
ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОАНАЛИЗА

Андрей Константинович ТКАЧЕНКО, Лариса Евгеньевна ПЕРШИКОВА

ЭНДОГЕНИЗАЦИЯ ДЕПРЕССИИ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

АННОТАЦИЯ

В данной статье представлены клинические наблюдения случаев эндогенизации невротической депрессии. На этом материале делаются гипотетические предположения о психосоматических механизмах данного процесса.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Депрессия, эндогенизация депрессий, ранние утренние пробуждения, «сновидение», контейнирование аффектов, психосоматические нарушения, парижская психосоматическая школа.

ABSTRACT

In this article clinical cases of neurotic depression endogenization are presented. This material is used to make hypothetical assumptions about the psychosomatic mechanisms of this process.

KEY WORDS: depression, endogenization of depression, early morning awakening, "dreaming", containment of affects, psychosomatic disorders, Parisian psychosomatic school.

Упреждая критические замечания, отметим, что наше сообщение не может претендовать на научную доказательность и в концептуальном смысле эклектично. Мы опираемся на материал немногочисленных наблюдений, и делаем из этого материала достаточно произвольные выводы, лежащие преимущественно в русле

идей парижской психосоматической школы, и касающиеся процессов в той зоне, где психическое и соматическое могут быть отделены друг от друга лишь умозрительно [7]. Материал получен в процессе ведения психоаналитических случаев, в которых, с клинко-феноменологической точки зрения, отмечались динамические колебания аффективного состояния с формированием очерченной депрессивной триады (гипотимия, гипобулия, замедление темпа мышления), а также появление в той или иной мере стойких признаков эндогенности [5, 6], среди которых мы уделяем особое внимание ранним утренним пробуждениям.

Ранние утренние пробуждения – характерные для эндогенных депрессий нарушения сна, заключающиеся в том, что человек просыпается непроизвольно за 1,5–2 часа до намеченного времени подъёма, чаще около 4–6 часов утра, и после этого засыпает не сразу, с трудом, или вовсе уже не может заснуть. При этом есть желание спать и ощущение недостаточности сна, недостаточного восстановления сил, вялость, разбитость, с которыми человек и вынужден начинать свой день. Данное состояние наиболее выражено непосредственно после пробуждения или подъёма, и постепенно смягчается ближе ко второй половине дня или к вечеру, что также является одним из классических признаков эндогенности [5, 6].

Сделаем утверждение, с которым согласится большая часть наших прежних коллег-психиатров: нарушения сна являются весьма важным элементом патогенеза депрессивных состояний. Настолько важным, что задача нормализации сна при депрессивных расстройствах считалась одной из приоритетных, особенно на начальном этапе терапии, как минимум в рамках психиатрической школы, выходцем из которой является один из соавторов статьи [5]. Можно упомянуть здесь и тот факт, что существуют мелатонинэргические антидепрессанты, чей механизм действия основан исключительно на нормализации циркадных ритмов сна и бодрствования, т.е. в некоторых случаях одной только нормализации сна оказывается достаточно для выхода из депрессивного состояния [6]. Нарушенный сон не позволяет полноценно восстановить энергетический баланс, тонус нервно-психических процессов, что, вкупе с прочими факторами, приводит к прогрессированию состояния истощённости. Причём, как нам кажется, именно ранние утренние пробуждения являются в этом смысле наиболее неприятным симптомом.

Следующее наблюдение получено нами в процессе психиатрической и психоаналитической работы: общаясь с людьми, находящимися в субдепрессивных состояниях, мы заметили, что эмоциональный и, если можно так выразиться, энергетический компоненты их состояния не являются абсолютно коррелирующими друг с другом. С одной стороны, их взаимосвязь в рамках депрессивного состояния очевидна. С другой – кажется, каждый из этих компонентов имеет отчасти независимую динамику. И базовым, на наш взгляд, является энергетический

компонент, т.е. состояние хронического истощения, отсутствие тонуса и упадок сил. Конечно, на фоне истощения плохое настроение появляется достаточно легко и закономерно. Также и переживание длительно существующих негативных эмоций вроде подавленности, безысходности, душевной боли или отчаяния само по себе отнимает силы и истощает, что замыкает порочный круг. И, тем не менее, нам знакомы случаи, когда человек, находящийся в депрессии, в результате успешной работы и изменений в значимых для него отношениях (в первую очередь это обычно касается появления возможности безопасно размещать в них депрессивные аффекты)¹ преодолевал свои депрессивные переживания – однако состояние истощения сохранялось ещё достаточно долгое время. Аффективное состояние приобретало здесь отчётливую «психогенную» динамику, и зависело от качества коммуникации в наиболее важных отношениях (говоря языком интерсубъективистов – от сохранности основных самостно-объектных связей [9] и от возможности получать сонастроенный отклик на значимые аффективные переживания [8])², но для восстановления тонуса одного этого было явно недостаточно. Кстати, подобную же динамику демонстрируют периодически и пациенты с умеренно выраженными и лёгкими депрессиями, не занимающиеся психотерапией и принимающие антидепрессанты. И, наконец, о том же самом, кажется, свидетельствуют и знакомые практикующим психиатрам трудности дифференцирования тяжелой хронической астении (состояния выраженного истощения) от субдепрессии. При отсутствии отчётливых признаков эндогенности данный вопрос на уровне клинической феноменологии иногда оказывается неразрешимым, и его приходится решать с помощью пробной терапии антидепрессантами [5, 6].

Теперь вернёмся к ранним утренним пробуждениям. Здесь мы хотим обратиться к двум психоаналитическим наблюдениям.

Если кратко резюмировать первое, оно таково. Пациентка находится в состоянии длительного истощения и упадка сил в связи с большой рабочей нагрузкой и с распределением нагрузки в её семье. По этому поводу, а также по поводу возможности серьёзных собственных изменений, она настроена пессимистично. Она

¹ Мы долго не могли решить, какой термин здесь употребить: «контейнировать», «получать сонастроенный отклик», «находить эмоциональный приют» – и, в итоге, выбрали термин, наименее привязанный к какой-либо конкретной психоаналитической теории, описывающей данный процесс.

² Дать человеку, находящемуся в депрессии, сонастроенный отклик на его переживания чаще всего не так-то просто, как может показаться на первый взгляд. Мало умения принимать эмоциональные переживания отчаяния, безнадежности и подавленности. Чаще всего аналитику приходится сталкиваться вначале с выраженной амбивалентностью и переносами различных плохих, иногда – травмирующих объектных отношений и исследовать, каким образом он, несмотря на искренние попытки помочь, превращается в плохой объект. Что, увы, не всегда бывает возможным из-за острого дефицита ресурсов у пациента. Думаю, эта важная тема требует отдельного рассмотрения.

в мрачном настроении, её отношения её всё менее устраивают. Она отчаянно ждёт отпуска, а три аналитических сессии в неделю в данный момент являются для неё, скорее, дополнительной истощающей нагрузкой, а не помощью в переживании состояния истощённости, пессимизма и отчаяния. Мой вклад в данную ситуацию, как нам видится, заключается в том, что я в этот период сохраняю привычную для себя позицию и, прямо и косвенно, в основном предлагаю ей «работать», т.е. активно ассоциировать, наблюдать и рефлексировать – вместо того, чтоб сосредоточиться на контейнировании её переживаний истощённости и отчаяния. В этой связи пациентка всё более ощущает, что в данный момент я не являюсь для неё хорошим объектом, способным её услышать, понять, посочувствовать и что-то для неё «переварить». На этом фоне в анализе, даже неважно, по каким конкретно поводам, между нами происходит ряд стычек, отражающих то, что Хайнц Кохут назвал бы нарушением зеркального нарциссического переноса [2], а интерсубъективисты – не фатальным, но ощутимым разрывом самостно-объектной связи с аналитиком [9]. После этого у пациентки появляются характерные ранние утренние пробуждения, и состояние становится более отчётливо депрессивным. Отдельные сновидения, сообщаемые в этот период, отражают «смерть» (т.е. разрушение и исчезновение) идеализированных «хороших» объектов, или же бегство в отчаянии от объектов, вызывающих амбивалентные чувства.

Однако обо всём этом пациентка мне достаточно активно сигнализирует, вскоре мы начинаем лучше понимать то, что происходит между нами в данный момент, наша связь довольно быстро восстанавливается, сон нормализуется, а настроение улучшается.

По сути, в этом наблюдении для врача-психиатра нет ничего удивительного. Кажется, мы пронаблюдали колебание в сторону эндогенизации невротической депрессии, или «попытку» эндореактивного запуска депрессивной фазы. Согласно статистике, 75 % эндогенных депрессий запускаются эндореактивно, а конфликты в значимых отношениях или их разрыв являются одним из наиболее характерных провокаторов [6].

Второе наблюдение. Пациент уже несколько лет находится в достаточно очевидном личностном кризисе, простого выхода из которого не предвидится. Он уже успел весьма истощиться и демонстрирует отчётливые субдепрессивные состояния, динамика которых преимущественно связана с неразрешаемыми конфликтами в наиболее значимых отношениях, разорвать которые он не может. На этом фоне у него всё чаще появляются ранние утренние пробуждения; со временем они становятся практически регулярными. Одновременно появляются и некоторые другие признаки эндогенности. При этом, просыпаясь ранним утром, пациент может достаточно остро переживать различные тревоги (страх перед одиночеством и неустроенной

старостью, страх беспомощности, ощущение неразрешимости актуальной ситуации и, одновременно, её крайней тягостности и болезненности). Всё это сопровождается ощущением безвыходности. Эти тревоги вполне знакомы ему и в течение дня, однако ночью они переживаются более непосредственно и остро; днём он, скорее, «думает» обо всём этом на фоне переживания истощённости и подавленности. Так случается не всегда, но достаточно часто. Если ему уже не удаётся заснуть, и он просто встаёт по звонку будильника, состояние истощённости и депримированности отчётливо нарастает, ему труднее справиться с рабочей нагрузкой, а коммуникация с посторонними людьми становится более тягостной, так как дополнительно приходится маскировать собственную усталость, подавленность и нежелание в связи с этим коммуницировать. Таким образом, его повседневная нагрузка становится для него в такие дни более истощающей.

Однако это человек с исходно высоким тонусом сексуальных желаний, не угашающих полностью даже в состоянии усталости и подавленности. Он заметил, что если после раннего пробуждения переключиться с тягостных тревог на сексуальные фантазии, заняться мастурбацией и пережить оргазм, после этого он почти гарантированно засыпает. Причём в таком случае он почти всегда или всегда видит сновидения, которых не видит до своего «подъёма» в пять часов утра (на вопрос о том, действительно ли он совсем не видит снов в те ночи, в которые он просыпается рано, он не может дать однозначного утвердительного ответа, но ему кажется, что это так). Сновидения, которые он видит, в основном достаточно понятны мне, как аналитику, и отражают центральные аффекты объектных отношений, наиболее актуальных для него в данный момент; иногда это кошмары, от которых он и пробуждается вторично. Однако чаще вторично он просыпается естественным образом; проснувшись, он ощущает себя не бодрым, не энергичным, несколько замедленным – но не разбитым и не подавленным. Напротив, он сообщает о том, что, несмотря на пониженный энергетический потенциал, он ощущает себя «неплохо выспавшимся», т.е. отчасти восстановившим силы – и это, в целом, приятное состояние. Потом начинается день, и в какой-то момент он «вспоминает» о своих неразрешённых конфликтах и проблемах, но утро начинается как будто «с чистого листа», хотя и не без признаков сохраняющегося истощения.

Приведём и некоторые другие наблюдения. Однажды пациент укладывался спать в состоянии весьма выраженной усталости, очевидно связанной для него с большой эмоциональной вовлечённостью в различные рабочие процессы и отношения в течении дня. Однако его настроение на момент отхода ко сну было оптимистичным, он предчувствовал возможность успеха важного для него завтрашнего мероприятия, организатором и ведущим которого он являлся. Естественный элемент тревоги перед возможностью неудачи также присутствовал, но не домини-

нировал; эмоциональное состояние в целом было достаточно приятным, что его отчасти даже удивляло. Однако и в эту ночь он проснулся примерно через три с половиной часа после засыпания; никаких снов он не видел. Настроение и мысли после пробуждения были аналогичны таковым перед засыпанием – с той разницей, что к ним добавились досада из-за пробуждения и беспокойство о том, что он долго не сможет заснуть, не успеет выспаться, и с утра будет ощущать себя разбитым. Как оно, в действительности, к сожалению, и случилось.

Попробуем дать трактовку данным наблюдениям. Нам представляется, что мы становимся свидетелями тесно взаимосвязанных, но всё же различающихся процессов, в неблагоприятном случае взаимно усиливающих друг друга и формирующих замкнутый круг нарастающего истощения, ведущего к появлению соматизации [7], которая в психиатрическом поле именуется «эндогенностью».

Мы предполагаем, что раннее утреннее пробуждение «случается вместо сновидения», или, лучше сказать, «сновидения», которое должно было бы, цитируя Фрейда, «работать в качестве хранителя сна» [10]. Возможно, именно с этим и связано время пробуждения. Для подтверждения этой гипотезы у нас нет экспериментальных данных, однако они могли бы быть получены с помощью регистрации фаз сна и соотнесения их с пробуждением.

Каким образом нарушается «сновидение»? Мы предполагаем здесь наличие как минимум двух динамически взаимосвязанных тенденций, которые и проиллюстрированы вышеприведёнными случаями.

Первая тенденция заключается в том, что затрудняется или становится невозможной полноценная символизация аффективно насыщенных переживаний – и, следовательно, их выражение на языке сновидений. Происходит это потому, что данные переживания в данный конкретный момент времени оказываются для Эго невыносимыми, слишком «опасными» или «болезненными». Тогда они не паттернизируются в рамках имеющихся в бессознательном сценариев объектных отношений, «не соединяются в предсознательном с бессознательными содержаниями», что является одним из аспектов работы сна [7, 10]. В результате, вместо того, чтобы выразить переживание в символическом виде и «ментализировать его в сновидении» [7], перевозбуждённое Эго просыпается. В некотором смысле такое переживание оказывается для Эго «травматичным», оно грозит превратиться в «безымянный ужас», по У. Биону [1]. Кажется, существует и промежуточный вариант между пробуждением из-за невозможности сновидения, и полноценными символическими сновидениями: это стереотипные ночные кошмары, воспроизводящие травмирующую ситуацию при посттравматическом стрессовом расстройстве [4].

Важно то, что всё это вовсе не обязательно означает зашкаливающую интенсивность переживания самого по себе. Переносимость и символизируемость пережива-

ния также прямым образом связаны с актуальной силой и ресурсами Эго. Последние же во многом зависят от «уверенности» Эго в стабильности связей с внешними контейнирующими, сонстроенными объектами [8]. Когда связи с такими объектами нарушаются – это, с одной стороны, само по себе повод для весьма интенсивных переживаний, а с другой – повод для локального ослабления или утраты «хорошего внутреннего объекта», который можно описать как интроецированную способность самостоятельно контейнировать и символизировать аффект [1].

Возможно, этого объяснения будет достаточно, чтобы в общих чертах понять динамику первого представленного случая. Однако второй случай, более далеко зашедший, демонстрирует, кажется, еще одну тенденцию. Эта тенденция наверняка проявляется и в первом случае, однако там она не бросается в глаза так отчётливо: «нарушающие сон переживания» не всегда, но довольно часто оказываются вполне осознаваемыми, они выражаются словами; дело здесь, видимо, не столько в недостаточной способности Эго их символизировать, сколько в их слишком большой для истощённого Эго интенсивности. Собственно, во втором случае, кажется, именно интенсивность переживаний в основном как раз и не осознаётся – но становится очевидной после раннего пробуждения. Здесь Эго, уже достаточно истощённое, вполне способно символизировать большую часть возникающих аффектов – но, несмотря на это, всё равно не способно их выдерживать, не перевозбуждаясь, что и приводит к пробуждению. В результате сон нарушают уже осознаваемые, хорошо символизированные, и даже приятные переживания.

Так или иначе, сновидение как функция сохранения сна оказывается нарушенной, что прогрессирующе усугубляет энергетический дефицит и поддерживает порочный круг ослабления Эго, снижает его способность символизировать, контейнировать и просто выдерживать аффекты. Одновременно происходит усиление мучительных аффективных переживаний – за счет того, что они всё хуже контейнируются самим человеком, или уже не выдерживаются им вовсе, а затапливают его. Это путь разрушения «хорошего внутреннего объекта», появления и утяжеления депрессии, ее последующей эндогенизации.

Представляется весьма логичным то, что оба описанных нами пути могут существовать и естественным образом усиливать друг друга, или же на разных этапах развития депрессии один из них может преобладать. Предполагаем, чем более запущенным является случай, тем более динамически значимым становится второй путь.

Конечно, мы не станем утверждать, что данная модель исчерпывающе описывает эндогенизацию депрессии. Было бы интересно обнаружить и исследовать и другие процессы, происходящие в этой зоне. Здесь также уместно было бы развернуть движение мысли в сторону психосоматических концепций, акцентирующих

преимущественно биологические аспекты патогенеза: например, заговорить о хроническом стрессе в стадии истощения, или упомянуть почти тождественные друг-другу концепции двухшелонной защиты по М. Митчерлих и динамического барьера психической адаптации по Ю.А. Александровскому [3]. Также интересно было бы сопоставить отечественные описания ларвированных (соматизированных, маскированных) эндогенных депрессий [5, 6], и «эссенциальной депрессии» как базового компонента серьёзных психосоматических расстройств, описанной психоаналитиками парижской психосоматической школы [7] – и на основании этого сравнения выдвинуть интегрирующий наше видение целостного психосоматического поля тезис о том, что мы имеем дело с единым динамическим процессом, который с большей вероятностью манифестирует эндогенной депрессией в случае большей эмоциональности субъекта, или же классическим психосоматическим заболеванием в случае его преобладающей алекситимичности.

Скажем несколько слов и об обратной, саногенной динамике. В первом описанном случае восстановление баланса между интенсивностью переживаний и тономусом символизирующей способности Эго происходит после восстановления самостно-объектной связи с аналитиком. Во втором – после снижения интенсивности переживаний с помощью оргастической разрядки. Можно пофантазировать здесь и об эффектах лекарств: например, большинство антидепрессантов тем или иным образом усиливают нейротрансмиссию, что возвращает нервной системе утраченный ею тонус, вследствие чего Эго вновь хватает энергии для использования привычных и более зрелых защит, лучше способствующих контейнированию собственных аффектов; бензодиазепиновые транквилизаторы, часто используемые при депрессиях в качестве снотворных средств, снижают интенсивность тревоги и в целом усиливают торможение, что не самым лучшим образом способствует восстановлению нормального сновидения, но восстанавливают сон как таковой; наконец снотворные препараты типа золпидема и зопиклона не только препятствуют перевозбуждению на сон грядущий, но и восстанавливают физиологическую структуру фаз сна, т.е. способствуют сновидению (в этом ключе они являются оптимальными) [6]. Не стоит забывать и про значимую связь, устанавливающуюся посредством бессознательной интроекции «волшебной таблетки» – объекта, состоящего из смеси «хорошего антидепрессанта», «хорошего психиатра», «хорошей клиники» (т.е. всё то, что называется словами «доверие», «комплаинс» или «плацебо-эффект»).

Наконец, лишь тезисно обозначим свой интерес в данном контексте к ещё одной потенциально важной теме, отнюдь не новой для психоаналитиков, но промелькнувшей в этом сообщении по касательной – а именно к теме лавинообразной разрядки возбуждения, сопровождающейся в той или иной степени заметным изменением со-

знания и приводящей к изменению как аффективного состояния, так и когнитивных установок. Мы имеем ввиду переживание оргазма, получение инсайта на кушетке у психоаналитика, окрыление поэтическим вдохновением, а также принудительную, тотальную, грубую, но весьма терапевтически эффективную при депрессиях разрядку во время процедуры ЭСТ – и прочие подобные процессы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бион У. Научение через опыт переживания. – М.: Когито-Центр, 2008. – 128 с.
2. Кохут Х. Восстановление самости. – М.: Когито-Центр, 2002. – 316 с.
3. Пограничная психиатрия и психосоматика: учебник для последипломного образования / под ред. В.А. Солдаткина. – Ростов н/Д.: Альтаир, 2019. – 624 с.
4. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В.А. Солдаткина. – Ростов н/Д.: Изд-во РостГМУ, 2015. – 624 с.
5. Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа: в 2-х тт. Т. 1: Учебник / под ред. В.А. Солдаткина / изд. 2-е исправ. и доп. – Ростов н/Д.: Прогресс, 2017. – 687 с.
6. Руководство по психиатрии: в 2-х тт. Т. 1 / под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – 712 с.
7. Смаджа У. Опературная жизнь: Психоаналитические исследования. – М.: Когито-Центр, 2014. – 256 с.
8. Столороу Р. Травма и человеческое существование. – М.: Когито-Центр, 2016. – 120 с.
9. Столороу Р., Брандшафт Б., Атвуд Д. Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход. – М.: Когито-Центр, 2011. – 252 с.
10. Фрейд З. Толкование сновидений. – Минск: Попурри, 1998. – 576 с.