

## НАРЦИССИЗМ И ПЕССИМИЗМ\*

Е. ЧЕЧЕЛЬНИЦКАЯ

Не вдаваясь в рассуждения о мере “отзеркаливания” профессиональным психотерапевтическим сообществом доминирующих общественных настроений, заметим, что социальный пессимизм и интерес к психологии нарциссизма иногда усиливаются примерно в одно и то же время. Если в обыденной жизни пессимизм отнюдь не является визитной карточкой нарциссических личностей – скорее, они представляются самоуверенными, самовлюбленными, самодостаточными, полными грандиозных планов, – то в клинической практике данная особенность мировосприятия пациентов-нарциссов становится крайне заметной. Нередко пессимистическое настроение этих пациентов рассматривается как симптом депрессии. Однако применение по отношению к ним психотерапевтических тактик, разработанных для депрессивных больных, не только не приносит результатов, но, пожалуй, даже приводит к еще большему укреплению внутренней пессимистической позиции. Возрастает риск отказа от психологической помощи, отношение к которой изначально амбивалентно ввиду расщепления нарциссической личностной структуры на Неполноценное Я и Грандиозное Я. Поэтому, с нашей точки зрения, при исследовании патологического нарциссизма необходимо уделить специальное внимание пессимистическим переживаниям пациента и отдать должное обусловленной ими специфике психотерапевтического общения. При этом важно прояснить особый статус пессимистических переживаний относительно депрессивных, с которыми они настолько тесно связаны, что их легко спутать.

### ***Нарциссизм и депрессивные переживания***

В классических эссе З.Фрейда “О нарциссизме” (1914) и “Печаль и меланхолия” (1917) подчеркивается связь депрессии с нарциссическим выбором объекта. Риск депрессии объясняется нестабильностью нарциссической любви, – депрессивные переживания соотносятся с крахом идеализации при малейших разочарованиях в совершенстве объекта. На склонность нарциссических пациентов к депрессии указывают и современные авторы, хотя данное представление находит и оппонентов.

\* Исследование выполнено при поддержке Российского Фонда Фундаментальных исследований (РФФИ), грант № 00-06-80047.

П.Моллон и Г.Перри пишут о “депрессивной тюрьме” как единственной форме защиты хрупкого и высоко уязвимого Реального Я при патологическом нарциссизме (*Mollon & Parry, 1984*). При этом обращается внимание на свойственные нарциссическим пациентам зависть и ярость, которые в депрессивном состоянии переживаются как безнадежность и беспомощность. Г.Сирлс и С.Кавалер-Адлер, обсуждая особенности депрессии при пограничном и нарциссическом расстройствах личности, обрисовывают, по сути, два круга защиты Реального Я: в форме “депрессивной тюрьмы” и опоясывающего ее “рва” примитивного отрицания депрессивных переживаний (*Searls, 1985; Kavalier-Adler, 1993*). Утверждается, что кажущуюся неспособность таких пациентов к печали следует понимать как защиту, что блокирование грусти можно рассматривать как отвержение аффективного опыта интенсивной преэдиповой травмы.

По мнению Кавалер-Адлер, 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 инфантильную ненависть. Интенсивность вины делает воспоминания об утраченном объекте непереносимыми и там, где необходима “работа печали”, возникает аффективный блок. Кавалер-Адлер проникновенно описывает присущий нарциссической личности страх нескончаемого плача, страх поглощения собственной болью. Невыплаканные слезы десятилетиями отвергаемой боли создают бессознательную угрозу “утонуть в собственных слезах”, поэтому в снах нарциссических пациентов часто присутствует тема утопления. Кавалер-Адлер подчеркивает важность особого “контейнирующего” психотерапевтического контакта, позволяющего трансформировать бесконечный плач патологической грусти в “работу печали”. Автор полемизирует с О.Кернбергом (*Kernberg, 1975*), не считающим нарциссических пациентов способными к депрессивным переживаниям и поэтому не признающим необходимости оказания им психотерапевтической поддержки в форме “контейнирования”.

Конечно, Кернберг не полностью лишает нарциссических личностей “права на депрессию”. Более того, даже слабо выраженную способность чувствовать грусть и вину он рассматривает в качестве благоприятного прогностического показателя в отношении результатов психотерапии пациентов с патологическим нарциссизмом. Однако Кернберг последовательно отстаивает точку зрения, согласно которой наблюдаемая на начальных этапах психотерапии “как бы” депрессия нарциссических пациентов очень скоро, вместо печали из-за потери, оборачивается гневом и негодованием, нагруженными мстительными чувствами. Под маской депрессии переживается не потеря объекта (подтверждением чему служат, в частности, такие особенности трансфера, как необычайная легкость, с которой во время перерывов в лечении аналитик предается забвению, или

беспечальное проведение уик-энд), а потеря нарциссического обеспечения – своего рода “зеркала восхищения”. Истинные депрессивные переживания, полагает Кернберг, охватывают нарциссических пациентов лишь на отдаленных этапах лечения. По сути, автор, разделяя представления М.Кляйн о “депрессивной позиции”, связывает способность нарциссического пациента переживать депрессию с его “дорастанием” до невротического уровня личностной организации. В такой критический период психотерапии у пациентов появляется сильное чувство вины за всю предыдущую агрессию в адрес аналитика, за его обесценивание и разрушение. Возникает отчаяние, вплоть до суицидальных мыслей, из-за плохого обращения с аналитиком и всеми значимыми фигурами, любившими пациента и не дождавшимися от него ни любви, ни заботы, ни благодарности.

До сих пор рассматривались различные представления о предрасположенности пациентов с нарциссической личностной структурой к депрессии в ситуации утраты. Как известно, наряду с такой “анаклитической”, по Р.Шпицу, депрессией, выделяют и “депессию поражения” (А.Бек). Склонность нарциссического пациента к этой форме депрессии очевидна, поскольку любое *относительное* достижение для него означает поражение. Разными авторами (Д.Лампл-де-Гроот, Э.Джекобсон, Р.Менакер) отмечается императивное качество нарциссических идеалов, переживаемых как нарциссические требования. Погоня за совершенством всегда самодеструктивна, чревата стыдом, самообесцениванием и, в экзеквизитных случаях, суицидом.

Заметим, что нередко депрессия поражения и считается истинно нарциссической депрессией, тогда как анаклитическая депрессия – невротической. Такое соотнесение выглядит слишком упрощенным. В современных психоаналитических теориях объектных отношений подчеркивается связь депрессивных переживаний с происходящим под материнским давлением слишком ранним отказом ребенка от зависимого поведения (Мак-Вильямс, 2001). Напомним, что в этиологии нарциссической патологии решающее значение придается поощрению нарциссической матерью необоснованно раннего чувства автономии в ребенке ввиду собственной нетолерантности к отношениям зависимости и перфекционистских устремлений (Masterson, 1981). Возникновение нарциссической патологии связывается с задержкой развития, которую ребенок терпит на ранней субфазе процесса сепарации-индивидуации, по М.Малер, – субфазе “практика”. Неспособность матери “быть в доступности” в этот период переживается ребенком как ее потеря, что повышает риск анаклитической депрессии в будущем.

С позиций психологии Я, формулируемых Х.Кохутом (Kohut, 1977) и его учениками, не придается особого значения тому, что является причиной депрессии – потеря, нарциссическая рана либо эндогенная (для так называемой эндогенной депрессии центральным является переживание потери,

или “руинирования”, собственного Я). Кохут рассматривает депрессию как результат горизонтального расщепления биполярного Грандиозного Я нарциссического пациента. Депрессивные переживания объясняются неспособностью активизировать и поддерживать контакт с Я-репрезентациями, окрашенными позитивными аффектами, что связывается с дефицитным развитием, с частыми разрывами в эмпатической созвучности “мать-ребенок”. Именно поэтому Кохут видит в эмпатии психотерапевта (явно перекликаясь с идеями гуманистической психологии К.Роджерса) решающее условие для реактивизации контакта с позитивно аффективно-окрашенными Я-репрезентациями, а также для развития у нарциссического пациента способности к поддержанию этого контакта в условиях дальнейшего автономного функционирования. Специальное внимание автор уделяет проблеме нарциссических суицидов, обусловленных потерей либидозного катексиса\* на Я. По его мнению, они вызываются не виной, а чувством непереносимой пустоты, чувством “мертвости” и стыдом. Не разделяя классических фрейдистских представлений о психотерапии депрессий и видя в нарциссическом гневе продукт дезинтеграции, Кохут считает, что не следует поощрять выражения агрессии в адрес аналитика. Основным инструментом психотерапии депрессий при патологическом нарциссизме становится эмпатическое “отзеркаливание”.

Таким образом, проблема “коморбидности” патологического нарциссизма и депрессии носит дискуссионный характер. С одной стороны, существует почти вековая традиция считать нарциссического пациента наиболее предрасположенным к депрессии в ее классическом фрейдовском понимании – к нескончаемым переживаниям вины и печали при утрате объекта любви. При этом умалывается способность такого пациента к переживаниям, вызванным любой потерей помимо потери всемогущего контроля над “отзеркаливающим” объектом. С другой стороны, отрицается всякая возможность анаклитической депрессии при патологическом нарциссизме и утверждается абсолютная связь последнего с депрессией поражения, сотканной из стыда и самообесценивания. Бесстрастные констатации характерных для нарциссического пациента равнодушия и неспособности к плачу вступают в противоречие с сочувственными описаниями ему же присущих, подчас не вмещающихся ни в какой “психотерапевтический контейнер” и, в конечном счете, выливающих в суицид потоков слез и мук вины. Эффективными тактиками психотерапевтического общения со страдающим депрессией нарциссическим пациентом считаются, одновременно, фасилитация агрессии и – эмпатическое смягчение нарциссического гнева. Можно думать, что продемонстрированное выше “наличие двух

---

\* *Gathexis* (англ.) – количество энергии, энергетический заряд, своеобразный квантум психосексуальной энергии, подобный электрическому заряду.

мнений” по столь важным вопросам, как: может ли пациент с нарциссической личностной структурой переживать депрессию; насколько специфичны его депрессивные переживания; какие формы психотерапевтического общения адекватны им, – отражает расщепленность самой нарциссической личности, ее раздвоенность на *Неполноценное Я* и *Грандиозное Я*. Кажется разумным соотносить депрессивные переживания при патологическом нарциссизме – со структурой *Неполноценного Я*, объясняя периодическую малозаметность этих переживаний для пациента (и подчас для терапевта) защитными усилиями со стороны *Грандиозного Я*. Именно *Грандиозное Я* становится “носителем” нередко приравняемых к депрессивным, однако принципиально отличающимся от них пессимистических переживаний, где трагическое чувство потери себя оборачивается идеализацией потенциальных возможностей, стыд – надменностью, а вина – критицизмом.

### ***Нарциссизм и пессимистические переживания***

Пессимистические переживания в качестве специфического для патологического нарциссизма нарушения настроения детально исследуются в работе югославского автора Д.М.Швракича (Švrakić, 1987). Он считает необходимым отличать пессимистическое настроение нарциссических личностей от широкого спектра негативных эмоций, в особенности от классической депрессии и других ее форм. По мнению Швракича, такие часто используемые для описания эмоционального состояния нарциссических пациентов понятия и диагностические категории, как депрессия, дисфорический аффект (А.Моделл), “агония беспомощности” (Х.Кохут), не отражают сути переживаний в период нарциссической декомпенсации. Заметим, что, размышляя о состоянии декомпенсации, автор рассуждает в русле давних отечественных представлений о динамике психопатий (по П.Б.Ганнушкину), но ссылается только на описания “здоровой нарциссической компенсации”, встречающиеся у П.Джиовачини.

Швракич разделяет взгляды О.Кернберга на расщепленную нарциссическую личностную структуру и опирается на клинические представления о стереотипных жизненных циклах нарциссических пациентов, в которых периоды успешной активности сменяются периодами “провалов” с потерей ощущения грандиозности. Развивая идеи П.Джиовачини об альтернировании периодов нарциссической “здоровой компенсации” и нарциссической “слабости”, Швракич выделяет три клинические формы последней, для каждой из которых характерны свои особые негативные эмоции. Первая из форм нарциссической “слабости” обусловлена фрустрацией нарциссических целей и нужд. Для нее типичны гнев, обесценивание и уход в “прекрасную изоляцию”. Одновременно усиливаются фантазии о собственной

грандиозности, что находит свое завершение в выборе новых объектов и способов активности, на которые проецируется грандиозность. Для второй клинической формы, являющейся реакцией на недостаток “подпитки” Грандиозного Я, типичны ощущения пустоты и скуки. Эти чувства исчезают с появлением нового объекта нарциссического обеспечения. В основе третьей, наиболее тяжелой формы нарциссической “слабости”, по Швракичу, лежит нарциссическая декомпенсация – полное прекращение обычного нарциссического способа функционирования, которое другими авторами описывалось как “крах иллюзии грандиозности” (*О.Кернберг*), “психический коллапс” (*П.Джиовачини*). Обычный нарциссический способ функционирования, или нарциссический порочный круг, по Кернбергу, имеет следующие стадии: проекция Грандиозного Я на внешний объект, приводящая к идеализации объекта; слияние с идеализируемым объектом; эксплуатация нарциссического обеспечения; зависть, обесценивание и отвержение объекта; поиск нового объекта и т.д. В период декомпенсации нарциссические пациенты становятся пассивными и пессимистичными; их пессимистические переживания отличаются от депрессивных, присущих невротическим и эндогенным пациентам. Швракич отмечает, что депрессивный пациент никчем, несчастлив и виновен; его мир черен, трагичен и полон боли. Пессимистичный нарциссический пациент опустошен и разочарован, мир препятствует проявлению его возможностей и несет ответственность за его неудачи. Пессимизм сопровождается высокомерным пониманием всей “мирской тщеты”; пессимистическому видению мира свойственны сарказм и презрение. При этом пессимистическая картина мира, по механизму проективной идентификации, активно навязывается окружающим. Им внушается, что в таком ужасном мире реально ничего не может быть достигнуто.

Проводя структурно-динамический анализ нарциссической декомпенсации, Швракич подчеркивает, что у большинства нарциссических пациентов сохраняются нормальные эго-функции. По его мнению, пессимистическое настроение можно рассматривать как компромиссный выход из конфликта между нереалистической грандиозностью и сохраняющейся способностью к тестированию реальности благодаря нормальным эго-функциям. В период декомпенсации они направляют агрессию на ядро грандиозности – на “особость” Я. Пессимизм становится новым ядром, вокруг которого возрождается Грандиозное Я во всем присущем ему высокомерии.

Представления Швракича о пессимизме как новом ядре Грандиозного Я перекликаются с известным замечанием А.Адлера (1995), согласно которому даже переживание страдания может служить цели богоподобия. Акцентируя связь пессимизма и грандиозности, Швракич, тем не менее, не обсуждает защитных функций пессимистических переживаний по отно-

шению к переживаниям Неполноценного Я. Как и Кернберг, он не уделяет особого внимания депрессивным переживаниям Неполноценного Я при патологическом нарциссизме, которые, собственно, и трансформируются в пессимистические. Проблемы психотерапии нарциссических пациентов, находящихся в пессимистической фазе, также остаются за рамками изучения.

***Тактики психотерапевтического общения  
с учетом защитных функций пессимизма  
при патологическом нарциссизме***

Как уже отмечалось выше, необходимость пристального внимания к пессимистическим переживаниям нарциссического пациента во многом определяется трудностями психотерапевтического общения с ним, особенно в начальный период формирования психотерапевтического контакта. Рассмотрение пессимистических переживаний в их защитной роли по отношению к депрессивным позволяет избежать некоторых тактических психотерапевтических ошибок, из-за которых пациент с высоким суицидальным риском может остаться без помощи.

К распространенным ошибкам начинающего психотерапевта относятся, по нашим воспоминаниям, следующие. Во-первых, – общение с пессимистическим пациентом-нарциссом по типу общения с пациентом-невротиком, который, сравнительно с первым, более интегрирован и поэтому способен к непосредственному переживанию и прямому обсуждению своей депрессии. В таком случае, выражение сочувствия к скрывающемуся под маской пессимизма депрессивному страданию встретит мощный отпор со стороны возмущенного таким обесцениванием пациента, – хлопнув дверью, тот стремительно покинет кабинет. Вторая типичная ошибка во взаимодействии с переполненным пессимизмом нарциссическим пациентом – выражение скепсиса по поводу его переживаний, слишком легковесное отношение к ним как мало соответствующим депрессии... В этом случае пациент покинет кабинет, разочарованный нечуткостью к его болезненным переживаниям. В обоих случаях наилучшие его ожидания, касающиеся встречи с психотерапевтом, получают подтверждение, и в дальнейшем он вряд ли соблаговолит посетить клинику (во всяком случае, в этой стране!).

Анализируя неэффективные, с точки зрения построения психотерапевтического контакта, приемы общения с нарциссическим пациентом, страдающим пессимизмом, подчеркнем, что они содержат в себе значительную долю конфронтации. Конфронтируя с пессимизмом как капризом и конфронтируя с ним как щитом, прикрывающим Реальное депрессивное Я, психотерапевт в равной мере не придерживается рекомендаций “двигаться от поверхности в глубину”. Этот известный принцип выдвижения психо-

аналитических интерпретаций представляется нам общим принципом психотерапевтического общения с пациентами с расщепленной личностной структурой. Насильственное затаскивание нарциссического пациента с “поверхности” пессимизма в “пучину” депрессивных переживаний чревато утоплением, поэтому он столь отчаянно борется с навязываемым ему “камнем неполноценности”. Пессимизм выступает в качестве “спасательного круга”, а любые попытки психотерапевта отнять его переживаются как преследование, несмотря на предлагаемую взамен поддержку Неполноценного Я. Пациент не способен принять такую поддержку при отсутствии отношений доверия. Сходным образом воспринимаются и усилия психотерапевта, недооценивающего отягощенность нарциссического пациента депрессивными переживаниями и отнимающего у него спасительный пессимизм с заключением: “плыви, здоров”.

*Итак, слишком ранняя конфронтация с пессимистическими переживаниями нарциссического пациента чревата его “бегством от психотерапии”. Далее будут обсуждаться неконфронтующие тактики психотерапевтического общения, позволяющие, по нашему мнению, со временем вступить в контакт и с глубинными депрессивными переживаниями такого пациента.*

Возвращаясь к предложенному выше рабочему определению пессимизма, подчеркнем целостность данного защитного переживания, феноменологически складывающегося из самовосхваления, надменности и критицизма. Каждая из трех основных “составляющих” пессимизма призвана выполнять свою защитную функцию по отношению к переживаниям потери Я, стыда и вины, типичным для так называемой эндогенной депрессии, депрессии поражения и анаклитической депрессии. *Такими защитными функциями становятся внушение восхищения, контроль дистанции и выражение агрессии.*

Хотя в психотерапевтическом общении можно наблюдать, а, точнее, ощущать кратковременное проявление каждой из функций пессимизма, действующей по механизму проективной идентификации и соответствующей актуальному депрессивному переживанию пациента, однако об изолированном действии защитных функций следует говорить с известной долей условности. Феномен пессимизма определяется переплетением, гаммой чувств, достаточно быстро меняющихся и оттеняющих друг друга. Именно благодаря этому пессимизму и удастся стать защитой от депрессивных переживаний, при нарциссической личностной структуре ощущаемых как катастрофическое “смятение чувств”.

Фактически, пациент-нарцисс страдает сразу всеми формами депрессий, поскольку любое специфическое депрессивное переживание “запускает” маховик негативного эмоционального опыта. На наш взгляд, именно в силу таких представлений, хотя и недостаточно эксплицированных, для

Х.Кохута и психологии Я, как обсуждалось ранее, не имеет принципиального значения тип депрессии; универсальным лекарством от “заворота” депрессивных переживаний служит эмпатическое “отзеркаливание”. В исследованиях, проводимых под руководством Е.Т.Соколовой (1989, 1995, 2001), в ряде которых мы принимали участие (Соколова Е.Т., Чечельницкая Е.П., 2001), получила экспериментальное подтверждение гипотеза о низкой дифференцированности нарциссической личностной структуры, из чего вытекает необходимость гибкого системного использования психотерапевтических приемов, учитывающих “текучесть”, нестойкость различных проявлений целостного болезненного состояния. Применение нескольких тактик психотерапевтического общения в соответствии с условно выделяемыми типами депрессивных переживаний и защищающими от них “составляющими” пессимизма выглядит более оправданным, чем тотальное “отзеркаливание”. Более дифференцированный “подход” к переживаниям, более точный отклик на специфические нарциссические нужды создают условия для более тонкого, нюансированного понимания пациентом себя – как истинного, реального, так и придуманного, фантазийного. При этом “отзеркаливание” уникальности и личностного потенциала пациента не только остается ведущей тактикой, но становится сутью психотерапевтического общения. Наряду с *отзеркаливанием*, более уместным в случаях активности такой защитной функции пессимизма, как внушение восхищения, кажется адекватным использование *тактик поддерживающего контейнирования и, в экзеквизитных случаях, прояснения риска спровоцировать насилие при отреагировании агрессии*.

Начнем с обсуждения возможностей *тактики отзеркаливания* в общении с нарциссическим пациентом, в защитном пессимизме которого наиболее отчетливо звучит противопоставление “хорошего” себя “плохому” миру. В продолжение приводимых Н.Мак-Вильямс сравнений пациента-нарцисса с растением, мутировавшим в гибрид (в концепции Кернберга), и растением, задержавшемся в росте из-за плохого полива и освещения (в концепции Кохута), можно сравнить пессимиста-нарцисса (в его собственной концепции) с роскошным цветком на помойке. Поскольку самовосхваление пациента, его претензии на исключительность и необычность во многом обусловлены глубинным пугающим чувством потери Я, то психотерапевтическое “отзеркаливание” становится необходимым условием возрождения Я после депрессивной аннигиляции. Вообще-то речь идет даже не о возрождении, а о *рождении* Я – не на помойке обесцениваний, а на поляне жизни.

Перейдем от метафор к конкретному примеру использования тактики “отзеркаливания” в психотерапевтическом общении с пессимистичной

пациенткой Х., 35-ти лет, находившейся на лечении в клинике с диагнозом “депрессивный эпизод умеренной степени тяжести”.

Переполюемая пессимизмом, она жаловалась, что не может найти себя, несмотря на разнообразные таланты и способности, включая экстрасенсорные. Имея два высших образования, экономическое и юридическое, категорично утверждала, что пытаться реализовать свой творческий потенциал в условиях нашей страны бесполезно – настолько все прогнило, коррумпировано, поделено на сферы влияния. Пациентка заявляла, что ее чувствительной натуре претит ввязываться в грязные игры, из которых состоит бизнес. Считая себя классным специалистом, она сменила несколько мест работы, но все оказалось не для нее. В последнее время Х., по ее словам, “стала разваливаться, как разваливаются сейчас многие фирмы”, стала пассивной, несмотря на “бурлящую внутри энергию”.

Предложив ей выполнить проективные рисуночные методики, мы укрепились во мнении о нарциссической личностной структуре пациентки: в рисунке “прекрасной обнаженной женщины, свободно летящей к звездам”, явно отражались грандиозность и всемогущество. Она начала рассказывать о своих картинах, одна из которых называлась “Одиночество” и по сюжету перекликалась с “Рисунком человека”, выполненным пациенткой: “Там тоже изображено много-много звезд, маленькая планета и хрупкая девушка, протягивающая руки к этому темному небу с огромными звездами”. Ощущая наш неподдельный интерес к творчеству пациентки, она решила прочесть свои стихи, чтобы не просто усилить его, а, возможно, и вызвать восхищение:

*Мой маленький мир, ты страдаешь от битв,  
В которых незнание и ложь погибают,  
Идеи рождаются и умирают,  
Где молятся звездам, не зная молитв.  
Ты так одинок среди тысячи звезд,  
Что с яркою страстью... (не помню – Е. Ч.),  
Ты мал, тебя видят, но не замечают,  
Тебя обожают, не приняв всерьез.*

Перефразируя последние строчки стихотворения пациентки, можно заключить об обращенных к терапевту нуждах “быть увиденной, быть замеченной, быть обожаемой, быть принятой всерьез”. Откликаясь на нужды пациентки, выступая живым зеркалом, посылающим ей отражение живого интереса и восхищения человеческой индивидуальностью, личностной уникальностью, творческим потенциалом, – мы наблюдали, как она постепенно оживлялась, становилась более оптимистичной. Когда наша встреча подходила к концу, пациентка со смехом прочитала шутовское двустишие по поводу своих прошлых занятий музыкой: “Как я

замужем бросила музыку, нет хуже замужества музе обузы!”. У нас создалось впечатление о достаточно уместном использовании тактики “отзеркаливания” в ходе сеанса, о чем свидетельствовали позитивные изменения в переживаниях пациентки относительно самой себя и окружающего мира.

На следующей встрече она начала строить довольно реалистические планы на будущее, в меньшей степени фиксируясь на несовершенстве мира и собственной невостробованности.

Такая защитная функция пессимизма, как внушение интереса и восхищения, реализуется не только через привлечение пациентом внимания к своим творческим способностям, но и другими способами. Например, он может сетовать на полное отсутствие в последнее время достойного общения, на примитивность и банальность окружающих. В прошлом же, не преминет заметить пациент, все было по-другому, он был близко знаком с разными знаменитыми людьми, с выдающимися личностями. В подтверждение своих слов он может демонстрировать имеющиеся автографы и фотографии. Так, один наш пациент приносил на прием огромные альбомы фотографий, на которых он находился рядом со знаменитыми актерами и футболистами, – и это не был фотомонтаж! Особенно он дорожил фотографией, где был запечатлен беседующим, а не просто стоящим рядом со знаменитой манекенщицей Клаудией Шиффер! Согласитесь, что только абсолютно индифферентный к происходящим вокруг культурным событиям психотерапевт останется полностью безучастным к личности пациента, ставшего их свидетелем или участником. Еще одним способом вызвать восхищение психотерапевта служил рассказ пациента о посещении всемирно-известных мест, правда, с обязательной пессимистической оговоркой, что все это в прошлом, что сейчас слишком высоки цены, ненадежны поезда и самолеты, плохи дороги. Для привлечения интереса психотерапевта пациент может подчеркнуть свое благородное происхождение, свою повышенную чувствительность к происходящему, вплоть до сверхчувственного экстрасенсорного восприятия. Естественно, все это сопровождается пессимистическими комментариями по поводу особых сложностей выживания столь сензитивной личности, обладательницы “голубой крови”, в деградирующем мире.

Какими бы путями ни стремился пациент к зеркалу психотерапевтического восхищения, отражаясь в нем, он не только начинает более оптимистично воспринимать мир, но, главное, начинает видеть самого себя, свое существование. Еще раз подчеркнем, что потребность нарциссического пациента в “зеркале любви” – это не блажь, а острая нужда, драматический результат дефицитарного развития при отсутствии искренней материнской заинтересованности.

Тем большее недоумение вызывает жесткая позиция, все еще занимаемая некоторыми отечественными психиатрами и психотерапевтами по отношению к так называемым демонстративным личностям. Львиную долю таких личностей составляют, по нашим клиническим наблюдениям и психотерапевтическому опыту, отнюдь не невротики-истерики, которые благодаря большей личностной интегрированности и достаточно развитой способности к тестированию реальности успешно находят свою зеркальную нишу вне стен психиатрической больницы, а как раз личности с гораздо более тяжелыми расстройствами, обусловленными патологическим нарциссизмом. В самом понятии “демонстративная личность” имплицитно содержатся неодобрение и даже осуждение: демонстративность нередко ставится в один ряд с такими отрицательными качествами, как лживость, фальшивость, пускание пыли в глаза и т.д. При этом подчеркивается, что психотерапевту следует быть начеку, не давать воли чувствам изумления и восхищения, для внушения которых пациент прибегает к изощренным манипуляциям. По нашему мнению, если психотерапевту в чем и следует быть начеку, общаясь с идеализирующим свои потенциальные возможности пессимистом-нарциссом, так это относительно возможности заразиться пессимистическим восприятием окружающего мира. Тогда ему будет крайне трудно помочь пациенту совладать с пессимизмом. Что же касается чувств удивления, изумления и восхищения, то вряд ли психотерапевту стоит их бояться, равно как и манипуляций пациента. Такие чувства обладают колоссальным психотерапевтическим потенциалом, поскольку в них отражается истинная сущность другого человека, всегда превосходящего в своих возможностях любые клинические представления о нем.

Переходим к обсуждению возможностей использования **тактики контейнирования** в психотерапевтическом общении с высокомерным, надменным нарциссическим пациентом, в поведении которого реализуется такая защитная функция пессимизма, как дистанцирование, контроль вертикальной психологической дистанции. Напомним, что данная сторона пессимизма связывается нами главным образом с переживаниями стыда, типичными при депрессии поражения.

Надменность пессимиста-нарцисса в таких случаях более всего проявляет себя как *над-человеч-ность*, *над-теп-ность*, богоподобность. Пациент либо скупится на слова, либо многословно вещает в основном на темы морали. Любые попытки психотерапевта инициировать диалог в противовес молчанию либо монологу, как правило, остаются безуспешными. Пациент или отвечает односложно, с многозначительными паузами, или бесцеремонно перебивает терапевта всякий раз, когда тот пытается вставить хоть слово.

Психотерапевт все больше чувствует себя не заслуживающим уважения ничтожеством, к которому относятся с полным презрением. Морализатор-

ство пациента, разглагольствующего о падении нравов и греховности, живописующего окружающий мир как скопище бандитов и проституток, осуждающего всеобщую нерелигиозность и бездуховность – все это вместе вызывает в терапевте чувство стыда, заставляет ощущать себя все более неполноценным. Конечно, все эти тягостные переживания заполняют терапевта только при условии сознательной открытости им, профессиональной готовности вместить в себя, как в контейнер, чувства, субъективно не переносимые для пациента, при мужестве быть “мусорным ведром”.

“Контейнирование”, по В.Биону, “мусорное ведро”, по Ф.Перлзу, – вместилище контрпереносных чувств, передаваемых по механизму проективной идентификации, эмпатическое принятие (каждый может дополнить этот ряд своим личным пониманием) процесса, терапевтическую суть которого составляют подхватывание и сохранение отвергаемых пациентом чувств, тех переживаний, от которых он стремится дистанцироваться, избавиться, “откреститься”. Психотерапевтическая толерантность к чувствам стыда, униженности, неполноценности является абсолютно необходимым условием общения с нарциссическим пациентом, пессимизм которого выступает защитой от депрессивных переживаний поражения, своего рода повязкой, наложенной на нарциссическую рану. Психотерапевту следует стать тем самым *раненым целителем*, по Р.Мэю, чья живучесть служит лекарством для пациента. Способности терапевта жить со стыдом и пережить стыд, не скрывать его в молчании и не отреагировать в морализаторстве должны внушить пациенту известную толику оптимизма, гарантировать безопасность приближения и раскрытия.

В какой мере раскрытие терапевтом своих переживаний уместно при общении с охваченным стыдом пессимистом-нарциссом? Станут ли переживания стыда более коммуницируемыми, если психотерапевт прямо сообщит пациенту о своих контрпереносных чувствах? Или, может быть, стоит как можно дольше хранить молчание? Все это крайне непростые вопросы. Представляется, что в общении с “моральным пессимистом” молчание предпочтительнее, поскольку оно свидетельствует о “вместаемости” переполняющих пациента чувств и воспринимается, скорее, как поддержка. В общении с “молчаливым пессимистом” молчание терапевта может оказаться слишком фрустрирующим, может ассоциироваться с борьбой за власть, с силовым противостоянием, поражением в котором как раз и травмирован пациент. Поэтому уместнее, на наш взгляд, все-таки прервать молчание, но, скорее, в просительной манере. Следует максимально уважительно попросить пациента чуть больше рассказать о проблемах, с которыми связано его обращение в клинику, и, в первую очередь, о желаниях, касающихся общения с терапевтом. Стоит упомянуть о некотором дискомфорте в ситуации затянувшегося молчания, из-за чего, собственно, терапевт и пробует это молчание прервать. Можно использовать для передачи

испытываемых терапевтом чувств такие слова, как “неуютно”, “немного неловко”; начинать обращение к пациенту с оборотов: “Я бы почувствовал себя лучше (мне стало бы легче, мне бы помогло), если бы Вы...”.

Подчеркнем, что терапевт не манипулирует словами и не заигрывает с пациентом; он старается сохранить за ним функцию контроля дистанции, не заставляя общаться, но запрашивая об общении, приглашая к общению. В высказываниях терапевта отражается прочувствованное “на собственной шкуре” понимание повышенной уязвимости пациента, с ног до головы обмотанного бинтом молчания. Речевые нюансы приобретают здесь решающее значение. Деликатное и избирательное раскрытие контрпереносных чувств служит формированию отношений контакта в противовес изоляции.

В качестве *клинической иллюстрации* рассмотрим особенности психотерапевтического общения с “молчаливым пессимистом-нарциссом” У., 20-ти лет, впервые обратившимся в клинику по поводу плохого настроения из-за трудностей в отношениях с друзьями и упрямо не желавшим сообщать врачу ни малейших подробностей своей жизни: “Ну, учусь, работаю, какая разница где?”. Врач была несколько обескуражена столь закрытой и вызывающе-высокомерной позицией молодого человека и, выставив предварительный диагноз “дистимия”, направила его на консультацию к психологу.

Сразу заявив о своей нелюбви к нашему брату-психологу, пациент надолго замолчал. Мы спросили, при каких обстоятельствах он общался с психологами раньше, на что пациент кратко ответил: “В школе, в военкомате и со знакомой моей девушки”. Как удалось прояснить, в школе психолог был хороший, в военкомате были тесты (от армии пациента освободили по зрению), а с девушкой, которую как-то застал за разговором о нем со знакомой-психологом, пациент вскоре расстался. Пациент продолжал давать скупые, чаще односложные ответы, как бы снисходя до задающего вопросы психолога: “Музыкант, имею две корочки, работаю промоутером”. При этом он высказал пару морально-оценочных суждений, точнее, осуждений, явствующих о пессимистической картине мира, полном “моральных уродов”.

Контейнируя чувства пациента, настроившись на них, мы ощущали себя все более неуютно, вроде бы недостойными общения – настолько от его молчания веяло холодом презрения. При этом молчание все более затягивалось, и мы, наконец, решили обратиться к пациенту с просьбой помочь понять, чем может быть вызван столь сильно ощущаемый нами дискомфорт? Может быть, он что-то знает о ситуациях, в которых человек, скорее всего, почувствует себя неловко, неуверенно? Такая попытка исподволь прояснить хоть что-то о болезненных для самолюбия пациента

ситуациях, не говоря уже о психотравмах, привела к результату, на который мы не рассчитывали.

Пациент решился рассказать о сломавшем его разговоре с девушкой, признавшей, что она стала жертвой изнасилования. Это случилось в спортклубе, куда он неоднократно советовал ей не ходить, но так и не смог отговорить. Долгое время девушка хранила молчание, но пациент, чутко реагируя на ее изменившееся эмоциональное состояние, настоял на разговоре. Однако пережить услышанное ему оказалось не под силу, и вскоре они расстались. Когда пациент застал девушку за разговором о нем с подружкой-психологом, то посчитал, что они анализируют его “не мужское поведение”, неспособность отомстить насильникам, и почувствовал еще больший стыд. Поэтому их разговор, о котором он с саркастической усмешкой упомянул в начале нашей беседы, стал последней каплей, переполнившей чашу унижения. Пациент предпочел разорвать столь болезненные для него отношения, и заплатил за это дополнительным самоуничижением, поскольку стал предателем в собственных глазах.

По сути, У. нес двойной груз переживаний – и собственных по поводу случившегося, и травматических переживаний девушки, которые он сочувственно “впустил” в себя, но не смог с ними справиться. То, что пациент решил рассказать о мучивших его депрессивных переживаниях, защитой от которых ранее служил позволявший дистанцироваться от них пессимизм, мы до определенной степени связываем с довольно эффективным контейнированием делегированных нам чувств стыда и унижения. Он остро нуждался в том, кого можно было бы обременить непосильной ношей, и кто сохранит груз переживаний до поры, пока пациент достаточно для них окрепнет.

Нередко, когда идет речь о тактике контейнирования, акцентируется в первую очередь фактор “вмещения” непереносимых для пациента чувств, и меньше обращается внимания на фактор их “возвращения”. Согласно классическим психодинамическим представлениям о контейнировании, младенец “вкладывает” в мать свою тревогу и взамен напитывается молоком успокоения. В гуманистической традиции, хотя термин “контейнирование” там и не используется, сходный с ним процесс обуеваемого негативными чувствами пациента понимается в ценностном ракурсе, как процесс поддержки ценности индивидуального опыта. Обсуждая тактику контейнирования в общении с нарциссическим пациентом, обуеваемым переживаниями депрессии поражения и защищающимся от них пессимистическим дистанцированием, хочется особо подчеркнуть важность терапевтического сохранения чувств бессилия, стыда, унижения до времени,

когда пациент “дорастет” до потребности проверить свою выносливость по отношению к этим чувствам.

Тактика контейнирования не менее важна, на наш взгляд, и в общении с нарциссическим пациентом, чей пессимизм, защищая от переживаний вины при анаклитической депрессии, проявляется агрессией в адрес окружающих и, конечно, психотерапевта. Становится также необходимым применение специальной неконфрнтирующей **тактики прояснения риска спровоцировать насилие**, который несет в себе агрессивное поведение. Она приобретает особое значение, поскольку пациент с нарциссической личностной структурой склонен к отреагированию агрессивных переживаний вовне.

Агрессивный нарцисс-пессимист обычно общается с психотерапевтом в критически-требовательной манере, как с “мальчиком для битья”. Для него непереносима ни малейшая задержка во времени начала приема; он не терпит очередей; любое изменение в графике приема в форс-мажорных обстоятельствах переживается им как затрагивающее жизненные интересы, расценивается как жуткая несправедливость. В резкой форме пациент требует, чтобы его права неукоснительно соблюдались: “И так нигде порядка нет, так я еще в больнице должен нервы трепать!”. С самого начала он ставит под сомнение профессиональную компетентность терапевта – “Сейчас все дипломы покупаются!” – и прозрачно намекает, что будет жаловаться в вышестоящие инстанции, если тот “провинится”. Надо сказать, что такой пациент представляет собой реальную угрозу социальному престижу, а подчас и безопасности психотерапевта из-за патологической тяги распускать сплетни, писать жалобы, звонить “куда надо” и требовать проверок работы. Даже обращение за помощью он облекает в шантажную форму: “Вы должны мне помочь, или я...”. К наиболее опасным “продолжениям” такого требования помощи относятся, безусловно, суицидальные попытки.

Коротко остановимся на драматическом *клиническом случае*, не имевшем, к счастью, страшного суицидального продолжения, но и без этого позволяющем живо представить все сложности психотерапевтического общения с нарциссическим пациентом, чьи депрессивные переживания оборачиваются агрессивным пессимизмом. Данный случай выбран для обсуждения еще и в силу его очевидной мифологической окрашенности.

Заметив с облегчением, что в разбираемом случае удалось предотвратить совершение пациенткой суицидальной попытки, мы должны с горечью сообщить, что ее обращение в клинику стало необходимым спустя примерно два месяца после завершенного суицида ее сестры-близнеца. Пациентка Z., 26-ти лет, требуя помощи, держалась очень агрессивно.

Не стесняясь в выражениях, Z. критиковала отечественную медицину, не способную оказать скорую помощь в критический момент, когда человек оказывается на пороге жизни и смерти. Врачи скорой помощи оказались бессильны, когда приехали по вызову пациентки, по дороге домой заглянувшей к родителям и нашедшей сестру повесившейся на двухъярусной детской кровати. Пациентка обвиняла врачей – всех – в некомпетентности, пассивности, бесчувственности и запальчиво утверждала, что никогда не обратилась бы в клинику, если бы не ответственность перед маленьким сыном.

Она не могла поверить в смерть сестры, боялась, что ее похоронили живой, ощущала незримую связь с сестрой и с трудом удерживалась от попыток “встретиться с ней”. Пациентке тем труднее было признать смерть сестры, чем чаще она смотрелась в зеркало, чтобы увидеть “то ли себя, то ли ее”. Монозиготные близнецы, сестры были похожи как две капли воды, и даже во взрослом возрасте продолжали причесываться и одеваться одинаково. Обе были художницами, но пациентка всегда считала сестру более талантливой, более тонко организованной художественной натурой. В нашей беседе она пессимистически оценивала возможности сестры выжить в жестоком мире насилия и несправедливости, готова была признать, что та сделала лучший для себя выбор. Как стало известно нам позднее, сестра пациентки уже однажды предпринимала суицидальную попытку – сразу после свадьбы Z., не желая с ней разлучаться.

В психотерапевтическом общении с пациенткой преобладала тактика контейнирования агрессивных чувств и проступающей сквозь них вины. При этом мы старались предотвратить еще большее усиление агрессии, обычно поощряемое в психотерапевтическом общении с невротическим пациентом. Нами разделялась точка зрения X.Кохута, рекомендующего смягчать гнев нарциссического пациента, чреватый самодеструктивным отреагированием вовне.

Еще раз подчеркнем, что агрессивный пессимизм, равно как и проступающее сквозь него чувство вины за разрушение объекта привязанности, подлежат, по нашему мнению, контейнированию. Следует “гасить” агрессию нарциссического пациента, а не фасилизировать ее, как в случаях психотерапевтического общения с невротическим пациентом. Необходимо предотвратить отреагирование агрессивных чувств пациента вовне – вплоть до совершения суицидальных попыток и насильственных действий по отношению к другим людям. Особое внимание, по нашему мнению, нужно уделять прояснению существующего для пациента высокого риска спровоцировать насилие.

Прояснение принято считать тактикой мягкой конфронтации. На наш взгляд, оно может стать не конфронтационной, а, скорее, поддерживающей тактикой, если сопряжено с контейнированием. Предоставляя себя в качестве *вместилища для агрессивных чувств* пациента, терапевт может указать на *неуместность агрессии вне кабинета* и, конечно, *любых агрессивных действий* в нем. Кроме того, с опорой на контрпереносные чувства психотерапевт может привлечь внимание пациента к своему нарастающему желанию дать отпор и предположить, что сходное желание может возникнуть и у других людей, общающихся с пациентом. Было бы наивно надеяться, что такие замечания сразу повлекут за собой устойчивые структурные изменения в личности пациента, однако стоит дать ему шанс хотя бы ненадолго задуматься, не провоцирует ли он насилия в свой адрес. Мы считаем, что необходимо с самого начала предпринимать все возможное, чтобы обезопасить пациента, не дожидаясь тех этапов психотерапии, когда он сможет осознать связь между провокацией насилия и чувством вины.

Завершая обсуждение тактик психотерапевтического общения с нарциссом-пессимистом – отзеркаливания, контейнирования и прояснения высокого риска спровоцировать насилие – обратим внимание на значение *супервизии*. Как показывает опыт, хроническое отсутствие супервизии лишает терапевта поддержки, без которой тот может треснуть или взорваться, стать социальным пессимистом или начать “наезжать” на любого, кто переступит порог кабинета. В процессе супервизии становится возможным разглядеть те самые нюансы контрпереносных чувств, которыми сигнализируют о себе защитные функции пессимизма: функция внушения интереса и восхищения, функция контроля вертикальной дистанции и функция выражения агрессии.

Супервизия позволяет психотерапевту более точно определить те моменты, когда становится уместным приблизиться к глубинным депрессивным переживаниям Неполноценного Я – чувству потери себя, стыду и вине, долгое время защищаемым пессимизмом Грандиозного Я.

## ЛИТЕРАТУРА

- Адлер А. *Практика и теория индивидуальной психологии*. М., 1995.  
Антология современного психоанализа. Т.1. М., 2000.  
Кейсмент П. *Обучаясь у пациента*. Воронеж, 1995.  
Кернберг О. *Агрессия при расстройствах личности*. М., 1998.  
Лэйнг Р.У. *Разделенное Я*. Киев, 1995.  
Мак-Вильямс Н. *Психоаналитическая диагностика*. М., 2001.  
Мэй Р. *Раненый целитель*. Московский психотерапевтический журнал, 1997, №2.

- Соколова Е.Т. Основы общей психотерапии. М., 2001.
- Соколова Е.Т., Чечельницкая Е.П. Психология нарциссизма. М., 2001.
- Столороу Р., Брандшафт Б., Атвуд Д. Клинический психоанализ. Интер-субъективный подход. М., 1999.
- Фрейд З. О нарциссизме. // З.Фрейд. Очерки по теории сексуальности. Минск, 1997, с.117-144.
- Фрейд З. Печаль и меланхолия. // Психология эмоций. Тексты. М., 1984, с.203-211.
- Чечельницкая Е.П. Психология нарциссизма. Журнал практического психолога, 1999, № 5-6, с.43-84.
- Bion W. Attacks on linking. L., 1962.
- Jacobson E. The self and the object world. NY., 1964.
- 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. Borderline conditions and pathological narcissism. NY, 1975.
- Kohut H. The restoration of the self. NY, 1977.
- Masterson J. The narcissistic and borderline disorders. NY, 1981.
- 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.
- Searls H. Separation and loss in psychoanalytic therapy with borderline patients: further remarks. The Am. J. of Psychoanal., 1985, vol.45(1), p.9- 27.
- Švrakić D.M. Pessimistic mood in narcissistic decompensation. The Am. J. of Psychoanal. 1987, vol. 47 (1), p.58-71.