

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Нарциссизм и сфокусированная на переносе психотерапия (СПП) (*Психотерапия в диалоге 2019; 20: 48–52*)

М. Ломер, К. Вернц
(Пер. с англ.: С. Львовский,
научный редактор: Е. Шаповалова)

Ломер Матиас (Mathias Lohmer) – доктор философии, психоаналитик (Немецкая психоаналитическая ассоциация (DPV), Международная психоаналитическая ассоциация (IPA), Немецкое общество психоанализа, психотерапии, психосоматики и глубинной психологии (DGPT)), лектор и руководитель Мюнхенского института СПП и Международного общества сфокусированной на переносе психотерапии (ISTFP). Организационный консультант и тренер (M19 – подготовка организационных консультаций, www.m19-organisationsberatung.de). Лектор Берлинского международного психоаналитического университета (IPU).

Вернц Коринна (Corinna Wernz) – доктор, специалист по психосоматической медицине, психоаналитик (Немецкое психоаналитическое общество (DPG), Немецкое общество психоанализа, психотерапии, психосоматики и глубинной психологии (DGPT)), преподаватель и обучающий аналитик в Мюнхенской академии психоанализа и психотерапии, лектор и методист Мюнхенского института СПП и ISTFP.

Сфокусированная на переносе психотерапия была разработана как метод лечения тяжелых расстройств личности. В статье обсуждаются особенности и эффективность использования данного подхода к лечению нарциссических пациентов.

Ключевые слова: сфокусированная на переносе психотерапия, нарциссическое расстройство личности.

Сфокусированная на переносе психотерапия (СПП) (Yeomans et al., 2015) была разработана как метод лечения тяжелых расстройств личности. Конкретный подход к лечению нарциссических пациентов представлен ниже.

Введение

Особое внимание СПП, в отличие, например, от структурной психотерапии Рудольфа (2013) или терапии на основе ментализации (ТОМ) (*Bateman, Fonagy, 2014*), сконцентрировано на адекватной интерпретации проявления расстройства в терапевтических отношениях (интерпретация переноса патогенных паттернов), а не на поддерживающем лечении дефицитов саморегуляции и функций Эго. Ее целью является изменение паттернов привязанности, ментализации и идентичности и, следовательно, внутренних объектных отношений посредством последовательного лечения паттернов взаимоотношений. Научные результаты (например, *Clarkin et al., 2007*) подтверждают успех этого метода в области структурных изменений.

Текущая разработка – это СПП-Н для нарциссического расстройства личности (например, *Kernberg, 2006, Diamond et al., 2011, Lohmer, 2013*). Специфическими характеристиками этого расстройства по сравнению с другими расстройствами является высокая степень чувствительности к интерпретациям, воспринимаемым в качестве несочувствующих, а также нарциссический гнев.

Примечание. Развитие идеализации и обесценивания может привести к значительным трудностям в контрпереносе психотерапевтов, включая сомнения в своих способностях.

Структурная диагностика

СПП классифицирует нарциссическое расстройство как тяжелое расстройство личности на основе пограничной организации личности, представленной Кернбергом (см. *Yeomans et al., 2015*).

Что отличает нарциссические расстройства, так это формирование «грандиозного Я». Эта структура, также описанная Когутом (*Kohut, 1977*), рассматривается с точки зрения СПП как объединенная структура, включающая идеальный объект, идеальное Я и реальное Я, объединенные вместе.

Нарциссические пациенты внешне кажутся более здоровыми, чем пациенты с другими расстройствами личности, из-за грандиозной связи с другими людьми.

Примечание. Нарциссический пациент страдает от внутренней пустоты, ему не хватает хороших внутренних объектов, отношения функциональны и поддерживают саморегуляцию (расстройство идентичности).

На более высоком пограничном структурном уровне мы находим так называемого «тонкокожего» нарцисса (*Rosenfeld, 1964*), который сверхчувствителен к критике и стремится слиться с идеализированным объектом в проективной идентификации.

В случае «толстокожего» нарцисса (*Rosenfeld, 1964*), который функционирует на низком пограничном уровне, мы наблюдаем расстройство личности, при котором грандиозное Я пропитано эго-синтонной агрессией

и садистским архаическим Суперэго. Преобладают зависть и деструктивность, обычно присутствуют антисоциальные черты.

Терапевтический контракт

В начале терапии, после сбора медицинского и биографического анамнеза, проведения структурной диагностики СПП и оценки мотивации к лечению, заключается терапевтический контракт. Он определяет обязанности как психотерапевта (проведение сеансов лечения регулярно и стабильно), так и пациента, включая планирование того, как управлять кризисом в случае его возникновения.

В зависимости от проявления нарциссического расстройства в контракте часто предусматриваются конкретные проблемы поведения и взаимоотношений. Для тонкокожих нарциссов это обычно может включать в себя решение проблемы зависимого, «паразитарного» образа жизни и любых вторичных выигрышей от болезни. Для толстокожих нарциссов обычно делается упор на эксплуататорско-манипулятивном поведении и антисоциальных чертах.

Психотерапевтический подход и методика лечения

1. *Индивидуальная психотерапия* с четкими рамками и гибкими формулировками контракта. У этих пациентов есть определенные проблемы с извлечением пользы из групповой работы, поэтому обычно предпочтительнее лечить их с помощью индивидуальной психотерапии, по крайней мере на начальном этапе. В группах у них наблюдается тенденция сперва смещаться к лидирующей позиции, а потом переходить к позиции аутсайдера, когда группа признает их эгоцентризм. В индивидуальной психотерапии психотерапевт может более точно определить оптимальную «дозу» конфронтации и принять меры в отношении проявлений переноса здесь и сейчас в момент их возникновения.

2. *Функцию всемогущего контроля и гнева* следует интерпретировать как защиту от угроз шаткому равновесию грандиозного Я. Нарциссические паттерны рассматриваются в качестве защитных и в то же время нестабильных средств поддержания чувства собственного достоинства.

3. Проведение *микроанализа* ситуации переноса за последние 10 минут в разное время сеанса («давайте теперь оглянемся назад, обсудим, что мы только что пережили, сидя здесь вместе, рассмотрим последние моменты») помогает установить «метауровень» размышлений о сеансе – в отличие от постоянного «действия в переносе».

4. Определенная степень *зеркального отражения* (Kohut, 1977) пациента может оказаться полезной. Это позволяет проверить формы переживания пациентов. Соответственно, следует допускать первоначальную *умеренную идеализацию* психотерапевта, чтобы позволить пациенту развить привязанность к психотерапевту. Таким образом, необходимо найти баланс между проверкой достоверности и интерпретацией.

5. В ходе психотерапии *патологическая идеализация* (представляющая собой проекцию грандиозного Я пациента) может быть уменьшена путем интерпретации. На промежуточном этапе психотерапевт начинает восприниматься как идеальная родительская фигура.

6. Проблема типичного обесценивания психотерапевта пациентом может быть решена с помощью *интерпретаций, ориентированных на психотерапевта* (Steiner, 1983) («кажется, я вас не понимаю и чувствую себя беспомощным и неадекватным!»). В центре внимания такой интерпретации – непосредственный опыт работы пациента с психотерапевтом. Таким образом пациент чувствует понимание и затем может допустить интерпретационную работу психотерапевта и даже использовать его как образец для подражания, чтобы справиться со своим чувством неадекватности.

Примечание. *Интерпретация того, что чувствительность пациентов к критике и их чувство стыда служат триггером для активации нарциссической защиты, должна быть тактичной. Если самоуничижение пациентов, включая потерю чувства собственного Я, описывается эмпатически, интерпретация нарциссической защиты как служащей восстановлению грандиозного Я может быть принята легче.*

Ранняя фаза лечения. Сосредоточенность на последствиях грандиозности

С грандиозным Я не идут на конфронтацию («здесь вы снова ставите себя выше своих коллег»), оно помещается в контекст («поскольку вы чувствовали к себе критику, вам было важно почувствовать превосходство над своими коллегами»). Позже можно выделить и цену грандиозного Я для пациента («сначала вы почувствовали себя лучше, но потом вы начали страдать, поскольку ваше поведение приводит к тому, что ваши коллеги исключают вас из группы»).

Акцент постоянно смещается с описания «здесь и сейчас» на совместное изучение проблемных областей, определенных в начале терапии, таких как нарушение профессионального функционирования и трудности с близостью. Это неоднократно напоминает пациенту, почему ему следует подвергать сомнению использование грандиозного Я.

Примечание. *Отношения с психотерапевтом часто становятся моделью отношения реального Я к доброжелательному объекту, новые внешние объектные отношения, таким образом, постепенно становятся новыми внутренними объектными отношениями в процессе интернализации.*

Осложнения и методика лечения

Развитие грандиозного Я как защитной формации и специфические защитные механизмы расщепления и идеализации/обесценивания вызывают особые сложности, с которыми можно работать, если их осознать и понять.

1. *Грандиозное Я может скрывать более индивидуализированные диады объектных отношений.* У пациента нет специфических переносов на психотерапевта, как если бы психотерапевт был полностью нейтральным человеком. Такое избегание либидинального, агрессивного или индивидуализированного переноса – именно то, что является фактическим специфическим нарциссическим переносом!

2. *Нарциссическая чувствительность и гнев.* Пациент может считать психотерапевта вуайеристом или человеком, преследующим собственную выгоду, а интерпретации воспринимать как конфликт, критику или нападение.

3. *Нападение на знания, обучение и мышление.* Это защита от зависти и зависимости. Замечания психотерапевта обесцениваются как «диковинные», «банальные» или «книжные», и терапевт чувствует, что он рискует потерять творческий потенциал во избежание каких-либо критических резонансов в переносе. Тем самым разрушается переходное пространство идей, гипотез и ассоциаций. Метафорическому мышлению и другим формам первичного процесса мешает конкретное мышление. В лучшем случае происходит интеллектуальное обучение без эмоционального понимания. Это сопротивление следует интерпретировать на ранней стадии и связать с глубокими проблемами страха обесценивания и последствий зависти. Это постоянно стимулирует самонаблюдение и ментализацию (способность видеть себя глазами другого человека).

4. *Деструктивная идеализация.* Даже если начинают развиваться новые интерпретации, например в отношении вышеупомянутой связи, они постепенно иссякают, не имеют никакого эффекта, не прорабатываются и не усваиваются. Напротив, понимание служит исключительно опыту грандиозного участия: «Мы – отличная команда, мы – идеальная пара!» В этой общей идеализации (терапевтическая пара как «общество взаимной идеализации») часто упускается из виду «угасание» понимания. Здесь особенно важным является точное исследование контрпереноса: «Нахожусь ли я в настоящее время в совместной идеализации с пациентом? Проверяю ли я критически, действительно ли он работает с моими вопросами, разъяснениями или интерпретациями; позволяет ли он себе чувствовать раздражение на мои замечания?» Если психотерапевт замечает сопротивление путем деструктивной идеализации, он может интерпретировать его (сопротивления) защитные функции.

5. *Деструктивное обесценивание.* Утверждения психотерапевта постоянно отвергаются как «неправильные» и «бесполезные, даже вредные», это приводит к затруднению мышления (см. пункт 3), пациент избегает любой эмоциональной связи и использует агрессию, оправдываемую его чувством возмущения, как средство дистанцирования. Диаду объектных отношений можно увидеть в отношениях превосходящего пациента с некомпетентным или восхищающимся психотерапевтом. Здесь метод «гипотетической третьей стороны» может создать пространство для размышлений: «Представьте себе в порядке эксперимента, как сторонний наблюдатель воспримет наш текущий разговор, что он или она заметит?»

И в этом случае центральное место занимает рассмотрение зависти и страха зависимости.

6. *Всемогущий контроль*. Пациент стремится постоянно контролировать терапевтический процесс, например из-за преждевременного стремления к прагматическому применению знания: «Может быть, но что мне теперь с этим делать?» Это «бегство в прагматизм» часто происходит, когда пациент сталкивается с постыдным аспектом самого себя. Здесь интерпретация страха стыда или отказа от всемогущего контроля находится в центре интерпретационной работы.

7. *Необходимость в особом лечении*. Исключения, привилегии и игнорирование границ дают пациенту ощущение «особенности» и тем самым поддерживают грандиозное Я. Здесь полезен психотерапевтический контракт, который необходимо поднимать и обсуждать снова и снова, поскольку он предотвращает сговор как пациента, так и психотерапевта с грандиозным Я.

Виньетка 1 (пункты 2, 3 и 5). Беседа как борьба, захват и угроза

27-летняя больная выразила все свои чувства в общих чертах («страх», «уныние», «бессмысленность»). Попытки разъяснить, что она имела в виду под этими терминами, сопровождались обвинениями: «Я больше ничего не могу сказать», «Вы эксперт, вы говорите мне, что вы хотите, чтобы я сказала, и я постараюсь это сделать», «Я сказала да, пустота, что еще вы хотите, чтобы я сказала?» Психотерапевт пытался помочь пациентке исследовать и объяснить подробнее ее переживание пустоты и одиночества: «Расскажите подробнее о том, что вы имеете в виду, возможно, вы приведете пример случая, когда вы оказываетесь в такой роли и чувствуете себя одинокой?» – Пациентка: «Я больше ничего не могу сказать, мы снова говорим об идентичности, это не помогает!» – Психотерапевт: «Вы заметили, что мы снова вступаем в спор, когда я пытаюсь помочь нам понять, что у вас происходит?» – Пациентка: «Я снова сделала ошибку, вы заставляете меня чувствовать себя виноватой. Я не понимаю: терапия должна улучшить мое самочувствие, а не ухудшить!»

В нарративе пациентки мало смысла, там практически нет индивидуализированного повествования, психотерапевт чувствует себя зажатым в «железном корсете». Нет совместного процесса мышления или свободных ассоциаций. В таком случае СПП пытается обратиться к защите в связи с активированным базовым страхом в переносе: – Психотерапевт: «Вам чрезвычайно трудно открывать мне даже фрагменты вашего внутреннего мира: вы воспринимаете меня как эгоцентричного, осуждающего человека, как будто я жду случая, чтобы разоблачить вас, обвинить в ошибке и припереть к стенке. Трудно представить, что вместе мы могли бы вести диалог и со временем выстраивать общую картину ваших переживаний».

Проблемы контрпереноса

Примечание. *Нарциссические пациенты представляют собой серьезный вызов даже для опытных психотерапевтов, поскольку их способность когнитивно сопереживать позволяет им распознать и подробно назвать слабости своего психотерапевта, а из-за отсутствия «эмоционального сочувствия» они мало осознают агрессивность своего поведения и его влияние на психотерапевта.*

Способность вывести психотерапевтов из равновесия, заставить их говорить неуверенно, чувствовать себя бессильными и маленькими воспринимается нарциссическим пациентом как облегчение. С психодинамической точки зрения это можно понять как восстановление грандиозного Я. Благодушное переживание, описание и использование собственного контрпереноса, как бы выход терапевта за пределы самого себя являются фундаментальной необходимостью для лечения этой группы пациентов. Наблюдая за собственным аффективным ответом, психотерапевт может составить гипотезы о паттернах внутренних и внешних объектных отношений пациента, вынесенных наружу в переносе.

Следующие явления являются типичными явлениями контрпереноса при работе с нарциссическими пациентами.

1. *Дистанционный контрперенос.* Необходимость защитить себя от обесценивания и отрицания пациентом часто вызывает у психотерапевта дефицит сочувствия к страдающим сторонам пациента, скрытым за грандиозным Я, и недостаток аффективного катектирования пациента.

2. *Усталость и скука.* Могут, в соответствии с вышеизложенным, пониматься как психический эквивалент того, что пациент заставляет терапевта чувствовать «угасание», пациент рассматривает терапевта только как частичный объект, как функцию. Уровень его собственной энергии падает, необходимый резонанс, чтобы стать «важным партнером» для пациента, исчезает. Это должно стать поводом для отработки переноса здесь и сейчас вместо того, чтобы молча терпеть это состояние.

3. *Постоянная взаимная идеализация.* Создается когнитивное псевдознание без надлежащей обработки нарциссической динамики. Психотерапевт может заметить необычную гармонию на сеансах, удивительное единство и отсутствие негативного переноса. Здесь следует обращать внимание на избегание различий, делая это с позиции доброжелательности и любопытства.

4. *Идентификация жертвы.* Возникает общее представление пациента и психотерапевта о пациенте как о «жертве», с отрицанием его/ее деструктивных аспектов, которое защищает психотерапевта от обвинения в совершении любого из этих нападений. Если психотерапевт признает этот контрперенос, это может стать поводом для изучения защитной функции идентификации с «жертвой» в личности пациента.

5. *Чувствительность психотерапевта к обесцениванию* пациентом. Техническая нейтральность и готовность быть «использованным» пациентом также в качестве объекта переноса (*Winnicott, 1993*) защищают от переживания личной обиды или оскорблений.

6. *Нарциссизм психотерапевта.* Если сами психотерапевты демонстрируют выраженные нарциссические черты, часто имеет место схематическое применение концепций без реального сочувствия и внутренней связи с пациентом. Нарциссический психотерапевт явно не может мириться с индивидуальными отличиями в пациенте и часто рационализирует независимость как отказ.

Виньетка 2 (пункт 3 выше). Устойчивая взаимная идеализация

50-летний успешный бизнесмен представил себя как человека, страдающего от неуверенности в себе и замешательства по поводу предполагаемых экзистенциальных вопросов («Как на самом деле течет время?»). Он пытался наладить контакты со светилами из делового мира, чтобы временно компенсировать хроническое обесценивание своим отцом, который скончался. С одной стороны, он пытался найти знакомое чувство слияния со своим коллегой, с другой – он хотел стать «победителем», то есть ощущать себя самым умным (IQ 140) и сообразительным (несмотря на плохую учебу в школе). Благодаря значительно улучшенной симптоматике (более реалистичное планирование бизнеса и жизни, уважение ранее оскорбляемой жены, более продолжительные социальные контакты) жажда похвалы сохранялась в отношениях переноса («Разве я не хорошо это сформулировал, док?»). Он крутит когнитивные пируэты после интерпретаций и предается остроумным псевдоассоциациям, например: «Разве мы оба не хорошо справились, док? Даже маленький не-студент может быть умным при правильном IQ!» В таком случае СПП берет в качестве отправной точки тщательное изучение хронического контрпереноса: психотерапевт замечает свое некритически гордое отношение к пациенту («как крутая скаковая лошадь в моей конюшне»), которое иногда уступает место чувству пустоты. Из этого психотерапевт заключает, что идеализирующее слияние, которое она не анализирует, представляет собой препятствие для развития, и комментирует: «Вы так очаровательно остроумно говорите о нас как об уникальном дуэте, и действительно, мы многого достигли. Но, пытаясь сохранить меня, как свою скаковую лошадь, в смысле "эмоций и духа", вы набросились на меня, монополизируете меня и предотвращаете все, что может вас удивить, например то, что я могу сказать. Вы никогда не останавливаетесь, не даете моим комментариям проникнуть внутрь и оказать какой-либо разворачивающийся эффект. Таким образом, вы сможете избежать чувства неполноценности, если мне удастся узнать о чем-нибудь лучше, чем вам».

Заключение

На наш взгляд, структурное изменение нарциссического расстройства личности возможно только в том случае, если в переносе может быть проведена реконструкция объектных отношений пациента с детальным использованием контрпереноса. Работа над динамикой переноса может

быть успешной благодаря тактичной интерпретации грандиозного Я пациентов и тенденций к обесцениванию, а также их функции защиты от потери себя как личности и чувства стыда.

Благодарности

Мы выражаем искреннюю благодарность за инициативу и поддержку Джонатану Редклиффу в осуществлении перевода оригинального документа с немецкого на английский язык.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Bateman A.W., Fonagy P.* (2014). *Psychotherapy of borderline personality disorder. A mentalization-supported treatment concept (second edition)*. Giessen: Psychosozial Verlag.
2. *Clarkin J.F., Levy K.N., Lenzenweger M.F., Kernberg O.F.* (2007). Evaluating three treatments for Borderline personality disorder: a multiwave study. *At J Psychiatry*; 164: 922–8.
3. *Diamond D., Yeomans F.E., Levy K.N.* (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.
4. *Kernberg O.F.* (2006). The nearly untreatable narcissistic patient. In: Kernberg O.F., Hartmann H.P. (Hersg). *Narcissism. Basic Dysfunction Therapy*. Stuttgart: Schattauer. S. 705–727.
5. *Kohut H.* (1977). *The Healing of the Self*. Frankfurt. M.: Suhrkamp 1979.
6. *Linehan M.M.* (1996). *Dialectical-behavioral therapy of borderline personality disorder*. Munich, Germany: CIP Media.
7. *Lohmer M.* (2013). Envy, narcissism and the fight against dependence, In: Lohmer M. (2013). *Borderline therapy. Psychodynamics, treatment techniques and therapeutic settings*. Stuttgart: Schattauer, 3rd edition. S. 66–71.
8. *Rosenfeld H.* (1964). On the psychopathology of narcissism – a clinical contribution. In: Rosenfeld H. *On the psychoanalysis of psychotic states*. Frankfurt. M.: Suhrkamp 1989.
9. *Rudolf G.* (2013). *Structural psychotherapy. Guide to Psychodynamic Psychotherapy of Structural Disorders*, 3rd revised edition. Stuttgart: Schattauer.
10. *Steiner J.* (1993). *Places of mental retreat*. Stuttgart: Klett-Cotta.
11. *Winnicott D.W.* (1993). Object use and identification. In: Winnicott D.W. *From play to creativity*. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 101–110.
12. *Yeomans F.E., Clarkin J.F., Kernberg O.F.* (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline patients. The TFP Practice Manual*. Stuttgart: Schattauer 2016.

Narcissism and Transference-Focused Psychotherapy (TFP) *(Psychotherapie im Dialog 2019; 20: 48-52)*

Mathias Lohmer, Corinna Wernz
(Translation from English:
S. Lvovsky, scientific editor: E. Shapovalova)

Mathias Lohmer, PhD., psychoanalyst (DPV, IPA, DGPT), lecturer and supervisor of the TFP Institute Munich and the ISTFP. Organizational consultant and coach (M19 – manufacture of organizational consultation, www.m19-organisationsberatung.de). Lecturer at the International Psychoanalytic University Berlin (IPU).

Corinna Wernz, MD, specialist for psychosomatic medicine, psychoanalyst (DPG, DGPT), Teaching and training analyst at the Academy for Psychoanalysis and Psychotherapy Munich, lecturer and supervisor of the TFP Institute Munich and the ISTFP.

Transference-Focused Psychotherapy (TFP) was developed as a method for the treatment of severe personality disorders. The specific approach in the treatment of narcissistic patients is presented in the article.

Keywords: Transference-Focused Psychotherapy (TFP), narcissistic personality disorder.