

УДК 159.9.072

Мелёхин А.И.

СПЕЦИФИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО НАРЦИССИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНЫМ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина, Москва, Российская Федерация

В России распространенность синдрома раздраженного кишечника (далее сокр. СРК) увеличивается с каждым годом, особенно его рефрактерного течения (refractory IBS), т.е. когда пациент на протяжении от 6 до 9 месяцев не реагируют на медикаментозное таргетное лечение, рекомендации по изменению питания, образа жизни, формируя при этом ряд терапевтических барьеров, избегающих и перестраховочных форм поведения, что значительно ухудшает его качество жизни [1].

Новые представления о зарубежных рекомендациях по СРК (например, диагноз СРК охватывает поведение, связанное с поиском помощи, тревогу за здоровье и дефицит качества жизни), а также данные о его высокой коморбидности с соматизацией побудили врачей приблизить СРК к соматоформным расстройствам [2].

В зарубежной нейрогастроэнтерологии СРК рассматривается как форма телесного дистресса, нарушение кишечного-нервно-микробиомного взаимодействия (disorders of gut-brain interaction [2]), функциональное расстройство нижних отделов желудочно-кишечного тракта, которое характеризуется: болью и/или дискомфортом в абдоминальной области, изменениями в транзите кишечника, изменениями в частоте и/или форме стула. Оказывает существенное влияние на социальное функционирование, и пациенты часто сообщают врачам-гастроэнтерологам о значительном снижении качества жизни, связанного с симптомами, которые вызывают сильный дистресс в их повседневной жизни включая подбор диеты, ограничения в передвижении, недовольство собственным внешним видом, межличностными и сексуальными отношениями. Кроме того, СРК представляет собой отягощенное бремя для врачей «первичной» медицинской помощи в связи с тем, что инвалидизирующе затрагивает ряд аспектов качества жизни [3].

В связи с этим лечение синдрома раздраженного кишечника привлекает все большее международное внимание, поскольку терапия одной тактикой редко снимает беспокоящие симптомы у пациентов [3].

За последние несколько лет при лечении рефрактерного синдрома раздраженного кишечника наряду с медицинской тактикой (соматотропной, психотропной) все больше показана эффективность применения психологического подхода, например протоколов когнитивно-поведенческой терапии, схема-терапии, диалектической поведенческой терапии, терапии усиления ментализации, делающие акцент на психологические факторы, способствующие предрасположенности и поддержанию данной формы соматизации у пациента. Провоцирующие факторы включают, например, болезненные потери, физические заболевания и травмы, расставания, разрыв отношений, конфликтная ситуация на работе, переживаемая как нарциссическая травма, может вызвать клиническую картину в форме соматизации [4;5].

Для клинической психологии синдром раздраженного кишечника, а точнее желудочно-кишечная специфическая тревога (gastrointestinal specific anxiety [5]) является перспективной моделью исследования психологических механизмов соматизации. Тяжесть соматизации, в том числе и появление СРК связана с рядом факторов. Например, сепарационной тревогой, нейротизмом, алекситимией, негативной аффективностью, самопожертвованием, добросовестностью, самокритичными чертами личности, наличием расстройства личности и пограничного личностного функционирования [2]. Показано, что несколько типов расстройств личности (чаще всего с «театральными», обсессивно-компульсивными расстройствами личности) были связаны с рисками сомати-

зации аффекта в форме желудочно-кишечной специфической тревоги. Другие авторы отмечают, что у подавляющего большинства пациентов при оценке коморбидных расстройств нет пограничного психического функционирования. Данный вопрос по сей день является открытым [3].

Однако связь между СРК и нарциссической личностной дисфункцией по сей день как в российской, так и зарубежной клинической психологии неясна [14].

Пациенты с рефрактерным СРК имеют следующие особенности психического функционирования [3;4;6;7]:

- 1) Жесткий идеал «Я», наличие ложного «Я» (феномена «как будто» личности);
- 2) Нетерпимость к фрустрациям и другим переживаниям из-за слабости со стороны «Я» (опературное функционирование);
- 3) Слабая способность к ментализации (преобладание гиперментализации);
- 4) Трудности с уважением к себе, постоянное сомнение, ощущение «недостаточности», разочарование, гнев, которые очень часто бывают вызваны отношениями со значимыми другими;

5) Наблюдается стыд за тело, его проявления. Женщины с СРК чрезмерно озабочены своей внешностью и социальным одобрением;

6) Наличие чувства вины и стыда как реакции на внутреннее чувство неадекватности, как и тенденции к мазохистическому страданию, которое встроено в перфекционистские усилия пациента компенсировать этот дефицит в удовлетворении ранних нарциссических потребностей.

Согласно психологической модели СРК С.М. О'Махони и соавт (рис.1) [4] стрессы, пережитые в раннем возрасте пациента (часто до 5-7 лет), образуют неадаптивный стиль привязанности, когнитивные режимы отношения к себе (безысходность, «соберись и терпи», «напрягайся и переваривай», «будь в образе», «соответствуй», «не опозорься», «будь собранной») и другим («всем всё равно на мои чувства, как и отцу», «мне нужно чтобы понравилось маме, в том числе и мое поведение»), которые могут проявляться во взрослом возрасте отсрочено как через соматизацию в форме сбой в кишечной микробиоте (энтеральная нервная система), так и через симптоматические функциональные



Рис. 1. Психологическая модель взаимодействия желудочно-кишечного тракта и психического благополучия с фокусом на полученном стрессе на разных этапах жизни пациента (по С.М. О'Махони и соавт., 2017 [4])

нарушения желудочно-кишечного тракта (например, ощущение тошноты, диарейных или запорных проявлений).

При наличии негативных эмоций висцеральные ощущения, как правило, более заметны и обозначаются пациентами как болезненные и невыносимые. Эмоциональное негативное возбуждение у данных пациентов усиливает перистальтику толстой кишки и вызывает желудочно-кишечную специфическую тревогу. Показано, что состояния, провоцирующие гнев, злость, панику значительно увеличивают подвижность толстой кишки у пациентов с СРК, в то время как подавление гнева было связано с длительным опорожнением и развитием запора (например, [9]).

В клинической психологии термин патологический нарциссизм (pathological narcissism) был введен для обозначения значительных регуляторных дефицитов у пациентов и неадаптивных стратегий в случаи, когда позитивный образ себя как психическая конструкция оказывался под угрозой. Это дисфункциональный стиль личности. Согласно теории саморегуляции нарциссического функционирования (self-regulation theory of narcissistic functioning [6]) изменения в конфигурации нарциссизма способствует соматизации,

вмешиваясь в процессы эмоциональной регуляции и ментализации, т. е. понимания как собственного психического состояния, так и других людей. Также следует учитывать, что нарциссизм формируется в результате динамического взаимодействия внутриличностных когнитивных, аффективных процессов и межличностных стратегий саморегуляции, проявляющихся на социальной арене человека. Данная теория предполагает защитную роль нарциссизма в отношении проблем и телесных переживаний пациента [6].

Согласно иерархической модели А. Пинкуса и М. Луковицкого патологический нарциссизм понимается как способ понимания себя и других, относится к дефициту в регуляции самооценки, включающий неадаптивные механизмы восстановления и поддержания собственного «Я» или образа-Я [8]. Характеризуется сочетанием психодинамических явлений, которые часто наблюдаются у пациентов с СРК: дисфункциональной саморегуляции (например, склонность сосредотачиваться, усиливать и неправильно интерпретировать телесные ощущения), эмоциональной регуляции, трудностями в межличностных отношениях, искаженным восприятием здоровья и болезни (рис.2).



Рис. 2. Модель патологического нарциссизма А. Пинкуса и М. Луковицкого (перевод и адаптация А.И. Мелёхин). Примечание. Диагностическая оценка уровня функционирования личности основана на структурированной клинической оценке четырех клинически значимых элементов. «Хорошо» (грандиозность-эксгибиционизм; явный) и «плохо» защищенный (уязвимость-чувствительность; скрытый) нарциссизм [10;11]

**Структурные компоненты патологического нарциссизма (фенотипическое описание)
по А. Пинкису и М. Луковицкому (адаптация А.И. Мелёхин) [8]**

Нарциссическая грандиозность	Нарциссическая хрупкость (уязвимость, сензитивность)
<ul style="list-style-type: none"> • Сильная мотивация к самосовершенствованию в большинстве социальных контекстов; • Культ чувства собственного превосходства над окружающими и уникальности, со стремлением вовлекаться в грандиозные фантазии; • Склонность к межличностной эксплуатации/власти и контролю; • Имеют опыт интенсивной зависти, агрессии и обиды; <ul style="list-style-type: none"> • Эггибиционизм; • Доброкачественная забывчивость; <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие сочувствия; • Совершают множество действий с целью вызвать восхищение; • Склонны реагировать яростью на критику, настойчиво предъявлять свои права 	<ul style="list-style-type: none"> • Хрупкое «Я», низкий эмоциональный регуляторный потенциал, склонность сомневаться; <ul style="list-style-type: none"> • Ангедония; • Повышенная чувствительность к телесным сенсациям; • Склонность к негативной аффективности. Переживания гнева, зависти, агрессии, беспомощности, пустоты; • Склонность к подавлению эмоций; • Повышенная чувствительность к угрозам для самооценки; • Регуляция самооценки поддерживается грандиозными фантазиями и одновременно испытывают интенсивный стыд в отношении своих потребностей и амбиций; • Социальное избегание (изоляция); • Уклонение от отношений из-за страха не получить желаемого восхищения и признания; • При срыве защитных механизмов развивается нарциссическая травма (рана), провоцирующая беспокойство, депрессию и чувство неполноценности; • Склонность к эмоциональному голоду; <ul style="list-style-type: none"> • Риски суицидальности

Также данная форма нарциссизма (рис.2) представлена двумя видами дисфункциональных фенотипов - грандиозностью и уязвимостью, специфика которых суммирована нами в табл.1.

В отличие от медицинской классификации DSM (от III до V версии), данная психологическая модель (рис.2) позволяет отойти от дефицитарного (патологического) подхода и расположить патологический нарциссизм в континууме между двумя фенотипами. На одном конце спектра мы находим прототип «грандиозного», «толстокожего», высокомерного / титулованного, бесстыдного, забывчивого нарциссизма («хорошо защищенный нарциссизм»). На другом конце мы видим прототип уязвимого, «тонкокожего», склонного к стыду, подавленного / истощенного нарциссизма (плохо защищенный нарциссизм) [1].

Грандиозный и уязвимый нарциссизм может проявляться как открыто, так и скрыто (рис.2) [1]. Таким образом, мы как клинические психологи могли бы диагностировать у пациента грандиозный нарциссизм, при котором некоторые элементы выражаются открыто (поведение, выраженные установки

и эмоции), а некоторые остаются скрытыми (способ восприятия, личные фантазии/фантазмы, чувства, мотивы, потребности).

При патологическом нарциссизме наблюдается дефицит со стороны ментализации, который влияет на способность пациента распознавать, дифференцировать эмоции у другого человека и выражается в форме выраженной алекситимии и/или гиперментализации с негативным социо-когнитивным смещением [11]. Пациенты испытывают трудности в регулировании своего поведения и эмоций, особенно в контексте негативных эмоций (например, провокаций) и быстро сменяющегося социального контекста [15]. Показано, что пациенты с нарциссической уязвимостью более чувствительно реагируют на боль (физическую и психологическую), склонны к ее катастрофизации, развитию кинезиофобии [16]. Неоднократно подчеркивалось трансдиагностическое значение патологического нарциссизма для успешного комплаенса и ответа на лечение у пациента с СРК [17].

Потенциальная связь между нарциссической грандиозностью, уязвимостью и тяжестью соматизации еще до конца изучена.

Хотя наличие грандиозности может служить психологической защитой как форма маскарада от воспринимаемой слабости или немощи, однако, нарциссическая уязвимость (наличие вытесненных психологических ран) может усугубить физическое самоощущение вплоть до развития истощения, фрагментации [17;18]. Понимание этих психологических явлений важно для клинических психологов, которые часто сталкиваются с пациентами, у которых наблюдается нарциссическая дефицитарность.

Цель исследования: изучить и описать специфику патологического нарциссизма у мужчин и женщин с рефрактерным течением синдрома раздраженного кишечника.

Материал и методы исследования

Участники исследования были разделены на следующие группы:

Основная группа: 70 женщин и 70 мужчин, средний возраст 34 года в диапазоне от 18 до 51 года, с СРК (К58 по МКБ-10), прошедшие полное обследование у врача-гастроэнтеролога с проведением колоноскопического обследования и направленные к клиническому психологу для психологического обследования. Работали – 77%, находились в отношениях – 74%. Средняя длительность заболевания 40,9±33,1 месяцев, что говорит о рефрактерном течении СРК. Участники на момент исследования не принимали ни соматотропную и психотропную терапию

Контрольная группа – 70 мужчин и 70 женщин (средний возраст 31,2±11,4 года, работали – 74%, находились в отношениях – 68%), посещавшие профилактически врача-гастроэнтеролога, у которых отсутствовали функциональные и органические заболевания желудочно-кишечного тракта.

Критерии включения: возраст 20–60 лет; информированное согласие и наличие диагноза от врача-гастроэнтеролога К58 (по МКБ-10) и согласно IV Римским критериям; подтверждение отсутствия органического заболевания при соответствующем исследовании (биохимическом, ультразвуковом, эндоскопическом и рентгенологическом).

Критерии исключения: наличие сопутствующего органического заболевания желудочно-кишечного тракта (например, воспалительного заболевания кишечника); тяжелой сопутствующей патологии (например, онкологии, ишемической болезни сердца, метаболических, аутоиммунных заболеваний); беременность, кормление грудью; прием лекарств, которые могли изменить функционирование ЦНС (например, антихолинергические, антиаритмические препараты, β-блокаторы); перенесенные операции на брюшной полости, за исключением аппендэктомии и/или холецистэктомии; имели в прошлом или в настоящем времени серьезные психические расстройства, злоупотребление психоактивными веществами или алкоголем.

Методики исследования (рис.3).

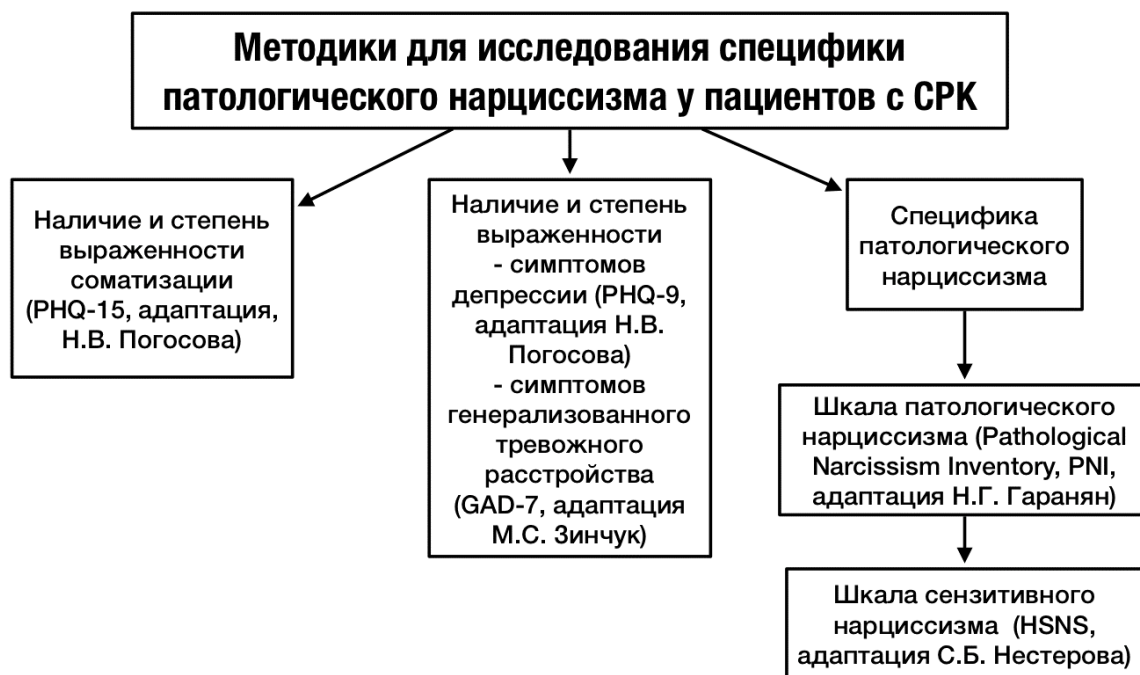


Рис. 3. Описание применяемых методик в рамках исследования

Средние баллы по симптомам депрессии, генерализованного тревожного расстройства и соматизации среди основной (пациенты мужского и женского пола с СРК) и контрольной группы

Параметры оценки	Основная группа (Пациенты с СРК)		Контрольная группа		p
	Женщины (A) M±SD	Мужчины (B) M±SD	Женщины (C) M±SD	Мужчины (D) M±SD	
	n=70	n=70	n=70	n=70	
Симптомы депрессии (PHQ-9) [27]	17,69±6,35	17,77±5,89	7,1±3,9	7,4±2,6	AC**, AD**, BC**, BD**
Симптомы генерализованного тревожного расстройства (GAD-7) [21]	15,04±5,1	14,93±5,16	4,8±1,5	4,7±0,9	AC**, AD**, BC**, BD**
Склонность к соматизации (PHQ-15) [30]	13,08±1,87	10,11±1,10	2,4±0,8	2,6±1,1	AC**, AD**, BC**, BD**

Примечание: В квадратных скобках указан максимальный балл по методике, свидетельствующий о выраженности измеряемого параметра. ** - p<0,01.

Статистическая обработка проводилась с помощью программы IBM SPSS v.23 для OS X. Различия между мужчинами, женщинами с СРК и здоровыми людьми оценивались путем сравнения средних баллов по представляющим интерес переменным с использованием t-критерия. Корреляции Пирсона использовались для изучения связей между соматизацией, нарциссической грандиозностью, нарциссической уязвимостью и симптомами депрессии, тревоги.

Результаты исследования и их обсуждение

В отличие от контрольной группы у мужчин и женщин с рефрактерным синдромом раздраженного кишечника наблюдаются симптомы генерализованного тревожного расстройства (соматическое, когнитивное гипервозбуждение) и депрессии (чувство никчемности, безнадежность, апатия, эмоциональная астения), что говорит о присутствии состояния угрозы для «Я» (угрожающей части в «Я» [11]). Склонность к соматизации аффекта как защитного механизма выше у женщин с СРК, чем у мужчин (табл.2).

Со стороны патологического нарциссизма, более выраженные изменения наблюдаются со стороны нарциссической хрупкости (уязвимости), чем грандиозности у обоих полов с СРК (табл.3). Это отражает ранимость «Я» (повышенную чувствительность) у данных пациентов,

а также нарушения в эмоциональной саморегуляции (колебания самооценки, переживания стыда, гнева/ярости, тревоги, недоверия, рис.4). Трудностью для этих пациентов заключается в наличии боли и разработке страдания, что сопровождается наличием разрозненных «отколотых» или неинтегрированных частей «Я». Это приводит к защитному использованию неадаптивных внутриличностных и межличностных способов поддержания стабильного самопознания.

У мужчин с СРК наблюдается выраженное самопожертвование и самовозвышение (табл.3), в форме искусственной стимуляции себя, самосаботажа, намеренного использования альтруистических форм поведения для поддержания «раздутого» или травмированного образа «Я» (рис.4).

Из рис. 4 видно, что со стороны нарциссической хрупкости (по шкале PNI) как формы неадаптивного или плохо защищенного нарциссизма у обоих полов с СРК присутствует:

1. *Требовательная (нарциссическая) ярость* отражает склонность терпеть, быть неудовлетворенным собой, реагировать гневом (злость, обида) в тех случаях, когда ожидания похвалы от значимого другого человека не удовлетворяются. Склонность реагировать ненавистью и завистью в ответ на нарциссическую угрозу (т.е. угрозы самооценке).

Средние баллы по патологическому и гиперчувствительному среди основной (пациенты мужского и женского пола с СРК) и контрольной группы

Параметры оценки	Основная группа (Пациенты с СРК)		Контрольная группа		p
	Женщины (A) M±SD	Мужчины (B) M±SD	Женщины (C) M±SD	Мужчины (D) M±SD	
	n=70	n=70	n=70	n=70	
Нарциссическая грандиозность (PNI, общий индекс) [5]	2,6±0,63	2,7±0,78	2,2±0,11	2,3± 0,19	AC*, AD*, BC*, BD*
Эксплуативность [5]	2,41±0,91	2,6±0,94	1,48±0,25	1,51±1,01	AC*, AD*, BC*, BD*
Самопожертвование / самовозвышение [5]	2,56±0,66	3,0±0,71	2,30±0,87	2,20±0,73	AC*, AD*, BC*, BD*
Создание и уход в грандиозные фантазии [5]	2,17±0,72	2,11±0,70	1,40±1,25	1,51±1,19	AC*, AD*, BC*, BD*
Нарциссическая хрупкость (PNI, общий индекс) [5]	3,9±0,81	3,82±0,64	2,63±0,53	2,51±0,48	AC*, AD*, BC*, BD*
Неустойчивая самооценка [5]	3,4±0,94	3,33±0,51	1,43±0,77	1,55±0,49	AC*, AD*, BC*, BD*
Соккрытие «Я» (ложное «Я») [5]	2,9±0,80	2,81±0,62	1,86±1,00	1,63±0,89	AC*, AD*, BC*, BD*
Обесценивание [5]	3,6±0,91	3,5±0,88	1,43±0,85	1,73±0,93	AC**, AD**, BC**, BD**
Требовательная ярость по отношению к себе и другим [5]	3,4±0,70	3,4±0,54	1,20±0,68	1,46±0,88	AC**, AD**, BC**, BD**
Сензитивный (гиперчувствительный) нарциссизм (HSNS) [48]	38,91±3,18	37,5±2,81	25,1±2,70	26,4±2,33	AC**, AD**, BC**, BD**

Примечание: В квадратных скобках указан максимальный балл по методике, свидетельствующий о выраженности измеряемого параметра. ** - p<0,01 * - p<0,05.

2. *Неустойчивая самооценка* в форме колебаний в сфере самоуважения, признание ее срывов при отсутствии внешних источников признания, поддержки, восхищения. Отра-

жает потребность использовать других для поддержания самоуважения.

3. *Обесценивание* проявляется в отсутствии спонтанного, гибкого интереса к другим

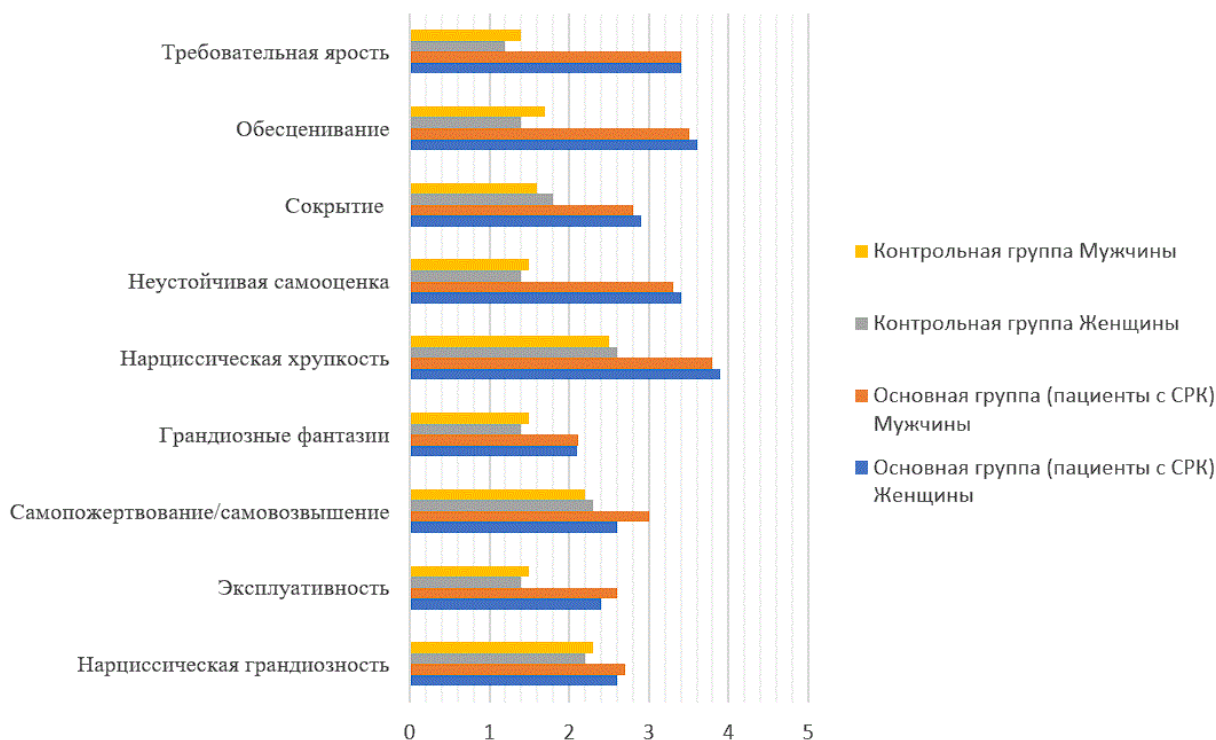


Рис. 4. Специфика компонентов патологического нарциссизма (по шкале PNI) среди основной (пациенты мужского и женского пола с СРК) и контрольной группы

людям, кто не демонстрирует необходимого восхищения, желаемого поведения. Пациенты отмечают, что иногда избегают людей, потому что обеспокоены тем, что они разочаруют их. Также обесценивание себя из-за чувства постыдной зависимости от других.

На рис.5 показано, что у женщин и мужчин с СРК наблюдается гиперчувствительный (уязвимый) нарциссизм (по шкале HSNS), в отличие от контрольной группы.

Представленные на рис. 5 данные говорят о том, что пациенты с СРК чрезмерно чувствительны к реакциям и критике других людей, легко чувствуют себя обиженными, избегают быть в центре внимания, склонны к депрессии (см. табл.2) и чувствуют себя неадекватными и постыдными. Гиперчувствительный нарциссизм, который чуть более выражен у женщин с СРК характеризуется чувством самоотверженности в отношениях, острым чувством

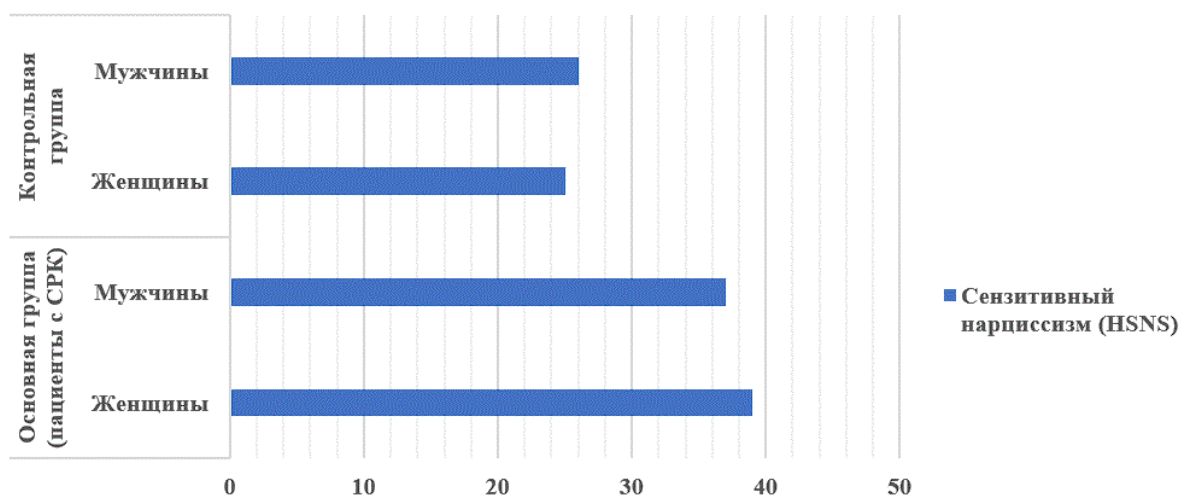


Рис. 5. Степень выраженности сензитивного (гиперчувствительного) нарциссизма (по шкале HSNS) в основной и контрольной группе

Одномерные корреляции между соматическими симптомами, спецификой патологического нарциссизма у пациентов (общее) с синдромом раздраженного кишечника

Параметры оценки	Соматизация	Грандиозность	Нарциссическая хрупкость	Симптомы депрессии
Нарциссическая грандиозность	0,361*	-	-	-
Нарциссическая хрупкость	0,531**	0,687**	-	-
Сензитивный нарциссизм	0,502**	-	0,481**	0,419**
Симптомы депрессии	0,591**	0,100	0,419**	-
Симптомы генерализованного тревожного расстройства	0,693**	0,08	0,05	0,651**

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

ответственности по отношению к другим людям, колебаниями в чувстве собственной значимости и фантазиях о том, чтобы обеспечивать других и заботиться о них.

Наличие нарциссической хрупкости у пациентов с СРК может быть проинтерпретировано как защита от негативных аффектов и отражает их сниженную стрессоустойчивость. У пациентов могут отсутствовать соответствующие стратегии для совладания с сильными эмоциями, и они полагаются только на защитные механизмы (например, соматизация, отрицание, обесценивание, отступление) для регулирования своих эмоций, самооценки, особенно когда им угрожает сравнение с более эффективным другим человеком [17;18;19]

Нами были обнаружены корреляционные связи между соматизацией и симптомами депрессии, тревоги, а также между соматизацией и нарциссической грандиозностью и уязвимостью у пациентов с СРК (табл.4).

Нарциссическая хрупкость у пациентов с СРК связана с наличием и степенью выраженности симптомов депрессии, что согласуется с данными о том, что данный аспект патологического нарциссизма связан с широким кругом симптомов расстройств как аффективного спектра, в том числе депрессии [12]. Высокая степень нарциссической хрупкости может усугубить симптомы ЖКТ за счет ухудшения депрессивного настроения и усиления активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы [7]. Тревога у плохо защищенных нарциссических пациентов с

СРК (при хрупкости) со стремлением быть отделенными от других людей и желанием быть признанными может привести к чрезмерному поиску соответствия, что увеличивает риски развития таких симптомов как абдоминальная боль, желудочно-кишечная специфическая тревога, тошнота. Это в свою очередь усиливает чувство беспомощности, которое относится к психологической незащищенности и/или негативной эмоциональности [11]. Из-за половых различий в тяжести соматизации (по РНҚ-15) дальнейший статистический анализ был проведен отдельно для пациентов мужского и женского пола (табл.5).

Из таблицы 5 видно, что наличие соматизации у мужчин связано с нарциссической грандиозностью и хрупкостью, в отличие от женщин, у которых только связь наблюдается только с хрупкостью.

Обнаруженная нами связь между нарциссической уязвимостью как плохо защищенным нарциссизмом и повышенной соматизацией у пациентов с СРК соответствует зарубежным теоретическим представлениям о нарциссической дисфункции, поскольку «хрупкие» или истощенные представления о себе, наличие нарциссической раны как правило, сопровождаются чувством фрагментации и соматическими (телесными) сенсациями [например, 16,17,18]. Плохо защищенный (уязвимый) нарциссизм у пациентов с СРК характеризуется чувством отрицательной эмоциональности или неэффективной регуляцией эмоций. Вышеупомянутые аспекты можно резюми-

Частичные корреляции между соматическими симптомами и выраженностью патологического нарциссизма среди пациентов мужского и женского пола, с контролем переменных (симптомы депрессии и тревоги)

Параметры оценки	Соматизация (PHQ-15) у женщин с СРК	Соматизация (PHQ-15) у мужчин с СРК
Нарциссическая грандиозность (PNI)	0,201	0,305*
Нарциссическая хрупкость (PNI)	0,467**	0,442**
Сензитивный (гиперчувствительный, уязвимый) нарциссизм (HSNS)	0,410**	0,419**

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

ровать в терминах угрожающей части в «Я». Кроме того, пациенты с плохо защищенным нарциссизмом обеспокоены своим внешним видом (например, вес, лицо) и демонстрируют соматическую озабоченность, что можно рассматривать с точки зрения ипохондрической части в «Я» [17;18].

Наличие нарциссической уязвимости у пациентов с СРК увеличивает риски пессимистического взгляд на жизнь и более низкой психологической устойчивости на фоне снижения родительской отзывчивости в детстве [18].

Следовательно, пациентам может быть трудно рассмотреть более адаптивные реакции на повседневные проблемы, что, в свою очередь, может сделать их более восприимчивыми к симптомам тревоги, депрессии и соматизации.

Патологический нарциссизм у пациентов с СРК способствует развитию соматических симптомов за счет повышенной чувствительности к физическим ощущениям. Следует быть внимательными к соматическим симптомам, которые испытывают пациенты с нарциссической дисфункцией. Эти симптомы могут иметь особое значение для регуляции у пациентов самооценки и гендерной ролевой идентичности (например, «быть достаточно женственной», «быть полноценным на работе, в коллективе»), а также могут выполнять функцию заплатки от психологической и/или социальной боли.

Нарциссическая травма возникает, когда человек чувствует, что его «истинное» Я раскрыто. Такое раскрытие представляет собой прямую угрозу, которая может подорвать

нарциссическое самоуважение. Например, одна из пациентов нашего исследования пережила травмирующий телефонный разговор со своим начальником как нарциссическую травму. Ее неспособность принять и разрешить нарциссическую травму привела к соматизации как способу решения проблемы, перед каждым совещанием, приходом на работу у нее развивалась острая диарея, вздутие и боли.

Связь между грандиозностью и соматизацией у мужчин менее согласуется с имеющимися в клинической психологии теоретическими предположениями. Мужчины с грандиозными нарциссическими чертами с большей вероятностью одобрили бы физическую целостность и даже превосходство [15]. Возможно, для мужчин с грандиозными чертами выражение, предъявление другому человеку физических жалоб предпочтительнее, чем ощущение скомканного изображения самого себя. Таким образом, физический дискомфорт или боль могут выполнять защитную функцию, избавляя мужчин с СРК от дальнейшей эрозии саморепрезентации. Однако также следует учитывать, что применяемая нами шкала патологического нарциссизма (по шкале PNI) в основном оценивает адаптивные проявления грандиозного нарциссизма. Пациенты с ярко выраженными нарциссическими чертами в своей личностной организации борются за сохранение своих идеализированных, неразрушимых и совершенных представлений о себе, и у них есть тенденция проецировать их на других людей. Часто у пациентов с СРК их идеальное представление о себе становится фрагментированным. Они теряют целостность

своего представления о себе, которое было основано на низкой самооценке и хрупком чувстве безопасности, от которого они защищаются, добиваясь внимания и восхищения и не проявляя сострадания из-за преобладающего инфантильного чувства собственной важности.

Нарциссические защитные механизмы у пациентов с СРК (например, сознательное отрицание, проекции, неосознаваемое подавление, искажение), в том числе преувеличенная рационализация, аддитивное поведение и желание обратиться за помощью, которые, скорее всего, поддерживает их искаженные представления о себе. Разделение (поляризация людей и ситуаций, на «хорошее-плохое», «черное-белое») развиваться как система защиты, чтобы оборонять идеализированные аспекты собственной личности.

Соматизация в отличие от других защитных механизмов, уменьшает интрапсихический дистресс. Это явление также называется *первичной выгодой*, которая служит средством поддержания психологического равновесия. Однако за это равновесие приходится платить – *искаженным восприятием реальности*. Внимание сосредотачивается на сообщаемых симптомах, и, следовательно, реальная проблема или источник психической нестабильности и дистресса блокируются, и пациент не может пережить стрессовое событие или переживает его лишь частично. Часто пациенты с СРК не могут смириться с психологической (эмоциональной) причиной своего физического заболевания, и подвергают себя ряду медицинских обследований в течение длительного времени. В тот момент, когда появляется симптом, его можно сознательно использовать для достижения оптимальной межличностной выгоды, также известной как *вторичная выгода*.

Своевременное выявление соматизации как защитного механизма против интрапсихического дистресса необходимо, чтобы избежать ненужных диагностических процедур и предотвратить ухудшение выполнения социальных и профессиональных ролей пациента с СРК, а также облегчить его страдания. Нарциссические пациенты, обращающиеся за лечением, часто вступают в контакт с лечащими врачами, когда они находятся в более остром симптоматичном, *уязвимом* состоянии, потому что нарциссическая грандиозность препятствует вовремя получению лечения [11;13;17]. Пациенты, которые действительно проявляют значительный патологический нарциссизм,

обычно нуждаются в лечении, которое контекстуализирует их симптомы в рамках их личностной патологии. Характерные особенности расстройств настроения и тревожности могут насторожить клиницистов психологов насчет патологического нарциссизма. У пациентов с СРК со значительным патологическим нарциссизмом подавленное настроение характеризуется «пустотой» и возбуждением, но не печалью. Кроме того, их сообщения о симптомах настроения и тревоги, как правило, наполнены обидой, гневом, завистью и стыдом. Клинические психологи должны признать сохраняющееся влияние высоких ожиданий и перфекционизма на настроение и симптомы тревоги у данной группы пациентов. Перфекционизм при нарциссизме может быть особенно пагубным, приводя как к отсутствию положительного подкрепления от профессиональной, социальной и рекреационной деятельности, так и к социальной изоляции, чтобы скрыть *несовершенное «Я»*. Учитывать реакции контрпереноса у клинического психолога на пациента с СРК также полезны при диагностике патологического нарциссизма. Распространенные реакции на грандиозность и уязвимость включают чувство обесценивания и некомпетентности, нетерпения, эксплуатации или подавленности и страха ранить сверхчувствительного пациента.

Выводы

1. У мужчин и женщин с рефрактерным синдромом раздраженного кишечника наблюдаются выраженные изменения в психологическом благополучии в форме симптомов генерализованного тревожного расстройства и «пустой» депрессии, которая сопровождается чувством никчемности, бессмысленности существования, безнадежностью, апатией и эмоциональной анестезией, компульсивный потребностью в других людях для поиска одобрения.

2. У женщин СРК выше, чем у мужчин склонность к соматизации как способу символической коммуникации, использованию «примитивного» защитного механизма против нежелательных желаний и намерений, аналогичный отрицанию и подавлению. В качестве средства разрешения конфликтов женщина воспринимает свое тело как «дефект или ошибку» или фокусируется на физических симптомах, чтобы избежать невыносимой стрессовой ситуации, неопределенности.

3. У мужчин и женщин с СРК наблюдаются высокий уровень патологического нарциссизма, и изменения в нарциссической конфигурации. Более выраженные изменения наблюдаются со стороны нарциссической хрупкости (неустойчивая самооценка, обесценивание), чем грандиозности, которая сопровождается тревожным ожиданием. Можно говорить о наличии диффузной нарциссической уязвимости. Со стороны нарциссической грандиозности у мужчин с СРК наблюдаются высокие показатели по самопожертвованию и самовозвышению, как намеренному использованию альтруистических актов для поддержания «раздутого» образа «Я». Мы предполагаем, что наличие грандиозного «Я» представляет собой компенсаторный психологический ресурс, развитие которого у мужчин спровоцировано глубокими переживаниями стыда из-за несоответствия между ожиданиями и реальностью. Следует учитывать, что данные грандиозные черты патологического нарциссизма могут быть связаны с меньшим использованием лечения и преждевременным его прекращением.

4. У женщин и мужчин с СРК наблюдается гиперчувствительный (уязвимый) нарциссизм, в отличие от контрольной группы.

5. Со стороны нарциссической хрупкости у обоих полов с СРК присутствует одинаково выраженная требовательная ярость, что отражает склонность быть не довольным собой, реагировать гневом в тех случаях, когда ожидания не удовлетворяются. Присутствуют дефекты самооценки и ее гибкой регуляции (стабилизации).

6. Наблюдаются множественные связи между соматизацией и симптомами депрессии, тревоги, а также нарциссической грандиозностью и уязвимостью. Нарциссическая хрупкость у пациентов с СРК связана с наличием и степенью выраженности симптомов депрессии.

7. Наличие соматизации у мужчин с СРК связано с нарциссической грандиозностью и хрупкостью, в отличие от женщин, у которых только с хрупкостью, как переживания угрозы неизбежного краха.

Практические рекомендации

Несмотря на растущий культурный и эмпирический интерес к патологическому нарциссизму, эффективные рекомендации по психотерапевтическому лечению еще не разработаны. Данное исследование расширяет и поддерживает широко распространенную



Рис. 6. Диагностические кластеры патологического нарциссизма у пациентов с СРК

ограниченность критериев МКБ-11 и DSM-V для понимания нарциссического расстройства личности и нарциссизма как психического функционирования из-за исключения уязвимых (нарциссическая хрупкость) особенностей. Распространение дополнительных предложенными нами диагностических меток при психологическом обследовании пациента с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта с помощью опросника патологического нарциссизма (PNI, рис. 6) позволяет учитывать полную панораму психического функционирования, добавляя понимание противоречивости и неинтегрированности и самовосприятия у людей с расстройством нарциссизма.

Личностные черты, как и преобладание механизма соматизации могут быть гибко изменены, так как они вмешиваются в эмоциональные процессы приводя к аффективной дисрегуляции, убеждения и поведение пациента приводя к перестраховкам и избеганию, что показано нами на рис. 7.

В соответствии с изменениями в патологическом нарциссизме у пациентов с СРК может выиграть тактика применения когни-

тивно-психологической терапии (например, Standard CBT IBS) или диалективно-поведенческой терапии (Dialectical behavioral Therapy, DBT), направленные на изменение негативных автоматических убеждений, форм поведения, включая последствия данного заболевания на их жизнь и эмоциональные дисфункциональные реакции, способствующие снижению удовлетворенности качеством жизни.

В качестве характерологических тем, выявленных в этой статье у пациентов с СРК являются изменения в межличностных отношениях, это подчеркивает взаимосвязь между нарушенным само- и другим психическим функционированием. В контексте лечения пациента СРК с патологическим нарциссизмом обсуждение их межличностных отношений может быть важным направлением для изучения связанных с ними трудностями с идентичностью и регулированием эмоций доступ, к которым может быть затруднен. Это особенно заметно, поскольку прекращение, искажение лечения особенно распространено для пациентов с выраженными изменениями в патологическом нарциссизме. Также сле-



Рис. 7. Соматизация и патологический нарциссизм у пациентов с СРК

дует помнить про то, что за соматическим симптомом, с которым обратился пациент могут быть межличностные трудности. В связи с этим мы рекомендуем применять метакогнитивную интерперсональную терапию (metacognitive interpersonal therapy, MIT).

Лечение пациентов с СРК с нарциссическими изменениями может вызвать интенсивный не только перенос, но контрперенос и часто приводит к в стигматизации со стороны врачей и использованию неаккуратных фраз («это не лечится», «это с вами навсегда», «это ваша слабая особенность», «это ваша уязвимость»). Таким образом, данная статья позволит врачам задуматься про расширение навыков эмоциональной, когнитивной эмпатии к этим пациентам, поскольку у них наблюдается оборонительная психическая самоорганизация, состоящая из защитного характера грандиозного нарциссизма, внутренней пустоты и незащищенности (нарциссическая уязвимость) и ожидания пренебрежения и травмы со стороны другого человека. Для клиническим психологов при работе с данными пациентами рекомендуется делать акцент на перенос и контрперенос применяя протоколы transference-focused psychotherapy (TFP).

В связи с наличием у пациентов с СРК выраженных изменений со стороны нарциссической хрупкости (неустойчивая самооценка, обесценивание), которые связаны с дисфункциональным стилем детско-родительских отношений, небезопасной привязанностью, сбоем в эмпатии, эмоциональной регуляцией,

рекомендуется применять терапию усиления ментализации (mentalization-based treatment for pathological narcissism). Ментализация относится к когнитивной деятельности понимания как собственных психических состояний (например, мысли, эмоции, желания), так и других людей. Направлена на усиление способности пациентов мыслить в контексте отношений привязанности (безопасная, доверительная, гибкая), исходя из предположения, что работа в этом психическом аспекте приведет к функциональному улучшению. Наконец, улучшения в рефлексивная функции и ментализации со снятием негативных ярлыков на себя и других людей, являются важными механизмами изменений психического благополучия у данной группы пациентов. Поддерживающий и неавторитетный подход, включающий у пациента, позиция «незнания», эмпатическую проверку в реальном времени, подкрепление положительных ментализаций с другими людьми, хорошо подходит для преодоления межличностных уязвимостей у нарциссических пациентов с СРК. В то же время активный терапевтический стиль, включающий психологическое обследование, структурирование сессий, развитие и достижение четких целей и целенаправленное исследование внутренних и межличностных процессов - позволяет клиническим психологам активно обращаться к ключевым проблемным областям пациентов и последовательно направить терапевтические отношения на изменение и функциональное улучшение.

Мелёхин А.И.

СПЕЦИФИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО НАРЦИССИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНЫМ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина, Москва, Российская Федерация

Цель: изучить специфику компонентов патологического нарциссизма, в том числе и сензитивного (гиперчувствительного) нарциссизма, его связи с соматизацией, симптомами депрессии, генерализованного тревожного расстройства у мужчин, женщин с рефрактерным течением синдрома раздраженного кишечника. *Методы:* основная группа - 70 женщин и мужчин, средний возраст составлял 34 года в диапазоне от 18 до 51 года, работали – 77%, находились в отношениях – 74%. Средняя длительность заболевания - $40,9 \pm 33,1$ месяцев (K58 по МКБ-10), прошедшие полное обследование у врача-гастроэнтеролога с проведением колоноскопического обследования. Контрольная группа – 70 мужчин и 70 женщин без функциональных и органических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Все участники заполняли шкалы оценки патологического нарциссизма (PNI), сензитивного нарциссизма (HSNS), соматизации (PHQ-15), симптомов депрессии (PHQ-9) и тревоги (GAD-7). *Результаты.* У мужчин и женщин с рефрактерным синдромом раздраженного кишечника по сравнению со здоровой группой наблюдаются выраженные изменения в психологическом благополучии в форме преобладания симптомов генерализованного тревожного расстройства и на втором месте депрессии. У женщин СРК выше, чем у мужчин склонность к соматизации аффекта. У обоих полов с СРК со

стороны патологического нарциссизма, более выраженные изменения наблюдаются со стороны хрупкости, сензитивности (неустойчивая самооценка, обесценивание), чем грандиозности, что говорит о наличии плохо защищенного нарциссизма как дисфункциональной защиты от негативных эмоций и отражает более низкий профиль психологической адаптации к быстро меняющимся социальным контекстам. Со стороны нарциссической грандиозности у мужчин с СРК наблюдаются высокие показатели по самопожертвованию и самовозвышению. У мужчин и женщин СРК присутствует одинаково выраженная требовательная ярость как деструктивный компонент нарциссической уязвимости. Гиперчувствительный нарциссизм, который чуть более выражен у женщин с СРК в отличие от мужчин характеризуется чувством самоотверженности в отношениях, острым чувством ответственности по отношению к другим людям, колебаниями в чувстве собственной значимости и фантазиях о том, чтобы обеспечивать других и заботиться о них. *Выводы:* всесторонняя оценка специфики патологического нарциссизма необходима для улучшения приверженности лечению, планирования и проведении психотерапевтической тактики лечения пациентов с рефрактерным СРК в которой акцент должен быть сделан на трудности в межличностных отношениях и уменьшение эмоциональной дисрегуляции.

Ключевые слова: патологический нарциссизм, сензитивный нарциссизм, синдром раздражённого кишечника, нарциссизм, соматизация, нарциссическая уязвимость, нарциссическая грандиозность, нарциссизм

Melehin A.I.

THE SPECIFICS OF PATHOLOGICAL NARCISSISM IN PATIENTS WITH REFRACTORY IRRITABLE BOWEL SYNDROME

P.A. Stolypin Humanitarian Institute, Moscow, Russian Federation

Objective: to study the specifics of the components of pathological narcissism, including sensitive (hypersensitive) narcissism, its relationship with somatization, symptoms of depression, generalized anxiety disorder in men and women with refractory irritable bowel syndrome. *Methods:* the main group consisted of 70 women and men, the average age was 34 years in the range from 18 to 51 years, 77% worked, 74% were in a relationship. The average duration of the disease is 40.9 ± 33.1 months (K58 according to ICD-10), who underwent a full examination by a gastroenterologist with a colonoscopic examination. The control group consisted of 70 men and 70 women without functional and organic diseases of the gastrointestinal tract. All participants completed the assessment scales of pathological narcissism (PNI), sensitive narcissism (HSNS), somatization (PHQ-15), symptoms of depression (PHQ-9) and anxiety (GAD-7). *Results.* In men and women with refractory irritable bowel syndrome, compared with a healthy group, there are pronounced changes in psychological well-being in the form of a predominance of symptoms of generalized anxiety disorder and depression in second place. Women with IBS have a higher tendency to affect somatization than men. In both sexes with IBS from the side of pathological narcissism, more pronounced changes are observed from the side of fragility, sensitivity (unstable self-esteem, depreciation) than grandiosity, which indicates the presence of poorly protected narcissism as a dysfunctional defense against negative emotions and reflects a lower profile of psychological adaptation to rapidly changing social contexts. On the part of narcissistic grandiosity, men with IBS have high rates of self-sacrifice and self-aggrandizement. Men and women with IBS have equally pronounced demanding rage as a destructive component of narcissistic vulnerability. Hypersensitive narcissism, which is slightly more pronounced in women with IBS, unlike men, is characterized by a sense of selflessness in relationships, a keen sense of responsibility towards other people, fluctuations in self-importance and fantasies about providing for others and taking care of them. *Conclusions:* a comprehensive assessment of the specifics of pathological narcissism is necessary to improve treatment adherence, planning and conducting psychotherapeutic tactics for the treatment of patients with refractory IBS in which the emphasis should be placed on difficulties in interpersonal relationships and reducing emotional dysregulation.

Keywords: pathological narcissism, sensitive narcissism, irritable bowel syndrome, narcissism, somatization, narcissistic vulnerability, narcissistic grandiosity, narcissism

Литература

1. BouSaba J, Sannaa W, Camilleri M. Pain in irritable bowel syndrome: Does anything really help? *Neurogastroenterol Motil.* 2022; 34 (1): 14-30. doi: 10.1111/nmo.14305.
2. Bhatt R.R., Gupta A., Labus J.S. et al. A neuropsychosocial signature predicts longitudinal symptom changes in women with irritable bowel syndrome. *Mol Psychiatry.* 2021; 1 (9): 17-28 <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01375-9>
3. Stengel A., Gourcerol G., Tache Y. Editorial: Neurogastroenterology - Focus on the Gut-Brain Axis. *Front Psychiatry.* 2021; 4 (12): 65-93. doi: 10.3389/fpsy.2021.653910
4. Muscatello M.R, Bruno A, Mento C, Pandolfo G, Zoccali RA. Personality traits and emotional patterns in irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2016; 22 (28): 6402-15. doi: 10.3748/wjg.v22.i28.6402
5. Muscatello M.R, Bruno A, Scimeca G, Pandolfo G, Zoccali RA. Role of negative affects in pathophysiology and clinical expression of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2014; 20 (24): 7570-86. doi: 10.3748/wjg.v20.i24.7570.
6. Pincus A.L., Lukowitsky MR. Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology.* 2010; 6: 421–446. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215
7. Schalkwijk F, Luyten P, Ingenhoven T, Dekker J. Narcissistic Personality Disorder: Are Psychodynamic Theories and the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders Finally Going to Meet? *Front Psychol.* 2021; 12: 1-18. doi:10.3389/fpsyg.2021.67673
8. Pincus A.L, Cain N.M, Wright AG. Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personal Disord.* 2014; 5 (4): 439-43. doi: 10.1037/per0000031.
9. Мелехин А. И. Специфика эмоциональной дисрегуляции у женщин с различными типами синдрома раздражённого кишечника. *Неврологический вестник.* 2022; 1: 31–45.
10. Мелёхин А. И. Роль желудочно-кишечной специфической тревоги и алекситимии как предикторов выраженности синдрома раздражённого кишечника у женщин. *Неврологический вестник.* 2021; 53 (1): 34–41.
11. Мелёхин А. И., Кучерявый Ю. А. Роль дефицита модели психического (theory of mind) в развитии и поддержании желудочно-кишечных расстройств. *Лицо человека в контекстах природы, технологий и культуры.* М.: Когито-Центр; 2021: 89–116.
12. Drozek R.P., Unruh B.T. Mentalization-based treatment for pathological narcissism. *J. Pers. Disord.* 2020; 34: 177–203. doi: 10.1521/pedi.2020.34.suppl.177
13. Hyphantis T, Almyroudi A, Paika V, Gouliou P, Arvanitakis K. Narcissistic rage: The Achilles' heel of the patient with chronic physical illness. *Patient Prefer Adherence.* 2009; 3: 239-250. doi:10.2147/ppa.s5499
14. Isolde Daig Narcissism Predicts Therapy Outcome in Psychosomatic Patients. *J Psychopathol Behav Assess.* 2009; 31: 368–377. doi 10.1007/s10862-008-9122-0
15. Kealy D, Tsai M, Ogronczuk JS. Pathological narcissism and somatic symptoms among men and women attending an outpatient mental health clinic. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2016; 20 (3): 175-178.
16. Bursten B. Some narcissistic personality types. *Int J Psychoanal.* 1973; 54: 287–300.
17. Wink, P. Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1991; 61: 590–597.
18. Zeigler-Hill V, Green BA, Arnau RC, Sisemore TB, Myers EM. Trouble ahead, trouble behind: narcissism and early maladaptive schemas. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2011; 42: 96–103.

References

1. BouSaba J, Sannaa W, Camilleri M. Pain in irritable bowel syndrome: Does anything really help? *Neurogastroenterol Motil.* 2022; 34 (1): 14-30. doi: 10.1111/nmo.14305.
2. Bhatt R.R., Gupta A., Labus J.S. et al. A neuropsychosocial signature predicts longitudinal symptom changes in women with irritable bowel syndrome. *Mol Psychiatry.* 2021; 1 (9): 17-28 <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01375-9>
3. Stengel A., Gourcerol G., Tache Y. Editorial: Neurogastroenterology - Focus on the Gut-Brain Axis. *Front Psychiatry.* 2021; 4 (12): 65-93. doi: 10.3389/fpsy.2021.653910

4. Muscatello M.R, Bruno A, Mento C, Pandolfo G, Zoccali RA. Personality traits and emotional patterns in irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2016; 22 (28): 6402-15. doi: 10.3748/wjg.v22.i28.6402
5. Muscatello M.R, Bruno A, Scimeca G, Pandolfo G, Zoccali RA. Role of negative affects in pathophysiology and clinical expression of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2014; 20 (24): 7570-86. doi: 10.3748/wjg.v20.i24.7570.
6. Pincus A.L., Lukowitsky MR. Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology.* 2010; 6: 421–446. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215
7. Schalkwijk F, Luyten P, Ingenhoven T, Dekker J. Narcissistic Personality Disorder: Are Psychodynamic Theories and the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders Finally Going to Meet? *Front Psychol.* 2021; 12: 1-18. doi:10.3389/fpsyg.2021.67673
8. Pincus A.L, Cain N.M, Wright AG. Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personal Disord.* 2014; 5 (4): 439-43. doi: 10.1037/per0000031.
9. Melekhin A. I. Spetsifika emotsional'noi disregulyatsii u zhen-shchin s razlichnymi tipami sindroma razdrzhennogo kishechnika [Specificity of emotional dysregulation in women with various types of irritable bowel syndrome]. *Nevrologicheskii vestnik.* 2022; 1: 31–45 (in Russian).
10. Melekhin A. I. Rol' zheludochno-kishechnoi spetsificheskoi trevogi i aleksitimii kak prediktorov vyrazhennosti sindroma razdrzhennogo kishechnika u zhenshchin [The role of gastrointestinal specific anxiety and alexithymia as predictors of the severity of irritable bowel syndrome in women]. *Nevrologicheskii vestnik.* 2021; 53 (1): 34–41 (in Russian).
11. Melekhin A. I., Kucheryavyi Yu. A. Rol' defitsita modeli psikhicheskogo (theory of mind) v razvitii i podderzhanii zheludochno-kishechnykh rasstroistv. Litso cheloveka v kontekstakh prirody, tekhnologii i kul'tury [The role of the deficit of the mental model (theory of mind) in the development and maintenance of gastrointestinal disorders]. Moscow: Kogito-Tsentr; 2021: 89–116.
12. Drozek R.P., Unruh B.T. Mentalization-based treatment for pathological narcissism. *J. Pers. Disord.* 2020; 34: 177–203. doi: 10.1521/pedi.2020.34.suppl.177
13. Hyphantis T, Almyroudi A, Paika V, Gouliia P, Arvanitakis K. Narcissistic rage: The Achilles' heel of the patient with chronic physical illness. *Patient Prefer Adherence.* 2009; 3: 239-250. doi:10.2147/ppa.s5499
14. Isolde Daig Narcissism Predicts Therapy Outcome in Psychosomatic Patients. *J Psychopathol Behav Assess.* 2009; 31: 368–377. doi 10.1007/s10862-008-9122-0
15. Kealy D, Tsai M, Ogrodniczuk JS. Pathological narcissism and somatic symptoms among men and women attending an outpatient mental health clinic. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2016; 20 (3): 175-178.
16. Bursten B. Some narcissistic personality types. *Int J Psychoanal.* 1973; 54: 287–300.
17. Wink, P. Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1991; 61: 590–597.
18. Zeigler-Hill V, Green BA, Arnau RC, Sisemore TB, Myers EM. Trouble ahead, trouble behind: narcissism and early maladaptive schemas. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2011; 42: 96–103.

Поступила в редакцию 11.11.2022