

Введение

Пациент с пограничным расстройством личности говорит: «Я так плохо знаю себя, и у меня и так мало уверенности в себе, что я не могу решить, чего именно хочу, и даже когда решаю, мне еще труднее сделать это».

Пациент с нарциссическим расстройством личности говорит: «Совет директоров отказал мне в повышении до генерального директора, хотя я хорошо работал, потому что, по их мнению, у меня были плохие отношения с сотрудниками. Когда я пожаловался жене, она согласилась с советом директоров и сказала, что мои отношения с ней и детьми тоже плохие. Я не понимаю. Ведь я точно знаю, что я более компетентен, чем все эти люди».

Эти два утверждения ярко иллюстрируют широкий спектр психопатологии Я (нарциссизма), который варьируется от недостаточного эмоционального вложения в Я, наблюдаемого у пограничных пациентов, до патологического чрезмерного вложения в Я, наблюдаемого у нарциссических пациентов. Многие пациенты с пограничным расстройством признаются, что буквально зеленеют от зависти, глядя на фасад уверенности в себе, демонстрируемый нарциссическим пациентом.

Игнорирование этих ключевых различий и рассмотрение обоих расстройств как одного приводит к бесконечной путанице (58-63). В этой книге описываются различия между двумя расстройствами – по уровню развития, интрапсихической структуре и клинической картине, – а также подробно рассматриваются различия в терапевтической технике, необходимой для их лечения.

Существенный шаг вперед в понимании психопатологии пограничных и нарциссических расстройств, произошедший в последние годы, позволил усовершенствовать терапевтические техники и добиться лучших клинических результатов. Это новое понимание возникло как следствие теорий о том, как раннее развитие влияет на формирование характера, а также стимулировало раз-

витие этих теорий. Какие факторы необходимы для нормального развития? Что происходит не так в процессе развития, что приводит к пограничному синдрому или нарциссическому расстройству личности?

Гипотезы для этих теорий были получены из трех разных источников: (а) психоаналитическое лечение детей; (б) анамнестические реконструкции на основе анализа пограничных и нарциссических взрослых; и (в) непосредственные исследования в процессе анализа нормальных детей в ходе прохождения ими ранних фаз развития. Любая теория пограничных и нарциссических расстройств, чтобы иметь максимальную силу объяснения и адекватное близкое клиническое «соответствие», должна использовать как реконструкцию из анализа, так и исследования нормального развития детей. Несмотря на то, что эти два источника отличаются по характеру полученных данных и методу исследования, их выводы усиливают друг друга. Поэтому любая теория должна включать в себя концепции, взятые из теории развития симбиоза и сепарации-индивидуации (1, 2, 74, 76), наблюдаемые и описанные в нормальном развитии, а также патологию процесса сепарации-индивидуации (72, 83, 96), которая приводит к различным остановкам в развитии.

Большинство авторов-психоаналитиков (43-50; 58-63) делают акцент только на одном источнике – на аналитических данных, – исключая фактор развития, и их теории, соответственно, страдают как в плане объяснительной силы, так и в плане соответствия клиническим данным. В частности, Кернберг указывает на то, что исследования сепарации-индивидуации, проведенные на основе наблюдения за детьми, подкрепляют его клинические данные (48).

Другие авторы, не делающие отдельный акцент на развитии, тщетно ищут ответы на проблемы таких пациентов в классической теории инстинктов и эдиповом конфликте (см. Главу 13). Дело *не* в том, что последние не задействованы или не важны. Проблема в том, что их значение *для этих пациентов* должно быть подчинено фокусу развития, связанному с задержкой сепарации-индивидуации и восприниматься через него.

Применительно к пограничному пациенту это означает, что терапевт должен ориентироваться на то, что я называю пограничной триадой: сепарация-индивидуация ведет к депрессии, которая в дальнейшем приводит к защите. Клинические наблюдения за производными инстинктивных влечений Я и объектных репрезентаций, функциями эго и защитными механизмами, функциями суперэго, фантазиями, аффективными состояниями, переносом и сопротивлением должны быть организованы вокруг этой важной темы. Опять же, это не означает, что другие аспекты не важны, но их важность должна быть подчинена этой теме и организована вокруг нее.

Точно так же и в случае с нарциссическим пациентом, как описано в главах с 1 по 5, понимание последствий неудачи сепарации-индивидуации необходимо для проведения соответствующей психотерапии. Это не означает появления совершенно новой революционной мета-психологии, отбрасывающей старые принципы, речь идет скорее о скорее новой, дополнительной перспективе, которая добавляется к уже существующим.

Основная цель этой книги – продемонстрировать клиническую эффективность этого развивающего подхода при нарциссическом и пограничном расстройствах личности.

Часть I. ПСИХОПАТОЛОГИЯ НАРЦИССИЗМА

В Главе 1 «Нарциссическое расстройство личности» описывается клиническая картина, излагается теория развития, объясняющая эту картину, а затем проводится сравнение этой теории с теориями Кохута (58-63) и Кернберга (43-50). В Главе 2 «Дифференциальный диагноз» подробно описываются диагностические различия (а) между нарциссическим расстройством личности и пограничным расстройством, (б) между ними и другими основными диагностическими категориями и (в) между ними и пациентом с нарциссической защитой от пограничного синдрома. В Главе 3 представлена подробная история болезни и на основе клинических данных выведена интрапсихическая структура пациента с нарциссическим расстройством личности. В Главах 4 и 5 очень подробно опи-

сываются превратности этой интрапсихической структуры в ходе психоаналитической психотерапии данного пациента. В Главе 4 представлена первая, или тестовая, фаза лечения, а в Главе 5 – сессия за сессией рассказывается о том, как психотерапевтическая техника интерпретации нарциссической уязвимости пациента в переносе помогает ему преобразовать отреагирование в переносе в терапевтический альянс и перенос, что приводит к проработке лежащей в основе депрессии и фрагментированного Я. В Главе 6 представлен новый аспект теории развития: нарциссическая психопатология (или психопатология Я) пограничного пациента и ее отличие от нарциссического расстройства личности. Здесь также описывается теория развития и клиническая картина пограничного пациента с ложным Я (117), данная точка зрения на развитие противопоставляется точке зрения Винникотта, а затем приводится подробный отчет о психоаналитической психотерапии двух пациентов с ложным Я, которая иллюстрирует особые технические проблемы лечения этих пациентов.

Часть II. ПОГРАНИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

В Главе 7 представлен анализ, а также теория развития с изменениями и дополнениями, где говорится о роли материнской либидинальной доступности и сепарации-индивидуации при нормальном развитии эго и при развитии пограничной патологии. Эти изменения обусловлены размышлениями и исследованиями, вызванными вопросами, возникшими в отношении теории за последние восемь лет, а также обзором соответствующих исследований, опубликованных за тот же период.

В Главе 8 теория проверяется на практике, демонстрируя, как клинические данные используются для определения интрапсихической структуры в трех случаях: одного пограничного пациента высокого уровня и двух пограничных пациентов низкого уровня.

Главы 9 и 10, взятые из ранее опубликованных работ, были значительно переработаны, и в них добавлены новые случаи, демонстрирующие процесс лечения трех пациентов, описанных в Главе 8. В Главе 9 особое внимание уделяется использованию кон-

фронтации для установления терапевтического альянса, а в Главе 10 – терапевтическим техникам, необходимым для поддержания пациента в фазе проработки в процессе лечения. В Главе 11 описывается важность овладения пациентом талионическим импульсом для успешного лечения. В Главе 12 представлены проблемы, связанные с прекращением лечения.

Часть III. РАЗМЫШЛЕНИЯ

Глава 13 отвечает на вопросы, которые были подняты в связи с данной точкой зрения на развитие; затем она иллюстрирует, как заблуждения противоположных сторон терапевтического спектра – психоаналитической и более директивных направлений терапии – могут привести к искажениям в лечении нарциссических и пограничных пациентов. Наконец, в главе подводятся итоги и резюмируется следующая тема: рассмотрение клинических данных с точки зрения развития, в частности превратностей и последствий фазы сепарации-индивидуации в развитии эго, приводит к уникальному и адекватному соответствию между теорией и клиническими данными у пациентов с пограничными и нарциссическими расстройствами личности. В свою очередь это приводит к более специфическому и эффективному лечению. Терапевт, проводящий лечение именно таким образом, в какой-то момент обнаружит, что нашел ключ к этим расстройствам.

БЛАГОДАРНОСТИ

Я хотел бы поблагодарить мисс Хелен Гуделл, которая, как и всегда, проделала огромную работу в области редактирования; миссис Сьюзан Барроуз за ряд важных предложений по рукописи; а также мою жену Пэт за набор текста и его подготовку.

I

Психопатология нарциссизма

Термин «нарциссизм» в последнее время стал настолько тесно связан с одной из форм психопатологии, что часто упускается из виду, что нормально развитый или здоровый нарциссизм, одним из определений которого является либидинальное инвестирование в Я, является жизненно важным для здоровой адаптации. Как первоначально отмечал Фрейд (25), глобальный инфантильный нарциссизм постепенно дифференцируется по мере роста и взросления, чтобы инвестировать индивидуальную самопрезентацию и обеспечить либидинальные инвестиции для развития способностей к регулированию самооценки, самоутверждению, преследованию собственных уникальных интересов, стандартов, идеалов и амбиций.

В этом разделе нарциссическое расстройство личности представлено как одна из составляющих более широкого спектра психопатологии нарциссизма: нарциссические защиты от лежащего в основе пограничного расстройства личности и нарциссическая психопатология пограничного расстройства.

Мой интерес к нарциссическому расстройству личности возник в результате моей работы над пограничным синдромом (83, 86). С поверхностной клинической точки зрения эти два расстройства можно рассматривать как две стороны одной медали: пограничный синдром демонстрирует недостаточное либидинальное инвестирование Я, а нарциссическое расстройство личности, по крайней мере на первый взгляд, – грандиозное и патологически чрезмерное либидинальное инвестирование Я. В данном разделе становится понятно, как психопатология нарциссизма отличается в этих двух расстройствах. Неспособность Кохута провести это различие сильно преувеличила распространенность нарциссического расстройства личности как клинической проблемы и сделала её гораздо более драматичной. По моему собственному клиническому опыту и по опыту многих других коллег, а также по опыту сотен терапевтов по всей стране, с которыми я беседовал, в клинической практике значительно больше пациентов с пограничным

расстройством, чем пациентов с нарциссическим расстройством личности.

Глава 1 описывает клиническую картину нарциссического расстройства личности, а затем рассматривает теорию развития для объяснения этой клинической картины. Таким образом объединяются теоретические представления о нарциссическом расстройстве личности и пограничном расстройстве, представленные в предыдущих изданиях с изменениями и дополнениями в Главах 7-12. Затем эти теоретические взгляды противопоставляются взглядам Кернберга (43-50) и Кохута (58-63). Глава 2, посвященная дифференциальной диагностике, развивает этот интегрированный подход, делая акцент на той же теории развития для дифференциации нарциссического расстройства личности и пограничного расстройства личности. Далее специальный раздел посвящен представлению случая, иллюстрирующего нарциссическую защиту от пограничного расстройства личности; наконец, проводится различие между этими двумя расстройствами (нарциссическим и пограничным) и другими диагностическими категориями, такими как психоз, невроз, аффективное расстройство и т. д. В Главе 3 представлена история болезни нарциссического расстройства личности и показано, как клинические данные используются для определения интрапсихической структуры. Главы 4 и 5, представляющие психоаналитическую терапию данного пациента, демонстрируют превратности интрапсихической структуры нарциссического расстройства личности, со всеми взлетами и падениями в ответ на интервенции терапевта. В Главе 6 описывается нарциссическая психопатология, встречающаяся у пограничных клиентов, приводится теория развития с соответствующими объяснениями, данная точка зрения противопоставляется точке зрения Винникотта на ложное Я, а затем приводятся две подробные иллюстрации лечения пограничных пациентов с ложным Я.

1. Нарциссическое расстройство личности

Клиническая картина

Основными клиническими характеристиками нарциссического расстройства личности являются грандиозность, крайняя поглощенность собой и отсутствие интереса и эмпатии по отношению к другим людям, несмотря на стремление добиться восхищения и одобрения окружающих. Пациент с нарциссическим расстройством личности, похоже, бесконечно стремится к совершенству во всем, чем бы он ни занимался, добиваясь богатства, власти и красоты, и пытается найти других людей, которые отражали бы его преувеличенное представление о себе и восхищались им. Под этим защитным фасадом скрываются пустота и ярость с преобладанием сильной зависти.

В нарциссических расстройствах можно выделить три уровня функционирования:

1. Эффективная поверхностная адаптация к успешному функционированию благодаря таланту или навыкам. Такие пациенты приходят на психотерапию из-за невротических симптомов, сексуальных затруднений или трудностей в объектных отношениях.
2. Пациенты с серьезными трудностями в объектных отношениях, как правило, наряду с невротическими симптомами и/или сексуальными проблемами.
3. Те, кто функционирует на пограничном уровне со слабым эго.

Майснер описывает четыре клинических типа нарциссических расстройств:

1. фаллически-нарциссический;
2. нарциссизм Нобелевского лауреата;
3. манипулирующий или психопатический;
4. нуждающийся, цепляющийся и требующий.

К этому списку следует добавить то, что я называю «скрытым нарциссом». Хотя теоретически все нарциссы являются скрытыми нарциссами, я имею в виду пациента, который представляется сначала робким, застенчивым, подавленным и неэффективным – и лишь позже в терапии раскрываются самые изощренные фантазии о грандиозном Я.

Описанные ниже случаи иллюстрируют клиническую картину нарциссического расстройства.

случаи из практики

Г-н А.

Г-н А., 48 лет, женат и имеет двух сыновей.

История текущего заболевания

В терапии пациент сразу же признался, что он был одним из немногих, кого могли назначить на должность генерального директора крупной корпорации. Он с нетерпением ждал назначения и был страшно разочарован, когда на совете директоров ему сообщили, что это место достанется его конкуренту. Еще больше он был поражен, узнав причину. Качество его работы было превосходным, но отношения с сотрудниками и коллегами оказались настолько плохими, что ему не могли доверить управление компанией.

Подавленный и расстроенный, он рассчитывал найти поддержку у своей жены. Она же, напротив, лишь подтвердила мнение комиссии, объяснив ему, что такая же проблема есть и в его отношениях с ней и двумя их сыновьями. Он добавила, что он очень эгоистичен, хотя может проявлять интерес и очаровывать всех вокруг, когда это нужно лично ему и он преследует собственные интересы, не замечая потребностей жены и детей.

Сначала он пытался объяснить мне, психотерапевту, что все эти люди вокруг него ошибаются. Но через какое-то время он задумался о том, что, наверное, и впрямь что-то с ним не так, хотя и не

мог понять, что. У него было множество жалоб на жену, ее эмоциональную противоречивость, холодность, потребности и цепляние. За двадцать лет брака у него было несколько поверхностных романов, которые редко выходили за рамки сексуальных отношений.

Он признавался, что на работе и в кругу семьи он чувствовал, что лучше знает, как управлять ситуацией, обесценивал мнения других и не считался с ними. Он курил и много пил.

Также он жаловался, что не получает достаточной обратной связи от жены, и говорил, что падок на женщин, которыми восхищался и уважал, и которые лестили ему; ожидая этой лести, он положительно реагировал на нее. Однако во всех этих интрижках, как только проходила ранняя фаза сексуального влечения и романтики, как правило, он терял всякий интерес и заканчивал один роман, чтобы вскоре начать следующий.

Он стремился к совершенству в своей работе и не терпел, когда подчиненные не соответствовали его стандартам, потому что это плохо отражалось на его собственном имидже. Он был нетерпим к любой критике и склонен выплескивать гнев без должного обдумывания или попыток сдержать себя. У него было много интересов вне работы: музыка, искусство, гольф. Единственным невротическим симптомом, на который он жаловался, были головные боли, связанные с напряжением; кроме того, он сообщал о навязчивом страхе и тревоге, связанных с одиночеством и смертью.

Прошлый опыт

Пациент родился на западе Соединенных Штатов и был третьим ребенком в фундаменталистской, крайне религиозной семье с сильными ограничениями. Он рассказал, что много общался с отцом, который ему нравился, хотя в детстве отец часто уезжал из дома. Мать, по его словам, была более жесткой, чем отец, и именно она следила за дисциплиной. В доме было очень мало удовольствий, так как развлечения не разрешались, а упор делался на честь и долг. В школе и колледже пациент был отличным учеником и спортсменом, и в это время никаких симптомов не наблюдалось.

Оценка

На самых первых сессиях он продемонстрировал следующее: очень быстро он начал жаловаться на объектные отношения со мной так же, как и на отношения с женой – «ему не хватало обратной связи», когда я не задавал много вопросов. Было очевидно, что, с одной стороны, он идеализировал меня и хотел бы называть меня по имени, а с другой – был склонен соперничать со мной и обесценивать мои наблюдения относительно него. Этот пациент, вероятно, представлял собой то, что обычно описывают как фаллический нарциссический характер – наиболее функциональное из нарциссических расстройств.

Г-н В.

Второй пациент – пример более распространенного типа нарциссического расстройства, демонстрирующий средний уровень функционирования. Именно пациенты с такими нарциссическими расстройствами чаще всего приходят на терапию. Пациент – мужчина тридцати шести лет, женат, двое детей. Одна из основных жалоб: что он находится в такой глубокой яме, из которой не знает, как выбраться самостоятельно и поэтому решился на терапию.

Его потрясло сообщение жены о том, что она планирует развестись с ним. Оказалось, что за двенадцать лет брака у нее было несколько коротких интрижек из-за его эгоцентризма и недостатка внимания к ней. Он четко дал понять о своей неспособности ни с кем сблизиться, а также склонности эгоистично преследовать собственные интересы, игнорируя при этом потребности других людей, включая жену и детей, пока те не обвиняли его в эгоизме. Только в такой ситуации он был способен изменить свое поведение, пытаясь соответствовать их желаниям. По его словам, в браке было несколько таких кризисов (хотя он ничего не знал о романах жены), и каждый раз, когда кризис утихал, он возвращался к своим старым привычкам. Он сказал: «Кажется, я испытываю потребность быть любимым, но сам не могу любить; я эгоист; во мне есть что-то ужасное». У него была глубокая депрессия с вегетативными признаками. В работе он был вполне успешен, но у него были сек-

суальные проблемы, которые проявлялись в сексуальном отреагировании. Его воспоминания о детстве были крайне отрывочными, и он мог вспомнить очень мало из ранних лет жизни.

Оценка

Этот пациент, вероятно, представляет средний диапазон нарциссической патологии, с крайними трудностями в объектных отношениях, невротической симптоматикой и сексуальными конфликтами, хотя он вполне способен успешно функционировать на работе.

Теория развития

Теория развития проливает свет на задержку развития и интрапсихическую структуру нарциссического расстройства личности.

Уровень развития нарциссического расстройства личности

Согласно постулату теории объектных отношений (15, 16, 37, 38, 40, 41, 54, 55, 56, 57), защитные механизмы и функции эго созревают параллельно с созреванием Я и объектных репрезентаций. Возникают разногласия по поводу того, как объяснить то, что нарциссическое расстройство личности, похоже, нарушает этот постулат, поскольку наблюдается очень примитивная Я-объектная репрезентация наряду со способностью эго-функционирования, которая выглядит высокой.

С точки зрения развития, хотя репрезентация Я-объекта находится в слиянии, нарциссическое расстройство личности, похоже, получает преимущества для развития эго, что обычно возникает только в результате отделения от этого слияния. Ни я (см. ниже), ни другие авторы (44, 63) пока не нашли удовлетворительного решения этой дилеммы. Мы надеемся в будущем разработать некую теорию, которая разрешит эту двусмысленность.

Одна из функций кризиса сближения на фазе сепарации-индивидуации в развитии – привести в соответствие с реальностью (согласно фазе разочарования и фрустрации) архаичные структу-

ры, грандиозное Я и всемогущий объект (76). Кратко рассмотрим наблюдения Малера в этой связи.

Малер отмечал, что главной характеристикой периода практики являются значительные нарциссические инвестиции ребенка в собственные функции и в свое тело, а также в объекты и цели его расширяющейся «реальности». Он кажется относительно невосприимчивым к ударам, падениям и другим разочарованиям.

Подфаза сближения (примерно 15-22 месяца) начинается с освоения вертикального перемещения в пространстве. Наряду с ростом когнитивных способностей ребенка и все большей дифференциацией его эмоциональной жизни, происходит ослабление его прежней невосприимчивости к фрустрации, а также относительной забывчивости к присутствию матери.

Наблюдается повышенная тревога сепарации: на пике овладения навыками, к концу периода практики, происходит все более четкая дифференциация между саморепрезентацией и объектной репрезентацией. Маленький ребенок постепенно утрачивает прежнее чувство грандиозности и всемогущества и начинает понимать, что мир не принадлежит ему всецело и он должен справиться с ним самостоятельно.

Ребенок возвращается к матери, требуя, чтобы она разделяла все аспекты его жизни, но это уже не работает. Самопрезентация и объектная репрезентация находятся на пути к дифференциации. Таким образом, инфантильные фантазии о грандиозности и всемогуществе приводятся в соответствие с реальностью.

Фиксация нарциссического расстройства личности должна произойти до этого события, потому что клинически пациент ведет себя так, как будто объектная репрезентация является неотъемлемой частью саморепрезентации – всемогущим, двойственным единством. Возможность существования кризиса сближения данный пациент, похоже, не допускает. У него сохраняется фантазия, что мир принадлежит ему и вращается вокруг него. Для защиты этой иллюзии он должен отгородиться путем избегания, отрицания и обесценивания от того восприятия реальности, которое не соответствует или не резонирует с этой нарциссической, грандиозной самопроекцией. Следовательно, он вынужден терпеть из-

держки адаптации, которые всегда возникают, когда приходится отрицать большие сегменты реальности.

Почему фиксация происходит на этом уровне – сложный и малоизученный вопрос. Предположительно, как и в случае с пограничным расстройством, этиологический вклад может быть связан с обеими сторонами спектра «природа – воспитание». Однако при пограничном расстройстве влияние обеих сторон выражено гораздо отчетливее, чем при нарциссическом расстройстве личности.

Некоторые матери пациентов с нарциссическими расстройствами личности эмоционально холодны и склонны к эксплуатации. Они игнорируют потребности своих детей в сепарации-индивидуации, стремясь сделать из них объекты, которые оправдают их собственные перфекционистские эмоциональные потребности. Реальные потребности ребенка в сепарации-индивидуации страдают, поскольку он должен резонировать с идеализированными проекциями матери. Идентификация с идеализацией матери приводит к сохранению грандиозного Я, которое защищает от восприятия неудач матери и связанной с этим депрессии ребенка.

На вторую возможность указывает тот факт, что при нормальном развитии ребенок, особенно мужского пола, на ранних стадиях развития, еще до сближения, сильно склоняется к идентификации с отцом. Ребенок, переживающий депрессию покинутости матерью, может использовать этот нормальный путь как средство или канал, чтобы «спасти» себя от депрессии покинутости и матери. Вместо того чтобы пройти нормальный процесс развития идентификации с отцом как вторым, новым, несимбиотическим объектом, ребенок переносит симбиотические отношения с матерью на отца, чтобы справиться с депрессией покинутости. Таким образом, отец становится мишенью для проекции симбиотических отношений с матерью. Если отец – нарциссическая личность и этот перенос происходит до фазы сближения, грандиозное Я ребенка будет сохраняться и укрепляться через идентификацию с нарциссическим отцом, что приведет впоследствии к нарциссическому расстройству.

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

e-Univers.ru