

Матиас Ломер и Коринна Вернц

9 Нарциссизм и Терапия фокусированная на переносе (ТФП)*

Введение

Терапия фокусированная на переносе (ТФП) была разработана как метод для лечения тяжёлых личностных расстройств (Йоманс и др., 2017). Эта глава представляет специальный подход для лечения пациентов с Нарциссическим расстройством личности (НРЛ).

Особое внимание в ТФП – в отличие от, например, Структурно-ориентированной психотерапии Рудольфа (2013) или Терапии основанной на ментализации (Бейтман и Фонаги, 2014) – уделяется адекватной интерпретации проявления расстройства в терапевтических отношениях (интерпретации переноса патогенных моделей), а не поддерживающему лечению дефицитов саморегуляции и функций Я. Последовательная работа с паттернами отношений направлена на изменение паттернов привязанности, ментализации и идентичности, а значит и внутренних объектных отношений (Глава 5). Научные данные (например, Кларкин и др., 2007) подтверждают эффективность этого метода в области структурных изменений. Актуальным направлением развития является ТФП-Н для Нарциссического расстройства личности (Даймонд и др., 2011, 2022; Кернберг, 2006, 2021; Ломер, 2013).

Отличительные особенности по сравнению с другими расстройствами заключаются прежде всего в высокой уязвимости по отношению к интерпретациям терапевта, воспринимаемым как «нечуткие», и в нарциссической ярости, являющейся следствием нарциссического оскорбления.

Характерная динамика идеализации и обесценивания может привести к серьезным трудностям для терапевта в контрпереносе вплоть до экзистенциальных сомнений в собственных способностях.

* Эта глава представляет собой переработанную версию следующей оригинальной публикации: Ломер М., Вернц К. (2019). Нарциссизм и Терапия фокусированная на переносе (ТФП).

9.1 Структурный диагноз

9.1.1 Дифференциальная диагностика

ТФП рассматривает Нарциссическое расстройство личности, основанное на пограничной организации личности по определению Кернберга (Йоманс и др., 2017).

Для того чтобы работать с нарциссическими пациентами более целенаправленно и насыщенно опытом, а значит, с меньшим чувством беспомощности и перегруженности, необходима тщательная первоначальная диагностика, которая поможет нам не путать «нарциссические» проявления при психических заболеваниях с непосредственно самим Нарциссическим расстройством личности. Диагностика также позволяет нам оценить различные проявления Нарциссического расстройства личности, поскольку от этого зависят различные технические подходы к лечению.

Отличие от Пограничного расстройства личности (ПРЛ)

При Пограничном расстройстве личности (ПРЛ) в узком смысле преобладают диффузия идентичности, импульсивность и быстрая смена настроения, низкая толерантность к тревоге, часто наблюдаются самоповреждения и открытая агрессия. За явно обесцененным представлением о себе скрывается ядро ощущения всемогущества. Ранние значимые для пациента люди часто также описываются в терминах пограничной патологии.

В отличие от этого нарциссические личности описывают менее эмпатичную, холодную, иногда злобную и эгоистичную, но тем не менее «особенную» родительскую репрезентацию. Они сообщают о неадекватном восхищении в ретроспективе, а также о поиске кумиров, которым подражали с целью слияния (Глава 10). В отличие от ПРЛ, самость более целостна и менее подвержена риску регрессивной фрагментации. Я-концепция «раздута», с лежащей в основе стыдливой саморепрезентацией, жаждущей позитивного внимания. Поэтому особенностью нарциссического расстройства является формирование «Грандиозного Я», которое часто призвано отразить сильный стыд из-за переживания собственной глубокой неадекватности. Эта структура, описанная также Кохутом (1979) и селф-психологией, понимается в ТФП как слитая структура: идеальный объект, идеальное Я и реальное Я сливаются воедино. Грандиозное Я создает кажущуюся целостность, благодаря чему нарциссические пациенты изначально кажутся более здоровыми и менее проблемными в общении, чем классические пациенты с Пограничным расстройством личности, в том числе в своей профессиональной жизни. Однако в то же время они демонстрируют более серьезное нарушение способности к близости, чем пациенты с другими расстройствами личности: отношения носят функциональный характер и направлены на поддержку саморегуляции. Поэтому нарциссический пациент страдает от внутренней пустоты и испытывает недостаток в удовлетворяющих внутренних объектах.

Отличие от Гистрионного расстройства личности

Сходство здесь заключается в демонстративном, эксгибиционистском, драматичном, а иногда и соблазняющем поведении. В отличие от гистрионных личностей, нарциссы склонны к эксплуатации и холодности, реагируют на оскорбления с сильным гневом, часто проявляют садистские наклонности, их эмпатия часто нарушена и выражается скорее только на когнитивном уровне и демонстративно инсценируется (развитая способность распознавать слабые стороны других людей и называть их в оскорбительной форме). Гистрионная личность (Глава 13), напротив, более гуманна, тепла, игрива, ярка, несерьезна и более способна к амбивалентности, менее «стратегически» ориентирована на цели повышения самооценки (Таблица 9-1).

Отличие от Параноидного расстройства личности

Сходство может заключаться в одинаковом внешнем проявлении холодной грандиозности, пренебрежения, трудности в принятии критики, хронической зависти и ощущении своих особых прав. В отличие от нарциссической личности, у параноидной личности преобладает постоянный поиск «предательства лояльности» и скрытых нападок со стороны других (Глава 12). Чувство юмора отсутствует, непринужденное взаимодействие с другими невозможно, доминирует ориентированное на детали, резкое, жесткое, нацеленное на ошибки и угрозы восприятие мира. Нарциссические личности, напротив, обладают обаянием, привлекающим внимание, и навыками соблазнения, более гибки в содержательном плане и часто имеют выраженное чувство иронии – пока это касается других людей, – но их внимание к реальным обстоятельствам и деталям менее выражено (Таблица 9-1).

Отличие от “Как будто” личности *

Сходства включают в себя отсутствие или нарушение аутентичности, сильный моральный релятивизм и подражание идеализированным людям (пример из фильма: «Голдхаммер, отставная шлюха», 2023, Андре Круммеля и Бена Якова). Различия проявляются в том, что «Как будто» личности имеют меньший доступ к своим агрессивным аффектам, могут быстро менять окружение и близких людей, поскольку они производят впечатление «скучных», а их способность к соперничеству и инсценировке** ниже. В отличие от этих людей, нарциссы проявляют меньшую внушаемость, у них преобладает иногда мстительный гнев, а их межличностная констелляция характеризуется постоянной конкуренцией и неспособностью соблюдать границы поколений (Таблица 9-1).

* спектр диссоциированных расстройств, выделенный в немецкой классификации в отдельную категорию (прим. Э.Беляевой)

** В данном контексте слово «инсценировка» подразумевает поведенческое разыгрывание, внешнюю демонстрацию переживаний и ролей, которые на самом деле не проживаются аутентично изнутри.

«Как будто» личность имитирует «нормальные» чувства, связи, интересы – живет «как будто» жизнью, но не чувствует того, что выражает из-за отсутствия подлинной идентичности. (прим. М.Куановой с помощью AI)

Нарциссическое РЛ	Гистрионное РЛ	Общее
-------------------	----------------	-------

• скорее использующий (других) и холодный • сильный гнев как реакция на обиду • часто садистские аффекты • ориентирован на цели повышения самооценки	• более человечный, тёплый, игривый, яркий, несерьёзный • большая способность к амбивалентности	• демонстративное, эксгибиционистское, драматичное и иногда соблазняющее поведение
Нарциссическое РЛ	Параноидное РЛ	Общее
• обаяние, стремление привлечь внимание и искусство соблазнения • более гибкий в содержательном плане • часто выраженное чувство иронии — пока это касается других • слабое внимание к реальности и деталям	• постоянный поиск «предательства» и скрытых атак со стороны других • отсутствие чувства юмора • жёсткое, ориентированное на угрозы восприятие мира, сосредоточенное на деталях	• фасад холодной грандиозности • обесценивание • трудности в принятии критики • хроническая зависть • ярко выраженное ощущение своих особых прав
Нарциссическое РЛ	«Как будто» РЛ	Общее
• Менее внушаемый • Иногда мстительная ярость • Постоянное соперничество с другими • Не уважают границы поколений	• Меньше доступа к агрессивным эмоциям • Окружение и близкие могут быстро сменяться, потому что кажутся «скучными» • Снижена способность к	• Отсутствие или нарушение аутентичности • Сильный моральный релятивизм • Подражание идеализированным

Таблица 9-1: Сходства и различия между Нарциссическим расстройством личности и другими патологиями (Гистрионное расстройство личности, Параноидное расстройство личности, расстройство личности «Как будто»)

9.1.2 Личности с нарциссическими чертами на невротическом уровне

«Здоровый» взрослый нарциссизм является выражением здорового чувства собственного достоинства и включает радость от самореализации и позитивного отклика, способность к «здоровой демонстрации себя» и открытости в группах и на публике — а также способность питаться «хорошими» внутренними объектами и не зависеть постоянно от внешнего подтверждения.

Дефицит самооценки более распространен на невротическом структурном уровне — нарциссический дефицит тут компенсируется талантом, успехом и властью. При прекращении внешнего одобрения, могут возникнуть легкие нарциссические кризисы — способность к отношениям и рефлексии

присутствует, но уязвимость/обидчивость и стыд явно выражены. Часто это «успешные нарциссы» (таблица 9-2).

9.1.3 Патологический нарциссизм

На более высоком пограничном структурном уровне (Глава 1) мы находим «тонкокожего» или «либидинозного» (Розенфельд, 1989) нарцисса. Мы также называем их «теплыми» нарциссами. В этом случае мы говорим о Нарциссическом расстройстве личности. Грандиозное Я доминирует, и присутствует сильное желание слиться с идеализированным объектом. Отношения трудно поддерживать, и они характеризуются моделью идеализации и обесценивания. Эти люди очень болезненно реагируют на критику. Периодически случаются депрессивные эпизоды, когда Грандиозное Я теряет устойчивость. На этом структурном уровне мы также часто встречаем «успешных» нарциссов.

На среднем уровне пограничной структуры уже проявляется явная слабость эго, сопровождающаяся суицидальностью, зависимостью и тяжелыми нарциссическими кризисами – часто это «неудачливые» нарциссы.

Люди с патологическим нарциссизмом могут обращаться за терапией в кризисных и переходных ситуациях (разрыв с партнером, профессиональная неудача, хроническая зависимость, тяжелая болезнь, старение) и – при использовании модифицированной техники (Раздел 9.3) также получают значительную пользу от психотерапии (Таблица 9-2).

9.1.4 Злокачественный нарциссизм

Мы определяем «толстокожих», «деструктивных» (Розенфельд, 1989) или «холодных» нарциссов, которые, как правило, находятся на низком пограничном структурном уровне, как расстройство личности, при котором Грандиозное Я пронизано эго-синтонной агрессией и садистскими предшественниками Супер-Эго. Преобладают зависть и деструктивность, а также очевидны антисоциальные черты. Эти пациенты демонстрируют очевидную самодостаточность и выраженные функционально-манипулятивные отношения с другими. Когда их равновесие находится под угрозой, можно наблюдать явно агрессивное и устрашающее внешнее поведение. Деструктивная, кажущаяся самодостаточной, сильная часть «Я» идеализируется; внутренний мир находится во власти «внутренней банды», которая держит ищущие отношений части личности «под контролем» или «в заложниках». Для окружающих эти люди часто кажутся «угрожающими нарциссами». Люди со злокачественным нарциссизмом редко обращаются за психотерапией по собственной инициативе, поскольку боятся зависимости от терапевта. Такой контакт чаще всего происходит во время тяжелых кризисов и сложных ситуаций, но обычно он сохраняется только до тех пор, пока не будет достигнута определенная степень стабилизации. Таким образом, терапия может быть использована в качестве средства для восстановления Грандиозного Я (Таблица 9-2).

9.1.5 Антисоциальное расстройство личности

Данная формация (Глава 11) может рассматриваться как крайняя форма злокачественного нарциссизма. В дополнение и в рамках массивной патологии

Супер-Эго, выделяется массивная выраженность агрессии, почти исключительно эго-синтонной, генерализованное отрицание социальных ценностей и норм, а также выраженная способность и готовность к обману и соблазнению. Таким образом, отсутствует внутренний корректирующий фактор (коррекция изнутри невозможна). Относительное отсутствие страха и связанное с этим плохое усвоение опыта приводят к отсутствию реалистичного страха наказания, то есть к ориентации на внешние, неприятные ограничения, вызванные личными (потеря отношений), социальными (санкции в школе, на работе) или государственными (тюремное заключение, арест) процессами и мерами. Крайнюю степень проявления этого расстройства мы называем психопатией. Пациенты с Антисоциальным расстройством личности обычно лечатся в области судебной психотерапии. Терапевтические службы должны всегда помнить о риске того, что пациенты будут использовать психотерапию не для осознания и коррекции поведения, а для приобретения навыков, позволяющих улучшить их способность манипулировать своим окружением (Табл. 9-2).

9.2 Терапевтический контракт

В начале терапии, после сбора анамнеза и прояснения мотивации к лечению, совместно разрабатывается терапевтический контракт, который фиксирует обязанности как терапевта (регулярный и надежный сеттинг), так и пациента, и служит основой для прояснения происходящего в кризисных ситуациях. В зависимости от аспектов нарциссического расстройства в контракт включаются типичные проблемы поведения и отношений.

- У "тонкокожих", патологических нарциссов: фокус на паразитическом образе жизни и вторичной выгоде от болезни. Поскольку этих пациентов, по сравнению с "обычными" пациентами с Пограничным расстройством личности, часто считают "слишком здоровыми", контракт необходимо постоянно обновлять и адаптировать после соответствующих "сюрпризов" в процессе терапии. Терапевту следует следить за тем, чтобы не терпеть паразитический образ жизни пациента (например, финансирование жизни родителями или государственную поддержку без реальной необходимости), антисоциальные взгляды "ради мира и согласия" и "для укрепления рабочего альянса", и не быть втянутым в нарциссический мир.
- У "толстокожих", злокачественных нарциссов: фокус на эксплуататорско-манипулятивном отношении и антисоциальных чертах. Эти пациенты, как правило, обращаются за лечением только в случае сильных кризисов и иногда скрывают свои антисоциальные черты от себя и терапевта с помощью "двойной бухгалтерии" - то есть более или менее сознательной, ситуативной нечестности. Терапевт может и даже обязан быть "подозрительным" и должен превентивно и открыто обосновывать это пациенту.

	Нарциссизм на невротическом уровне	Патологический нарциссизм	Злокачественный нарциссизм	Антисоциальное расстройство личности
Уровень структуры личности	Невротическая организация личности	Более высокий и средний уровень пограничной структуры личности	Как правило, более низкий уровень пограничной структуры личности	Более низкий уровень пограничной структуры личности
Характеристики	Ярко выраженная ранимость и переживание стыда. Компенсация посредством таланта, успеха и власти.	Низкая толерантность к критике. Модели идеализации и обесценивания в отношениях.	Преобладание зависти и деструктивности. Антисоциальные черты.	Массивная агрессия. Готовность к обману и соблазнению. Отрицание социальных ценностей и норм
Мотивация к терапии и перспективы успеха	Хорошая мотивация и прогноз, техника лечения должна учитывать сильную ранимость.	Начало терапии в кризисных и пороговых ситуациях. При адаптированной технике терапии хорошие перспективы успеха.	Редко самостоятельное принятие решения о начале терапии. Часто преждевременное прекращение, как только достигнута определенная стабилизация.	Лечение, как правило, в судебном контексте. Опасность того, что терапия будет использована в антисоциальных целях

Таблица 9-2: Сопоставление различных проявлений нарциссического континуума с точки зрения уровня структуры личности, характеристик, а также мотивации к терапии и перспектив успеха

9.3 Терапевтическая позиция и техника лечения

9.3.1 Основные элементы терапевтической позиции

1. Индивидуальная терапия с четкими рамками и гибкими соглашениями, поскольку этих пациентов изначально трудно лечить в групповом формате. Там они поначалу часто занимают лидирующую позицию, но через некоторое время из-за своей эгоцентричности попадают в роль аутсайдера. В индивидуальной терапии терапевт может хорошо дозировать свои интервенции и быстро заняться переносом в настоящем моменте.
2. Необходимо интерпретировать функцию всемогущего контроля и гнева как защиту от угрозы хрупкому балансу Грандиозного Я. Нарциссические модели, соответственно, рассматриваются как неудачные попытки стабилизации самооценки в их защитном и деструктивном аспектах.
3. Микроанализ каждой текущей ситуации переноса за "последние 10 минут" терапевтической сессии (Джозеф, 1989) создает общий метауровень.
4. Необходима определенная степень отзеркаливания (Кохут, 1979), которая валидизирует пациента. Следует допускать первоначальную доброкачественную идеализацию терапевта. В целом, необходим хороший баланс между отзеркаливанием (валидацией) и интерпретацией.
5. Однако со временем в ходе терапии необходимо снижать патологическую идеализацию (проекцию собственного Грандиозного Я). В благоприятном случае терапевт, через восприятие его как наконец-то хорошего, надежного родительского объекта, становится прототипом для успешной интернализации опыта хороших отношений.
6. Типичную обесценивающую критику пациентов в адрес терапевтов следует рассматривать в так называемых терапевт-центрированных интерпретациях (Стайнер, 1993) ("Кажется, что я не могу Вас понять и безнадежно неадекватен..."). В такой "терапевт-центрированной интерпретации" акцент делается на непосредственном опыте пациента с терапевтом. Таким образом, пациент чувствует себя понятым, может терпеть активность терапевта и использовать его в качестве образца для подражания в отношении к своим собственным недостаткам.
7. Интерпретация обидчивости и стыда как поводов для защиты должна осуществляться тактично. Если признается понятная чувствительность пациента и самоуничижение вплоть до потери себя, то ему будет легче принять интерпретацию нарциссической защиты Грандиозного Я.

9.3.2 Ранняя фаза лечения: Фокус на последствиях грандиозности

Грандиозное Я не подвергается прямой конфронтации ("Здесь Вы снова ставите себя выше своих коллег"), а помещается в контекст ("Когда Вы чувствуете критику, для Вас важно

иметь возможность чувствовать себя выше коллег"). Затем можно назвать и "цену" "преимуществ" Грандиозного Я ("Сначала это заставило Вас чувствовать себя лучше, но теперь Вы страдаете от того, что Ваше поведение поставило Вас в положение аутсайдера среди Ваших коллег").

Фокус постоянно переключается с описания "сцены" здесь и сейчас на совместное рассмотрение проблемных областей, которые были определены в начале (терапии), например, ухудшение профессионального функционирования или трудности с близостью. Это постоянно напоминает пациенту, почему он должен рисковать, подвергая сомнению свое Грандиозное Я.

Теперь может возникнуть стремление к "более подлинному", более устойчивому или "Реальному" Я. Из-за постоянной ориентации на Идеальное Я потребности и способности Реального Я структурно затеняются, что приводит, например, к "синдрому самозванца" и внезапным тревожным вспышкам.

В идеале отношения с терапевтом могут стать экспериментальной моделью отношений Реального Я с доброжелательным объектом. Таким образом, новые внешние объектные отношения посредством интернализации постепенно становятся новыми внутренними объектными отношениями. Это инициирует и характеризует среднюю фазу лечения.

9.3.3 Осложнения и техника лечения

Динамика Грандиозного Я, как защитного образования, и специфические паттерны защиты расщеплением и идеализацией/обесцениванием вызывают особые осложнения. Однако, если они распознаны и поняты, с ними можно эффективно работать.

1. Грандиозное Я может скрывать более специфические диады объектных отношений. Тогда кажется, что у пациента нет конкретного переноса на терапевта, как будто терапевт скорее "нейтральный человек" или эксперт/коуч, которого нанимают, как и многих других "поставщиков услуг" – но именно в этом избегании либидинозного или даже агрессивного и более конкретного переноса и заключается текущий перенос!

2. Нарциссическая ранимость и гнев. Пациент может считать сочувствующего, но отстраненного терапевта вуайеристом или эксплуататором или дискредитировать его, интерпретации могут восприниматься как столкновение, критика или нападение (Клинический пример №1).

3. Нападение на познание, обучение и мышление как защита от зависти и чувства зависимости. Замечания терапевта обесцениваются как "нелепые", "банальные" или "как из учебника", так что сам терапевт рискует поставить под сомнение собственную креативность, подчиниться, чтобы избежать едкой критики и мучительного негативного переноса. Переходное пространство идей, гипотез и ассоциаций разрушается, метафоры (как и другие формы первичного процесса) затрудняются конкретным мышлением. Происходит в лучшем случае когнитивное обучение без эмоционального понимания. Это сопротивление следует интерпретировать на ранней стадии, конечно, в контексте лежащих в его основе проблем страха обесценивания и последствий зависти. Таким образом

непрерывно стимулируются самонаблюдение и ментализация (способность видеть себя со стороны глазами другого) (Клинический пример №1).

4. *Деструктивная идеализация.* Даже если был получен инсайт, например, относительно описанного выше контекста, он как бы рассеивается, не оказывает никакого воздействия, не прорабатывается и не интернализируется. Вместо этого, он часто служит только переживанию великолепного соучастия – “Мы двое – отличная команда, идеальная пара!”. В совместной идеализации часто упускается из виду “рассеивание” инсайта. Здесь особенно важна тщательная проверка контрпереноса: Испытываю ли я в настоящее время общий восторг с пациентом? Критически ли я проверяю, действительно ли он работает с моими вопросами, разъяснениями или интерпретациями и адекватно ли реагирует на них? Если терапевт замечает сопротивление деструктивной идеализацией, он решает его в контексте защитных целей.

5. *Деструктивное обесценивание.* Высказывания терапевта постоянно отвергаются как “неправильные” и “бесполезные, даже вредные”, что мешает терапевту сосредоточиться (пункт 3), и позволяет пациенту не поддаваться эмоциям, а использовать агрессию в виде возмущения для дистанцирования. Диада объектных отношений здесь выглядит следующим образом: “Превосходящий пациент по отношению к неадекватному или боящемуся его терапевту”. Здесь метод “гипотетического третьего” может создать пространство для размышлений: “Представьте себе, как посторонний наблюдатель воспринял бы наш нынешний разговор - что бы ему бросилось в глаза?” И здесь снова центральное место занимает рассмотрение зависти и страха зависимости в качестве мотива (Клинический пример №1).

6. *Всемогущий контроль.* Пациент стремится постоянно контролировать ход терапевтического процесса, например, преждевременно желая прагматичного применения знаний: “Это, конечно, все хорошо, но что мне теперь с этим делать?”. Этот “побег в прагматику” часто происходит, когда клиент сталкивается с вызывающим стыд аспектом своей личности. Здесь интерпретация страха стыда и неудачи, а также страха отказа от всемогущего контроля находится в центре интерпретационной работы.

7. *Желание особого обращения.* Исключения из правил, привилегии и пренебрежение границами призваны дать пациенту ощущение “особости” и тем самым поддержать Грандиозное Я. Контракт, о котором необходимо постоянно напоминать и прорабатывать в начале терапии, помогает здесь, поскольку он не позволяет ни пациенту, ни терапевту реализовывать Грандиозное Я.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР №1

Разговор как борьба, мучение и угроза (к пунктам 2, 3 и 5)

Все внутренние ощущения 27-летней пациентки выражает в общих терминах (“тревога”, “подавленность”, “бессмысленность”). При попытках прояснения следуют обвинения.

П: “Я просто не знаю, как лучше”, “Вы эксперт, скажите, что Вы хотите услышать, я подстроюсь!”, “Я же сказала, пустота, что Вам еще нужно?”.

Терапевт пытается понять переживания пустоты и отчуждения.

Т: Не могли бы Вы привести пример, чтобы более подробно объяснить, когда это происходит, что Вам приходится погружаться в роль и чувствовать себя отчужденной?»

П: Я больше ничего не знаю, сейчас мы снова говорим об идентичности, это ни к чему меня не приведет!

Т: Вы замечаете, что мы снова вступаем в своего рода спор, хотя смысл в том, чтобы я вместе с Вами понял, что происходит внутри Вас?

П: Теперь я снова что-то сделала не так, я чувствую себя виноватой, снова что-то не поняла – но весь смысл терапии в том, чтобы мне стало лучше, а не хуже, чем в начале сессии!

Здесь не возникает индивидуального повествования, с каждым личным высказыванием пациентка чувствует себя опустошенной и находящейся под угрозой, как будто она хочет затянуть терапевта в теоретический корсет. Нет ни совместного пробного размышления, ни свободных ассоциаций.

В таком случае ТФП пытается проработать защиту в связи с активированным базовым страхом и переносом.

Т: Вам чрезвычайно трудно раскрыть мне даже осколки Вашей внутренней жизни - Вы воспринимаете меня как эгоцентричного, осуждающего, как будто я только и жду, чтобы разоблачить Вас, обвинить в ошибке и навсегда закрепить Ваши показания! Вы даже представить себе не можете, что мы вместе в диалоге могли бы постепенно выстраивать картину Вашего опыта”.

9.4 Проблемы контрпереноса

Нарциссические пациенты представляют собой особую проблему даже для опытных терапевтов, поскольку благодаря своей способности к “когнитивной эмпатии” они очень остро распознают и называют слабые места своих терапевтов, а из-за недостатка “эмоциональной эмпатии” практически не осознают агрессивность своего поведения и связанный с ней ущерб для терапевта. Способность приводить терапевта в “замешательство”, заставляя заикаться и ставить в позицию бессилия и незначительности, воспринимается нарциссическим пациентом как облегчение и – с психодинамической точки зрения – как восстановление Грандиозного Я. Поэтому доброжелательное переживание, описание и использование собственного контрпереноса, то есть способность как бы отстраниться от себя, является фундаментальной необходимостью для лечения этой группы пациентов. Наблюдение за собственной аффективной ситуацией позволяет сформулировать и донести до пациента гипотезы о внутренних и экстернализованных в переносе паттернах объектных отношений пациента.

Следующие явления типичны для контрпереноса при работе с нарциссическими пациентами:

1. *Дистанцирующий и отвергающий контрперенос.* Чтобы защититься от обесценивания и отрицания со стороны пациента, часто возникает недостаток эмпатии к страдающим сторонам пациента, скрытым за Грандиозным Я, и недостаточная аффективная загрузка пациента (недостаток эмоциональной привязанности к пациенту).
2. *Усталость и скука* могут быть поняты в соответствии с пунктом 1, как психический эквивалент “уничтожения” как самостоятельного объекта - если меня рассматривают только как часть объекта, как функцию для пациента, то собственный уровень энергии падает, исчезает необходимая резонансная связь, чтобы быть “значимым другим” для пациента. Это должно быть поводом для обращения к текущей ситуации в переносе и ни в коем случае не нужно “терпеть” это состояние молча.
3. *Хроническая взаимная идеализация.* В результате разрабатываются когнитивные псевдопонимания, без проработки нарциссической динамики. Терапевт замечает это по необычной гармонии на сессиях, удивительному единодушию и отсутствию негативного переноса. Здесь следует доброжелательно и с любопытством затронуть тему избегания различий (Клинический пример №2).
4. *Идентификация с жертвой.* Общий взгляд на пациента как на “жертву”, отрицание его деструктивных аспектов – это защищает терапевта от нападков и обвинений в том, что он сам является “агрессором” по отношению к пациенту. Если терапевт распознает этот контрперенос, то это может стать возможностью исследовать защитную функцию идентификации с жертвой у пациента.
5. *Собственная ранимость при обесценивании* со стороны пациента. Техническая нейтральность и готовность “позволить” пациенту “использовать” себя в качестве объекта переноса (Винникотт, 1993) защищают от чувства личной обиды.
6. *Нарциссизм терапевта.* Если терапевт сам проявляет явные нарциссические черты, то часто происходит схематическое применение концепций. Отсутствует настоящая эмпатия и внутренняя когнитивная связь с пациентом. Явно нарциссический терапевт не может терпеть индивидуальные отклонения у пациента и часто рационализирует самостоятельность как непокорность.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР №2

Постоянная взаимная идеализация (к пункту 3)

50-летний успешный бизнесмен изначально страдал от неуловимой неуверенности в себе и состояния растерянности по поводу гипотетических экзистенциальных вопросов (“Как на самом деле устроено время?”). Кроме того, он постоянно искал контактов с предполагаемыми светилами делового мира, чтобы временно компенсировать хроническое обесценивание со стороны ныне покойного отца. С одной стороны, он ищет семейного чувства слияния с собеседником, с другой – отчаянно хочет выйти “победителем” в плане своего интеллекта (IQ 140) и сообразительности (несмотря на плохое школьное образование). При значительном улучшении симптоматики (более реалистичное планирование бизнеса и жизни, признание ранее отвергаемой жены, более непрерывные социальные контакты) в отношении переноса сохраняется жажда похвалы (“Разве я не

хорошо сказал, доктор?”). Иногда он совершает пируэты озарения на основе интерпретаций терапевта и предается остроумным псевдоассоциациям.

П: Разве мы оба не проделали отличную работу, доктор? Даже маленький неуч может быть умным, главное, чтобы IQ был правильным!

В таком случае ТФП исходит из детального исследования хронического контрпереноса: терапевт отмечает некритический гордый взгляд на пациента, “как на отличную скаковую лошадь в моей конюшне”, который временами сменяется чувством пустоты. Из этого она (терапевт) делает вывод, что не проанализированное идеализирующее слияние теперь представляет собой препятствие к развитию.

Т: Вы так очаровательно и остроумно говорите о нас как об уникальном дуэте, и на самом деле мы многого достигли. Стараясь держать меня, как свою скаковую лошадь в плане “чувства и духа”, на которую Вы можете вскочить в любой момент, Вы берете меня под контроль и не даете ничему удивительному, что я говорю, задержаться в комнате на мгновение и иметь шанс повлиять на Вас. Возможно, Вы избегаете чувствовать себя хотя бы раз раздраженным или даже побежденным. Это чувство может возникнуть, если я действительно могу знать что-то лучше Вас.

Заключение

Структурное изменение нарциссического расстройства, по нашему мнению, возможно только в том случае, если принимаются во внимание его воспроизведение в переносе и контрпереносе. Работа над динамикой переноса будет успешна, если тактично обозначить Грандиозное Я пациента и его склонность к обесцениванию, показывая их функцию защиты от потери себя и страха стыда.

Литература

Bateman AW, Fonagy, P (2014). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. 2. Aufl. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF et al. (2007). Evaluating three treatments for Borderline personality disorder: a multiwave study. Am J Psychiatry 164: 922 – 928.

Diamond D, Yeomans FE, Levy KN (2011). Psychodynamic Psychotherapy for Narcissistic Personality Disorder. In: Campbell K Miller J (eds). The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatment. New York: Wiley; 423 – 433.

Diamond D, Yeomans FE, Stern BL et al. (2022). Treating pathological narcissism with transference-focused psychotherapy. The Guilford Press.

Joseph B (1989). Psychisches Gleichgewicht und psychische Veränderung. Stuttgart: Kohlhammer.

Kernberg OF (2006). Der nahezu unbehandelbare narzisstische Patient. In: Kernberg OF, Hartmann HP (Hrsg). Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie. Stuttgart: Schattauer; 705 – 727.

Kernberg OF (2021). Die narzisstische Persönlichkeit und ihre Beziehung zu antisozialem Verhalten und Persionen – pathologischer Narzissmus und narzisstische Persönlichkeit. In: Doering S, Hartmann HP,

Kernberg OF (Hrsg). Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 246 – 280.

Kohut H (1979). Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Lohmer M (Hrsg) (2013). Neid, Narzissmus und Kampf gegen die Abhängigkeit. In: Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 66 – 71.

Rosenfeld H (Hrsg) (1989). Zur Psychopathologie des Narzissmus – ein klinischer Beitrag. In: Zur Psychoanalysepsychotischer Zustände. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Rudolf G (2013). Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Psychotherapie struktureller Störungen. 3. überarb. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Steiner J (1993). Orte des seelischen Rückzuges. Stuttgart: Klett-Cotta.

Winnicott DW (Hrsg) (1993). Objektverwendung und Identifizierung. In: Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta; 101– 110.

Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF (2017). Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-Patienten. Das TFP-Praxismanual. Stuttgart: Schattauer.

Перевод с немецкого языка Элины Беляевой и Махаббат Куановой