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995. С. 165—206.

Соколова Е. Т. Изучение личностных особенностей и самосознания при пограничных личностных расстройствах // Соколова Е. Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995. С.27—164.

Соколова Е. Т. Общая психотерапия. М.: Тривола, 2001.

Соколова Е. Т., Чечельницкая Е.П. Моделирование тактик психотерапевтического взаимодействия при основных типах личностных расстройств//Журнал практического психолога. 1998. № 8. С.61— 80.

Томэ X., Кэхеле X. Современный психоанализ: В 2 т. М., 1996.

Фрейд 3. О нарциссизме // Фрейд 3. Очерки по психологии сексуальности. Минск, 1997. С.117—144.

Фрейд 3. Печаль и меланхолия // Психология эмоций. Тексты. М., 1984. С.203—211.

Фрейд 3. По ту сторону принципа удовольствия // Фрейд 3. Психология бессознательного. М., 1990. С.382—424.

Фрейд 3. Три очерка по теории сексуальности // Фрейд 3. Психология бессознательного. М., 1990. С.123—201.

Чечельницкая Е.П. Психология нарциссизма//Журнал практического психолога. 1999. № 5—6. С.43—84.

Чечельницкая Е.П. Стратегии манипулятивного общения у пациентов с искажением образа Я при пограничной личностной организации. Дисс.... канд. психол. наук. М, 1999. Энциклопедия глубинной психологии / Под общ. ред. А.М.Боковикова. М., 1998. Т. 1. Akhtar S., Thomson A. Overview: narcissistic personality disorder // Am. J. Psychiatry. 1982. Vol. 139. P. 12—20.

Bacal H. British object relations theorists and self-psychology: some critical reflections// Int. J. Psychoanal. 1987. Vol. 68. P.81—98.

Bach S. On the narcissistic state of consciousness // Int. J. Psych-Anal. 1977. Vol. 58. P.209-233.

Bach S. On narcissistic fantasies // Int. R. Psychoanal. 1977. Vol. 4. P.281-298.

Balint M. Primary narcissism and primary love // Psychoanal. Quart. 1960. Vol. 29. P.6-43.

Bion W. Attacks on linking. L., 1962.

Bursten B. The relationship between narcissistic and antisocial personalities// Psych. Clin. North Am. 1989. Vol. 12(3). P.571-584.

Chetnik M. Levels of borderline functioning in children // Amer. J. Orthopsych. 1986. Vol. 56. P. 109-119.

Curtis J.M., Cowell D.R. Relation of birth order and scores on measures of pathological narcissism // Psychological Reports. 1993. Vol. 72(1). P.311-315.

Deitz J. The psychodinamics and psychotherapy of depression: contrasting the self-psychological and the classical psychoanalytical approaches //Am. J. of Psychoanal. 1991. Vol. 51(1). P.61-73.

Donaldson-Pressman S., Pressman R.N. The narcissistic family: Diagnosis and treatment. N.Y, 1994.

Dowson J.H. DSM-III-R narcissistic personality disorder evaluated by patients' and informants self-report questionnaires: relationships with other persionality disorders and a sense of entitlement as an indicator of narcissism // Comprehensive Psychiatry. 1992. Vol. 33(6). P.397-406.

Epstein L. The therapeutic use of transference data with borderline patients //Contemp. Psychoanal. 1979. Vol. 15. P.248-275.

Fairbairn W.R.D. Psychoanalytic studies of the personality. L., 1966.

Gabbard G.O., Twemlov S.W. The role of mother-son incest in the pathogenesis of narcissistic personality disorder//J. of Am. Psychoanal. Assoc. 1994. Vol. 42(1). P. 171-189.

Greenacre P. The biological economy of birth // Psychoanal. study of the child, 1945. Part 1. P.31-51.

Glickauf-Hughes G. Etiology of the masochistic and narcissistic personality //Am. J. of Psychoanal. 1997. Vol. 57(2). P.141-148.

Grunberger B. Narcissism. N.Y, 1979.

Haaken J. Sex differences and narcissistic disorders // Am. J. of Psychoanal. 1983. Vol. 43(4). P.315-324.

Jacobson E. The self and the object word. N.Y, 1964.

Joffe W., Sandier J. Some conceptual problems involved in the consideration of disorders of narcissism // J. Child Psychoth. 1967. Vol. 56(2). P. 17-31.

Karasu J.B. Conflict and deficit: toward an integrative vision of Self// Am. J. of Psychoanal. 1995. Vol. 55(3). P.279—288.

Kavaler-Adler S.Object relations issues in the treatment of the preoedipal character//Am. J. of Psychoanal. 1993. Vol. 53(1). P.19—34.

Kernberg O.F. Agression and transference in severe personality disorders. (Presentation at Ochsner's Clinic. Second annual seminar with the Experts). Feb., 1995. Internet site.

Kernberg O.F. Borderline conditions and pathological narcissism. N.Y, 1975.

Kernberg O.F. Severe personality disorders. New Haven; London, 1984.

Kernberg О. F. The nature of interpretation: intersubjectivity and the third position // Am. J. of Psychoanal. 1997. Vol. 57(4). P.297-312.

Kernberg O.F., Seller A.M., Koeningsberg H. W., CarrA.C., Appelbaum A.M. Psychodynamic psychotherapy of borderline patients. N.Y, 1989.

Klein M., Heimann P., Isaacs S., Riviere J. Developments in psychoanalysis. L., 1952. Vol. 43.

Kohut H. The analysis of the self. N.Y., 1971.

Kohut H. The restoration of the self. N.Y., 1977.

Kohut H. The two analyses of Mr. Z. // Int. J. Psychoanal. 1979. Vol. 60(3). P.3-27.

Kohut H. & Wolf E. The disorders of the self and their treatment: an outline // Int. J. Psychoanal. 1978. Vol. 59. P.413-425.

Kullgren G. An empirical comparison of three different borderline concepts //Acta Psych. Scand. 1987. Vol. 76. P.246-255.

Kroll J., Sines L., Martin K. etal. Borderline personality disorders // Arch. Gen. Psych. 1981. Vol. 38. P. 1021-1026.

Leavy S.A. Against «narcissism» // Psychoanalysis & Contemporary Thought. 1996. Vol. 19(3). P.403-424.

Mahler M. On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. L., 1969.

Masierson J.F. The narcissistic and borderline disorders. N.Y., 1981.

Miller A. Prisoners of childhood: the drama of the gifted child and the search for the true self. N.Y., 1975.

Mitchell A. The borderline diagnosis and integration of the self// Am. J. of Psychoanal. 1985. Vol. 45(3). P.234-250.

Mitchell S.A. Heinz Kohut's theory of narcissism // Am. J. of Psychoanal. 1981. Vol. 41 (4). P.317-325.

Modell A. Affects and their noncommunication // Inter. J. Psychoanal. 1980.Vol.61.P.259-268.

Modell A.A. Narcissistic defense against affects and the illusion of self-sufficiency//Intern. J. Psychoanal. 1975. Vol. 56. P.275—282.

Mollon P., Parry G. The fragile self: narcissistic disturbance and protective function of depression // British J. of Med. Psychol. 1984. Vol. 57. P.137-145.

Nelson H.F., Tennen H., Tasman A. Comparison of three systems for diagnosing borderline personality disorders // Am. J. Psychiatry. 1985. Vol. 142. P.855-858.

Patric J. Therapeutical ambiance in the treatment of severely disturbed narcissistic personality disorders // Am. J. of Psychoanal. 1985. Vol. 45(3). P.258-267.

Reich A. Narcissistic object choice in women // J. Am. Psychoanal. Assoc. 1953. Vol. l.P.22—44.

Reich J., Frances A. The structural interview method for diagnosing borderline disorders // Psych. Quart. 1984. Vol. 56. P.229—235.

Rendon M. Narcissus revisited: a venture outside of the intrapsychic // Am. J. of Psychoanal. 1981. Vol. 41(4). P.347-354.

Robbins M. A Fairbairnian object-relations perspective on self-psychology //Am. J. of Psychoanal. 1992. Vol. 52(3). P.247-261.

Ronningstam E., Gunderson J. Narcissistic personality: a stable disorder or a state of mind. Feb. 1996. Internet site.

Ronningstam E., Gunderson J., Lyons M. Changes in pathological narcissism //Am. J. of Psychiatry. 1995. Vol. 152(2). P.253-257.

Rosenfeld H. On the psychopathology of narcissism: a clinical approach // Int. J. Psychoan. 1964. Vol. 45. P.332-337.

Rosenfeld H. A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts. An investigation into the aggressive aspects of narcissism// I nt. J. Psychoanal. 1971. Vol. 52. P.169-178.

Schoenwolf G. Soiling and the anal-narcissistic character // Am. J. of Psychoanal. 1997. Vol. 57(1). P.47-62.

Searles H.F. Separation and loss in psychoanalytic therapy with borderline patients: further remarks // Am. J. of Psychoanal. 1985. Vol. 45(1). P.9-27.

Seinfeld J. Interpreting and holding. N.Jersey, 1993.

Svrakic D.M. Clinical approach to the grandiouse self // Am. J. of Psychoanal. 1987. Vol. 47(2). P. 167-179.

Svrakic D.M. Pessimistic mood in narcissistic decompensation // Am. J. of Psychoanal. 1987. Vol. 47(1). P.58-71.

Svrakic D M The real self of narcissistic personalities: a clinical approach //Am J. of Psychoanal. 1986. Vol. 46(3). P.219-229.

Svrakic D.M., McCallum K., Milan P. Developmental, structural and clinical approach to narcissistic and antisocial personalities // Am. J. of Psychoanal. 1991. Vol. 51(4). P.413-432.

Tuttman S. Otto Kernberg's concepts about narcissism // Am. J. of Psychoanal. 1981. Vol. 41(4). P.307-315.

Volkan V. Transitional fantasies in the analysis of narcissistic personality //J. Am. Psychoanal. Assn. 1973. Vol. 21. P.351-356.

Winnicott D.W. The maturational processes and the facilitating environment. L., 1965.

# Оглавление

Введение 1

1. Классические исследования нарциссизма в психоанализе 1

1.1. Базовые представления о нарциссизме 1

1.2. Первичный и вторичный нарциссизм 4

1.3. Нарциссизм и характер: классическая и современная точки зрения 6

2. Современные психодинамические подходы к изучению нарциссизма 7

2.1. Кляйнианский подход: концепция деструктивного нарциссизма Герберта Розенфельда 7

Психотерапия 10

2.2. Подход психологии Я: хайнц кохут 10

Сравнение взглядов Х. Кохута и В.Р.Д. Фэрберна 12

Психотерапия 13

2.3. Структурный подход Отто Кернберга 15

О. Кернберг о подходе Г. Розенфельда 17

О. Кернберг о подходе X. Кохута 17

Психотерапия 19

Критика подхода О. Кернберга 20

3. Нарциссическое расстройство личности 20

3.1. Определение и диагностические критерии Нарциссическое расстройство личности 20

3.2. Этиология нарциссического расстройства личности 21

3.3. Дифференциальный диагноз 23

4. Области изучения патологического нарциссизма 27

4.1. Особенности нарциссической депрессии 27

4.2. Феноменология реального Я и грандиозного Я при патологическом нарциссизме 31

5. Тактики психотерапевтического общения, учитывающие специфику грандиозного Я 34

5.1. Проблема амбивалентного отношения к психотерапевтической помощи при патологическом нарциссизме 34

5.2. Формы и функции грандиозного Я при патологическом нарциссизме 37

Богоподобно-грандиозное Я: функция отторжения другого 38

Агрессивно-грандиозное Я: функция разрушения другого 38

Альтруистически-грандиозное Я: функция поддержки другого 40

Необыкновенно-грандиозное Я: функция внушения восхищения другому 40

5.3. Разработка тактик психотерапии с учетом форм и функций грандиозного Я 41

Тактики психотерапевтического общения с Богоподобно-грандиозным Я, реализующим функцию отторжения другого 42

Тактики психотерапевтического общения с Агрессивно-грандиозным Я, реализующим функцию разрушения другого 43

Тактики психотерапевтического общения с альтруистически-грандиозным Я, реализующим функцию поддержки другого 46

Тактики психотерапевтического общения с необыкновенно-грандиозным Я, реализующим функцию внушения восхищения 47

Заключение 50

Литература 51

Оглавление 55