

**Юлия Салий**

*Психоаналитик ЕКПП, супервизор Одесского психоаналитического общества,  
Руководитель Одесского психоаналитического института,  
член Дивизиона “Психоаналитическая психология и психотерапия”  
Национальной психологической ассоциации Украины  
<https://orcid.org/0000-0003-0679-1248>*

## **НАРЦИССИЧЕСКАЯ УЯЗВИМОСТЬ И ТЕРАПИЯ ОНЛАЙН**

Многолетний опыт пребывания в психоаналитической среде заставляет с грустью заметить, что, несмотря на отчаянные попытки мыслителей, начиная с Хайнца Кохута, развести понятия нормального и патологического (деструктивного, злокачественного) нарциссизма, даже у многих практикующих психоаналитиков представление о нарциссизме чаще соответствуют нарциссическому расстройству личности, чем другим клиническим синдромам, получившим обобщенное определение «нарциссически травмированная личность».

Растиражированное, как научной, так и не очень литературой, представление о надутом, высокомерном существе, лишенном эмпатии, завистливом, паразитирующем и эксплуатирующем других людей, отчаянно голодном по признанию и одновременно неспособном ни к какой любви стало причиной стигматизации и определенного страха определения «нарциссический» и пациентами, и, что намного хуже, психотерапевтами.

Вместе с тем, если нарцисс ядовитый, назовем его так, чрезвычайно редко появляется в кабинете терапевта, зато часто уходит по своей недоброй традиции избегать всего, что фрустрирует его защитное нарциссическое величие, пациентов с нарциссической уязвимостью, намного лучше настроенных на изменения, способных к благодарности и поэтому заслуживающих

особого разговора о «скользких местах» психотерапии нарциссически травмированной личности довольно много, а сегодняшняя реальность плохо способствует стабилизации и много требует маневренности и поиска новых решений в терапии, как офлайн, так и онлайн.

Если вспомнить о том, что, по сути, весть пограничный уровень развития личности в той или иной мере демонстрирует признаки патологического нарциссизма как защиты хрупкого Я от чувства одиночества и никчемности, то становится понятно, что сегодняшняя ситуация пандемии, карантина, неопределенности, угрозы существованию и тревоги провоцирует общую регрессию психической структуры и усиление патологических защит.

В этом случае среди проблем психодиагностики и психотерапии на первый план выдвигается разговор о такой патологической защитной структуре, как ложное Я, и не менее патологической защите - диссоциации.

Парадоксальным образом, большая часть носителей тяжелых личностных расстройств в силу регрессии могут производить куда более стабильное впечатление в состоянии стресса и депривации, чем можно было бы ожидать. Псевдоневротизм ложного Я создает обманчивое впечатление, и, помноженный на театральность и склонность диссоциировать, - опасную ловушку для психотерапевта. Я бесконечно благодарна своей супервизантке за сообщение «Я работала с пациенткой как с невротиком до тех пор, пока она не начала приносить сновидения».

В случае терапии он-лайн очевидная депривация всех каналов восприятия, особо - телесная, порождает дополнительную реактуализацию травматической сепарации, что также усиливает патологические защиты и замутняет и без того неясную картину.

К сожалению, я сталкивалась с последствиями молчаливого сговора «примерного» ребенка и не в меру оптимистичного психотерапевта. Ничего хорошего из этого не выходит.

Но, к счастью, этот опыт позволяет сделать определенные выводы и предвосхитить будущие ошибки.

Это важно, в первую очередь, потому, что работа с невротической и нарциссической структурой личности изначально предполагают принципиально разные стратегии взаимодействия.

Для меня определяющей является идея Хайнца Кохута, изложенная им в работе «Восстановление Самости»:

«Некоторые из наиболее стойких сопротивлений... возникают в ответ на то, что стадия понимания - стадия эмпатического эха аналитика или слияния с пациентом - была пропущена. В некоторых случаях анализа - хотя отнюдь не во всех - аналитик даже не будет осознавать, что пациенту, чей объект самости в детстве травматическим образом разрушил его ожидания в этой области, потребуется длительный период «одного только» понимания, прежде чем можно будет с пользой приступить ко второму этапу - интерпретации, динамическим и генетическим объяснениям, даваемым аналитиком» («Восстановление самости»).

Добавлю также, что в моем понимании представление Кохута об «эмпатическом эхе аналитика» имеет много общего с представлением Уилфреда Биона о «контейнировании».

Моя личная терапевтическая судьба необратимо убедила меня в том, что, если пациент достаточно невротичен, избыточное слушание ему никак не повредит, если же он нарциссически травмирован, поспешные интерпретации навредят почти гарантированно. В плохом случае - это обрыв терапии, когда исправлять допущенные ошибки будет уже не с кем. Как супервизор, я часто притормаживаю и охлаждаю супервизантов, алкающих интерпретаций в порядке выполнения священного терапевтического долга. Наш главный долг - не навредить.

Если скорость терапии оценивать количеством интерпретаций, тогда терапия нарциссически травмированных людей -

очень медленная терапия. В терапии он-лайн скорость падает почти до нуля.

Исходя из этого понимания, полагаю, будет полезным определить некоторые «маркеры», позволяющие предположить нарциссическую уязвимость при любых усыпляющих бдительность маневрах ложного Я.

Если говорить о первом и общем впечатлении, то, на мой взгляд, всегда следует обратить внимание на некоторую отстраненность или дистантность пациента. По наблюдению Хайнца Кохута, у нарциссически травмированных людей зачастую нарушен теплообмен, что является телесным выражением переживания депривации. Это может проявляться в не по погоде теплой одежде или непосредственном сообщении, что пациент «всегда мерзнет». Речь коррелирует с бессознательным, в силу чего странность нарциссически уязвимой личности зачастую и получает у окружающих определение «отможенный» или грубее - «отморозок».

Алекситимия, закономерное следствие фрустрированной потребности в контейнировании, выдает себя тем, что повествование принимает характер «экшена», то есть описывает события как последовательность действий: «А он сказал... а она сказала... а я вскочил и выбежал, хлопнув дверью...». В этом случае эмпатическое эхо звучит более или менее как «Полагаю, Вы почувствовали страшную обиду, когда ваша девушка в споре встала на сторону вашего друга...». Если не удастся вклиниться, что естественно, если учесть, что на пограничном уровне пиковые аффекты занимают намного больше места, чем у невротиков, я просто дожидаюсь окончания истории и «возвращаю» ее пациенту, но уже как эмоционально-чувственную картину произошедшего.

Для первоначального впечатления безусловно полезным является определение Мелани Кляйн тревог и забот параноидно-шизоидной и депрессивной позиций: тревога преследования

и озабоченность собственной целостностью, с одной стороны, депрессивная тревога и озабоченность собственной разрушительностью - с другой. Соответственно, от пациента, пребывающего на параноидно-шизоидной позиции, при любом позиционировании невротических ценностей, мы будем слышать сообщения о каком-нибудь ущербе или разрушительном воздействии (физическом или психическом) со стороны другого или окружающих. В этом случае следует учесть наличие или отсутствие актуальной причины для общей регрессии (потерю работы, отношений и т.д.). Кляйн говорит о том, что депрессивная позиция никогда не достигается индивидом вполне, и в состоянии особого напряжения любой человек может вернуться на параноидно-шизоидную, что очень наблюдаемо в ситуации пандемии и карантина. Однако выраженность подобных переживаний, при любых подробностях, остается хорошим маркером пограничного уровня развития личности.

Из внешних признаков, которые бросаются в глаза еще до всякой картины жизни пациента, достаточно надежными маркерами пограничного уровня являются экзотический (в любом смысле) внешний вид и, особо, обширный пирсинг и татуировки. Последние, с учетом склонности пограничной личности к постоянным самоповреждающим действиям и измененного переживания физической боли, являются эстетизированным эквивалентом самоповреждения.

Кроме ложного Я, первобытных аффектов и тревоги преследования, нарциссическую структуру личности отличает также так называемый оральный гнев, то есть склонность реагировать агрессией на фрустрацию. Это может выглядеть как некоторая раздражительность или язвительность. Кернберг определяет раздражение как потенциал злобы.

Поскольку представление о нарциссической уязвимости связано, главным образом, с двумя переживаниями - состоянием брошенности (одиночества) и чувством никчемности

(ненужности, малоценности), в истории пациента следует обратить особое внимание на: телесные недуги, лишения, травмы, ущерб, угрозу существованию, оперативные вмешательства (особенно на ранних этапах развития); утрату родителей; родительское отвержение пассивное или активное; использование родителем ребенка как «нарциссического расширения»; ротацию ролей в детско-родительских отношениях; массивные травмы отвержения и унижения (травля, буллинг, бойкот или другие формы игнорирования); длительное пребывание в культуре или субкультуре, ценностные ориентиры которой существенно отличаются от усвоенных в процессе развития.

«Я появляется как телесное» (Фрейд). На ранних этапах развития ребенок взаимодействует не столько с реальной матерью, сколько с материнским имаго, выстроенном проекциями собственных влечений (Кляйн). Если физическое неблагополучие обрекает ребенка на страдания, в этот момент он переживает «плохую мать», независимо от реальной заботы биологической матери. Преждевременное появление на свет становится фрустрирующим уже в силу незрелости организма. Обычные воздух, вода и свет раздражают, а ситуация кормления из удовольствия превращается в мучение. Материнское контейнирование осложняется невозможностью устранить физическую боль.

С другой стороны, агрессивные средовые влияния также отражаются на переживании телесного Я. Следует обратить особое внимание на сообщение о холоде (в роддоме или дома), точно так же, как на аналогичные сообщения на протяжении всего развития. По моему опыту, важное значение имеет климат, в котором человек родился и рос, или невнимание окружающих к тому, достаточно ли тепло ребенок одет. Нарушение теплообмена может выражаться и в очевидной нечувствительности к холоду.

Ограниченные возможности и соматические заболевания, особенно сопровождающиеся физическими страданиями, неминуемо отражаются на характере. Боль физическая всегда и психическая - удар по первичному нарциссизму с его фантазиями бессмертия, неуязвимости и всемогущества. В этом случае мы говорим о соматопсихических искажениях.

Люди, потерявшие родителей, осознанно или бессознательно связывают уход родителя с собственной «плохостью». Иногда смерть родителей наносит самооценке не настолько сильный ущерб, как уход из семьи с последующим пренебрежением оставленным ребенком. Тем не менее, необходимо понимать, что представление о смерти как о небытии, плохо доступно человеческому воображению, уж подавно, воображению ребенка. Эвфемистические формулировки, наподобие «ушел в лучший мир», только усугубляют дело. Родители - это и есть мир ребенка, то есть лучший мир - это лучший по отношению к миру семьи, соответственно последний оказывается плохим или, по меньшей мере, недостаточно хорошим.

Наиболее труднодоступной для осознания является агрессия по отношению к умершим родителям, тем более, что ее подавление подпитывается культурой, а неприемлемость, да и нелогичность винить умерших за то, что они умерли, способствует меланхолическому оборачиванию упреков на себя (Фрейд, «Печаль и меланхолия»). Кроме чрезмерного чувства вины, проблем выражения агрессии, общего чувства ненадежности и нестабильности бытия, эти пациенты демонстрируют также неумение (неспособность) жаловаться, плакать, обвинять и часто обесценивание любых личных проблем, если они меньше, чем смерть.

Травматичность развода, безусловно, зависит от способности ушедшего родителя нести дальнейшую ответственность за оставленного ребенка и участвовать в его судьбе. То, что именно безответственность во всех отношениях и послужила

причиной развода, понимает уже взрослый человек, пришедший на терапию. Точно так же, как взрослый человек может вполне понимать, что алкоголизм, наркомания, тяжелые личностные расстройства очень плохо лечатся, особенно, если больной больным себя не считает и лечиться не собирается. Это никак не отменяет страданий ребенка, жалобы которого было некому выслушать. И здесь же мы зачастую обнаруживаем ротацию ролей - ребенок был вынужден поддерживать и утешать оставшегося родителя.

Люди, которых родители отвергали пассивно (то есть старались любить ребенка, но не любили) или активно (родители делегировали напрямую малоценность - «Я рожала детей для того, чтобы было кому мыть полы», никчемность, уродство - от экстремальных примеров я воздержусь, зная, что любой практикующий аналитик может подбросить свои) демонстрируют особую готовность к чувству отвержения. В трагических случаях создается впечатление, что ребенка рожали, чтобы было, над кем издеваться, что также может выливаться в выраженные мазохистские тенденции как способа адаптации к патологической среде развития.

Здесь я хочу вернуться к разговору о терапевтической позиции.

Как-то за столом одна моя подруга, тоже психотерапевт, спросила меня: «Что ты делаешь, если пациент задерживает оплату?». Я ей ответила: «Запоминаю». Этот ответ я дала бы на очень многие вопросы, возникающие в связи с психотерапией, особенно на начальных ее этапах.

В психоанализе существует представление об интерпретациях неправильных и несвоевременных. По этому поводу я мрачно шучу, что несвоевременные интерпретации существуют только в разговоре с супервизором. Для пациента несвоевременная интерпретация ничем не отличается от неправильной.



Я объясню это на примере следующей группы нарциссически травмированных людей - тех, которые были нарциссическим расширением своих родителей.

Психоаналитическое представление о нарциссическом расширении также связано с понятием эмпатии (особое место оно занимает в Психологии Самости Х.Кохута) или точнее отсутствием таковой со стороны родителей в направлении ребенка. Это ситуация, когда ребенок является вместилищем родительских желаний, целей, амбиций и т.п. По отношению к чувствам и желаниям самого ребенка родитель демонстрирует равнодушие, игнорирование или нетерпимость разной степени выраженности. По моему опыту, именно такое отношение порождает сновидения, когда сновидец кричит, но понимает, что его не слышат (как вариант - не видят, смотрят сквозь) или еще возможно - пытается закричать, но вместо крика выходит какой-то слабый звук (по выражению одной пациентки «как тянущаяся пленка»).

Чувство несуществования, свойственное многим нарциссически травмированным людям, - производное от их несуществования ребенка в глазах родителя как «центра самостоятельного чувства- и волеизъявления» (выражение Х. Кохута).

Такая травма, помимо прочего, плохо создается как травма, поскольку нарциссический родитель зачастую уделял ребенку много времени, внимания и сил. И понять, что одновременно тебя полностью игнорировали - затруднительно. Одно из определений нарциссизма - травма тем, чего не было - любви, уважения, эмпатии.

Депрессия и агрессия за несуществование копится годами, как я уже сказала, плохо поддается осознанию, но пребывает в состоянии аффективной готовности.

В этой ситуации преждевременная интерпретация превращается в очередное навязывание со стороны родительской фигуры чего-то, чего я сам не думаю, не чувствую и не хочу.

Хорошо будет, если реакцией последует ярость. Хуже, если довербальная депрессия. Еще хуже, если на авансцену привычно выйдет ложное Я. Ну, и край - ложное Я вежливо прощается, уже в дверях или смской сообщает о делах безотложной важности, мешающих в данный момент продолжить анализ, обещает написать при малейшей возможности, благодарит за проделанную работу и исчезает навсегда, ибо с детства сыто по горло людьми, благодаря которым оно и отросло.

Эмпатическое эхо (или контейнирование) наоборот позволяют постепенно материализоваться пациенту не в плане тела, но в плане чувств. Важно только, чтобы ваше понимание соответствовало истинному положению вещей. Кривое зеркало ничуть не лучше преждевременной интерпретации.

Все эти усилия я прилагаю лишь для того, чтобы вернуть человеку его самого. Сколько на это уходит? Годы. Нет, конечно, я не имею в виду, что работа с нарциссически травмированными людьми начисто лишена интерпретаций, работы с сопротивлением, работы с переносом и других бесценных наработок психоанализа. Но в моей практике они занимают несоизмеримо меньшее место, чем это принято в академической традиции.

Справедливости ради нужно сказать, что и в этом случае обрывов не избежать. Но обрыв обрыву рознь. Тот же Кохут призывает больше доверять пациенту в его желании уйти, потому что такой уход может быть интуитивным пониманием, что сейчас он не выдержит дальнейшего погружения.

Иногда люди также уходят, потому что хотят сохранить идеализированный объект. Как показывает опыт, они возвращаются спустя месяцы или годы, и ты никогда не знаешь, вернутся ли вообще. Но, как врач скорой помощи, я всегда на связи.

Я отлично знаю, что перенос сессии может быть выражением сопротивления и, тем не менее, переношу их по просьбе

пациента, если есть такая возможность. Для меня единственный ориентир - могу ли я найти другое время без ущерба для собственной личности, проявить терпение без мазохизма. Что характерно, в случае отказа, люди с выраженной фрустрационной готовностью демонстрируют устойчивость и доверие, построенные на опыте честного отношения к ним.

Так же я отношусь к «внеурочным» сессиям или к сессиям с очевидными помехами для общения. В моей практике был случай, когда за одну сессию связь оборвалась никак не меньше двух десятков раз (пациент был далеко в отъезде), но мы соединялись снова и снова, и снова, и снова. Нечего и думать, что в таких условиях можно услышать или сказать что-нибудь ценное. Ценной является готовность удержать.

Я делюсь своим опытом и своим личным терапевтическим стилем. В надежде, что мои наработки соединятся с какими-то вашими личными наблюдениями и сомнениями. Но также понимаю, что попираю известные догмы, и любой из вас волен не согласиться и даже осудить меня.

Но мой опыт - это тоже опыт. И в моем опыте мои личные пациенты ни разу так и не злоупотребили моим вольным обращением как с аналитической нейтральностью, так и аналитическим сеттингом.

#### **Литература:**

1. Кляйн, М. (2001). Заметки о некоторых шизоидных механизмах. Кляйн М. и др. Развитие в психоанализе. М.: Академический Проект.
2. Кохут, Х. (2002). Восстановление самости.
3. Фрейд, З. (2017). Я и Оно (сборник). Litres.
4. Фрейд, З. (1984). Печаль и меланхолия. Интерес к психоанализу: Сборник/Пер. с нем, 228-247.