# Герман Полмайер

**Психоаналитическая теория депрессии**

**Что такое депрессия?**

Психиатрия - медицинское учение о нарушениях самочувствия, переживания и поведения человека - называет депрессией болезнь; психология – наука о душевной жизни человека – называет депрессией аффект. И та и другая имеют в виду одно и тоже, о рассматривают проблему с разных точек зрения и дают название в рамках принятой ими системы относительных понятий.

Фрейд и его ученик Абрахам сто лет назад придерживались в своих воззрениях психиатрического понятия депрессии.

Крепелин в 1896 году ввел понятие маниакально –депрессивного заболевания (МДЗ). Под МДЗ понималось полное выпадение человека из жизненных взаимосвязей и погружение его в маниакальное или депрессивное состояние. Эти состояния представляют собой с одной стороны угнетенное состояние, а с другой – необычайную веселость.

**Симптомы при депрессии**: заторможенность, апатия, недовольство, снижение работоспособности, бессонница, отсутствие аппетита, телесное недомогание; ощущение неполноценности, сопровождающееся чувством вины и мыслями о самоубийстве.

**Симптомы при мании**: расторможенность, внешне немотивированная эйфория, агрессивная раздражительность, некритическое отношение к реальности. Депрессивные и маниакальные фазы могут чередоваться друг с другом, но могут наступать и сами по себе. Они продолжаются как правило от нескольких недель до месяца, повторяясь через различные промежутки времени, причем (согласно мнению психиатрии того времени) в картине болезни не происходит ни каких изменений. Наиболее часто они начинаются от 15 до 25 лет. Н доказана гипотеза, является ли это заболевание врожденным, и что в его основе лежит биологический процесс. Тем не менее, биологические факторы играют важную роль в картине болезни.

***Маниакально – депрессивное заболевание*** *– биполярная депрессия;*

***Депрессивное заболевание*** *– монополярная депрессия.* В свою очередь биполярная и монополярная депрессии отличны от неэндогенной , или непсихотической депрессии, например, от невротической депрессии или реактивного расстройства.

У ***невротической депрессии*** нет семейности, нет фазового течения (нет маниакальной фазы) и нет изменений в биологических процессах обмена веществ. Они наступают в более позднем возрасте по сравнению с МДЗ. Случаются также и пересечения, когда монополярная эндогенная депрессия с исключительно депрессивными фазами и невротическая депрессия могут возникнуть в среднем возрасте – от 30 до 60 лет. ***Эндогенную депрессию*** можно назвать болезнью среднего возраста.

Указанные выше симптомы депрессивной фазы наблюдаются и при невротической депрессии, зачастую они различаются лишь по степени тяжести. Маниакальная веселость имеет место лишь при МДЗ, а бед вины и обнищания – исключительно при психотической депрессии. Наличие фаз характерно для психотической депрессии с маниакальными компонентами или без них, длительное течение – для невротической депрессии, а острые, более или менее быстро проходящие состояния, где легко можно выявить их связь с внешним поводом, - для **реактивного расстройства настроения.**

**Представления о депрессии в начале 20 века.**

Фрейд – работа ***«Печаль и меланхолия***» 1917 год, где под **меланхолией**  было принято называть тогда маниакально – депрессивные заболевания. Отправным пунктом в рассуждениях Фрейда стал опыт переживания печали в повседневной жизни**. Печаль** как реакция на утрату любимого человека. Фрейд описывает ее как значительное отклонение от нормального человеческого по ведения, которое необходимо для совладения с потерей; помехи или прерывание этого состояния могут даже причинить вред. Это нормальная печаль. Но бывает и такая печаль, которая не проходит и наряду с тяжелым душевным состоянием, потерей интереса к внешнему миру, утратой способности любить, затруднениями в работе проявляется также в снижении самооценки, самообвинениях и самоуничижении вплоть до маниакального ожидания наказания. Человек занят только своей печалью, сосредоточен исключительно на ней, все его действия ограничены мыслями об умершем, и это не имеет конца. Ему не удается избавиться от привязанности к утраченному объекту. Даже если появляется кто-то способный восполнить потерю, человек продолжает сопротивляться вступлению в новые связи. Реальность, то есть понимание того, что утраченного не вернуть, не признается и не учитывается в жизни пациента. Вместо этого существование утраченного объекта психически продлевается, человек не может отрешиться от связанных с ним воспоминаний и ожиданий, вновь стать свободным и ничем не стесненным. Работа печали, которая в результате длительного и болезненного процесса все же приводит к преодолению трудностей, обретению свободы и делает возможным новые связи, при депрессии успеха не имеет.

Поэтому Фрейд назвал такую печать болезненной и задался вопросом «Почему?»

Ответ:

1. Утрата любимого объекта остается для меланхолика бессознательной. В отличие от скорбящего человека он не знает , из-за чего или кого он опечален, и поэтому производит на окружающих загадочное впечатление. Никому не понятна его неспособность к любви или к работе.
2. Меланхолик не может выйти из состояния собственного упадка , для него не только мир стал пустым , но и он сам. Он уничтожает самого себя вплоть до мании самоуничижения, теряет при этом сон, аппетит, сексуальное желание. Он страдает не столько от утраты любимого объекта, сколько от потери собственного Я.

**Механизм**: Упреки меланхолика к себе совершенно не соответствуют реальным недостаткам пациента и даже никак не увязываются с его личностью. Однако их можно отнести к личности другого человека, которого пациент любил и который мог заслуживать упреков из-за неразделенной любви. Фрейд рассматривает этот процесс как ключ к картине болезни и описывает его как любовную ссору, заканчивающуюся утратой любви. Реальная обида или разочарование в любимом объекте является началом конфронтации, которая перемещается вовнутрь. Происходит отказ от разочаровавшего человека без вступления в отношения с кем- либо другим, причем отказ от чувства любви переносится на собственную личность, на которую благодаря механизму идентификации, возможности связи с объектом, падает тень от объекта. Это дает возможность перенести утрату, поскольку человек в самом себе имеет того, кто разочаровывает, обижает и бросает. Но и здесь, внутри продолжает бушевать ненависть, порожденная прошлой любовью, но теперь она направлена против другого в самом себе. Самообвинения – это обвинения, относящиеся к другому, который по – прежнему подавляет и стесняет внутреннюю свободу, и поэтому разочарованный человек лишается также и самого себя.

 Предпосылкой этих процессов является наличие в человеке отщепленных частей или областей. Фрейд проводит разграничение между измененным идентификацией Я и прежним Я, и выделяет критикующую Я инстанцию совести, которая в этой функции называется в психоанализе Сверх-Я. Эти процессы обусловлены и другими факторами, например, недостаточной терпимостью к разочарованию. Существуют люди, которые очень сильно привязываются к другим, но не выносят, когда в их отношениях возникают проблемы, поскольку в другом они видят скорее самих себя, чем отличного от них человека. Склонность к обидам и отказу от объекта в таком случае очень велика, но поскольку объект интернализируется, то, несмотря на конфликт и утрату объекта, отказа от отношений любви не происходит. Внутри теперь существует замещающий объект, к которому обращены чувства прежней любви и вновь возникшей ненависти, в результате чего оживает конфликт амбивалентности, который своими противоречиями препятствует свободе и направленному вовне поведению.

Из этой регрессии существует путь к нарциссической идентификации и ранней садистической стадии ненависти.

**Меланхолия** является другим названием маниакально – депрессивного заболевания. **Мания** как другая его сторона, в рамках психоанализа понимается как попытка выхода из депрессии. Стратегия отрицания реальности помогает перенести утрату и обиду. В упоении веселости и ни чем не сдерживаемой активности человек пытается вновь приобрести свободу, возможность жить и любить. Утрата, разочарование и обида забываются, более не воспринимаются. Вся печаль на время уходит в прошлое, чтобы затем неожиданно вернуться с еще большей силой, ибо в слиянии Я с объектом ничего не меняется.

И наоборот, изменение, развитие этих отношений до партнерства и ретроспективный взгляд на случившееся, к чему стремятся в аналитической терапии, был бы реальным решением этой проблемы.

В дискуссии «О самоубийстве, в частности о самоубийстве школьников», состоявшейся в 1910 году в Венском психоаналитическом обществе, Фрейд заявил, что в ответ на вопрос, почему влечение к жизни может быть настолько ослаблено разочарованием , что человек может быть способным к самоубийству, будет получен только тогда, когда будут лучше известны аффективные вопросы меланхолии.

В работе 1920 года «По ту сторону принципа удовольствия» Фрейд положил начало развитию его теории о влечении к смерти, тут была предпринята решающая попытка понимания агрессии, стоящей в центре динамических процессов у депрессивных пациентов. Эти усилия продолжаются в работе «Психология масс и анализ Я» (1921).

Но по - прежнему дискуссия об агрессии и депрессии являются на сегодняшний день одними из актуальных.

Фрейд пишет о ***регрессии либидо на определенную стадию развития и на фиксацию конфликта амбивалентности, когда любовь и ненависть противостоят друг другу, в результате чего возникает неспособность к любви, неспособность к четкому объектному катексису.*** Отсюда берет начало особенность депрессии, которая состоит в том, что депрессивные люди вне болезни обычно бывают деятельными, активными, ответственными, но о самих себе говорят как о никчемных, эгоистичных, неискренних и несамостоятельных. Этим депрессия отличается от невроза навязчивых состояний, где главную роль играет конфликт амбивалентности и от меланхолии, где происходит еще более глубокая регрессия на ранние ступени развития, определяющая затем и тип последующего выбора объекта. То есть она происходит в нарциссической форме, чем можно объяснить нестабильность отношений с окружающими у людей, склонных к депрессии.

**Карл Абрахам** в 1912 году начинает исследовать депрессию в своих клинических случаях. В 1924 году изложил свою точку зрения по данному вопросу. Центральное место развитию депрессии принадлежит **«истории развития либидо», истории развития влечений и их судеб.**

Для депрессивных больных типичной является история жизни, когда в раннем детстве они сталкиваются с трудностями, связанными с появлением в семье второго ребенка. Это может восприниматься как проявление враждебности извне и как невыносимое ограничение собственных притязаний на любовь и заботу. В результате возникает разрушительная ненависть, которая обращается не столько против только что родившегося брата или сестры, сколько по- прежнему так важного на третьем году жизни человека, на котором держатся отношения любви, то есть против матери. Иногда новые роды воспринимаются как **утрата матери**. Обида и утрата образуют потом при депрессии непосредственный фон настроения, когда человеку кажется, что его никто не любит. Но типичны также случаи, когда в жизни людей происходят реальные утраты. Лишение на первом году жизни одного или обоих родителей вследствие смерти, болезни или развода может привести в действие **механизм поглощения**, с помощью которого ребенок пытается совладать с болью разочарования.

В основе многих болей в животе у взрослых лежат процессы поглощения и они свидетельствуют о жесткости внутреннего противостояния данного человека с интроецированным объектом, жесткости, которая из-за постоянных обвинений со стороны внутреннего объекта и сопротивления им может поддерживать тяжелую депрессию, сопровождающуюся унынием и отчаянием. Зачастую при лечении депрессивных больных можно наблюдать бурные приступы агрессивности с фантазиями о том, чтобы разорвать врача на части, изрубить его, чтобы затем пожрать. Это является оживлением прежних, ранних детских, орально - каннибальских желаний (Абрахам). Такие фантазии о поглощении служат защите от боли утраты, но они имеют, разумеется, и разрушительную сторону, ведь пища не только проглатывается, но и разжевывается, то есть теряет свою определенную форму. Подобные фантазии часто обнаруживаются в биографии людей, в раннем детстве переживших утрату близких; при этом они в дальнейшем предпринимают самые разные попытки компенсировать эту утрату. В понимании депрессии реальная утрата и переживание разочарования и амбивалентность любви и ненависти являются центральной проблемой, которую Абрахам пытался разрешить в контексте развития влечений. В 1911 г. Абрахам говорил о связи депрессии с неудовлетворенными сексуальными желаниями.

Подобно тому, как страх возникает вследствие вытеснения сексуальных желаний (ранняя концепция страха), так и **депрессия возникает вследствие отказа от желанного, но недостижимого объекта, который не в состоянии дать ожидаемого сексуального удовлетворения.** Неспособный любить и нелюбимый человек разочаровывается в жизни, отрицает ее, пока не приобретет боле позитивный опыт. Кроме того, Абрахам признал центральным моментом происходящего борьбу противоречивых импульсов любви и ненависти.

При неврозе навязчивых состояний известно, что враждебная установка по отношению к внешнему миру настолько сильна, что делает действие невозможным. Ненависть, вытесненная вовнутрь, парализует, порождает неуверенность и лишает человека возможности принимать решения. Сомнения и раздумья превращают его жизнь в мучение. Конфликты принятия решений часто являются также и поводом для депрессии.

Парализующая любовь установка ненависти делает невозможным принятие решений и повергает больного в состояние глубокой неуверенности, в конечном счете, в неуверенности в самом себе, в собственно половой роли. Если после вытеснения ненависти больной неврозом навязчивых состояний отвечает на собственную неспособность к деятельности навязчивыми действиями (навязчивый счет, навязчивое умывание и т.д.) и прочими ритуалами, которые служат заместителями, то дольной депрессией выносит свою проблему во внешний мир по типу проекции. Ненависть и отвержение других людей является тогда причиной депрессии. « Это не я ненавижу других и не могу их любить, а они меня ненавидят и не любят из-за моих врожденных недостатков». С помощью такой проекции ему удается сделать депрессию более сносной. Человеку легче принять и понять, что другие его не любят и ненавидят, чем принять, что он сам не может любить и находится под гнетом ненависти. Осознание совей неспособности любить, когда бы оно ни наступило, приносит ужасное страдание. Из него проистекает тяжелое чувство неполноценности, которое постоянно дает повод к самообвинениям, но вместе с тем имеет и другие последствия.

Ненависть или деструктивную сторону агрессии утолить не так просто. В снах депрессивных больных часто обнаруживаются мотивы насилия. Но и в бодрствовании эти люди демонстрируют склонность причинять мучения окружающим, а криминальные действия, хотя этому часто не придают значения, совершаются нередко депрессивными людьми.

Криминальные аффективные действия нередко связаны с длительно подавляемой агрессией, пытающейся найти выход в импульсах убийства, в чем , по мнению медицинских экспертов, можно винить болезненную депрессивную динамику переживания. Точно также можно объяснить некоторые несчастные случаи, когда вытесненная агрессия, прорываясь, обращается против самого человека. Тем самым несчастный случай имеет бессознательно значение самоувечения или самонаказания.

Поскольку в несчастных случаях бывают задействованы и другие люди (особенно в дорожных транспортных происшествиях и авариях) то прямая агрессия проявляется, разумеется , и по отношению к окружающим. Эти данные позволяют назвать депрессию болезнью агрессивности.

Данная концепция примыкает к изложенной здесь ранней психоаналитической теории депрессии, представлявшей собой теорию влечений. Приступы аффекта агрессии являются важным эмпирическим подтверждением этой теории, но эта теория нуждается в дополнении.

Вытесненная ненависть проявляется и по-другому – в доходящих до бреда идеях виновности. То, что импульсы убийства вызывают вину, - то понятно. И наоборот, кажется необычным наблюдение, когда человек наслаждается идеей того, что он величайший преступник и несет на себе все грех мира. Вместе с удовольствием от страдания (мазохизмом), для больного становится более терпимой депрессия и пассивность, на которые обрекает его неспособность к активному удовлетворению влечений. Обеспечение этой возможности жить с ненавистью и агрессией служит также часто наблюдаемая перед вспышкой депрессивного состояния активность в повседневной жизни, в частности в ведении домашнего хозяйства у женщин и в профессиональной деятельности у мужчин. Тем самым компенсируется агрессия и желание нежных отношений с объектом, которые становятся невозможными из-за одновременно существующей ненависти.

Поэтому ситуации принятия решений в сфере интимных партнерских отношений становятся началом затяжных состояний депрессии, когда исчезают какие- либо возможности компенсации. Необходимость срочного принятия решения об установлении исполненных любви отношений с партнером служит причиной открытого проявления конфликта. В наступающей затем депрессии оказываются разрушенными все возможности защиты от аффектов печали и страдания. Осознание невозможности осуществить влечения – желания (нежные невозможно, деструктивные непозволительно) парализует все прочие возможности деятельности. Пассивность и заторможенность символически выражают тенденцию к отрицанию жизни и желание смерти. Поэтому депрессивные больные очень часто считают себя должниками или обнищавшими. Этим они также символически выражают свое внутреннее восприятие утраты способности любить. Особенно болезненным это восприятие является в переломные периоды жизни, когда шансы полюбить и быть любимым становятся все более призрачными.

Итак, основное внимание в психоаналитической теории депрессии начала века уделялось разработке проблемы ***конфликта влечения, который проявляется в депрессии. Нежные (либидинозные) и разрушительные (агрессивные) импульсы сталкиваются друг с другом, парализуют активность человека и мучают его чувством вины. Эмоциональные побуждения относятся сначала к внешнему, а затем к интроецированному объекту, в результате чего две инстанции, наделенные позитивными и негативными чувствами, оказываются в отношениях противостояния ,*** понимание которого стало возможным только благодаря изучению депрессии (Абрахам).

***Раздвоение или расщепление на Я и Сверх-Я типично для депрессии***, ***точно также как для невроза – расщепление на Я и Оно, а для шизофрении – на Я и реальность.*** Именно из-за этого расщепления меланхолия и называется болезнью, поскольку в здоровом состоянии личности Я и Сверх-Я образуют нерушимое единство и друг с другом интегрированы. Интеграция всех сфер личности, как бы их не описывали и не называли, является в психоаналитическом учении о болезнях критерием здоровья.

В том случае, если акцент делается на конфликте влечения и внутренних инстанциях, дается объяснение, что депрессия является следствием нарушения в развитии влечений, а именно там, где любовь и ненависть противостоят друг другу, а объектные отношения пока еще нестабильны.

Психоаналитическая теория депрессии встраивается в более общую психоаналитическую теорию человека, которого пытается осмыслить как историческое существо. История представляет собой развитие объектных отношений, то есть развитие отдельного человека в его отношениях с другими. То есть смысл жизни или цель человека состоит в том , чтобы , сохраняя свою индивидуальность, уметь жить с другими. На пути к этому может произойти многое, что служит этой цели и что делает достижение этой цели невозможным. В депрессии можно обнаружить мест повреждения, в которых развитие способности к любви, понимаемой в психоанализе в соответствии с западноевропейскими традициями как полностью раскрывшаяся человечность, отклонилось от направления к этой цели. Такое лежащее в основе депрессии нарушение восходит к младенческому возрасту, то есть примерно к первому году жизни, и вызывается разочарованиями, доставляемыми первым ближайшим окружением. В период, когда растущий ребенок тесно связан со своим окружением , когда у него нет противостоящих ему объектов, поскольку сам он еще не стал субъектом, и вследствие этого с большим трудом осознает автономность других людей и не может увязать друг с другом собственные добрые и злые чувства, разочарование превращается в катастрофу.

При этом остается открытым вопрос, почему реальное поведение того или иного человека и его воздействие в целом в одних случаях переживается как разочарование , а в других – нет. Возможно, здесь влияет фактор предрасположенности, хотя и имеются эмпирические данные о роли определенных типов поведения и определенных структур личности, а также определенных паттернов взаимодействия в социальном окружении в развитии человеческих качеств в указанном смысле (Ричтер, 1968).

Лежащее в основе депрессии нарушение развития проявляется в регрессии меланхолика на ступень раздельных нежных и деструктивных чувств, предшествующую предрасположенности к неврозу навязчивых состояний, когда индивид предпринимает попытку установить отношения с объектом путем деструктивного поглощения прежде, чем становится способным понять , что объект, сохранивший сове своеобразие, хотя и может вызвать разочарование, придает устойчивость. Регрессия простирается до безобъектного состояния, что приводит у меланхолика к тотальной неспособности к деятельности, которую обсессивный невротик пока еще может компенсировать замещающими действиями, и к отсутствию каких- либо отношений со своим окружением.

Боязнь принятия пищи, которая сменяется сильнейшим голодом, указывает на динамику переживаний меланхолика, когда в памяти всплывают болезненные воспоминания о стремлении к соединению с желанным объектом и его разрушении при исполнении этого желания (анорексия и булимия).

 Здесь аналитическая теория депрессия основывается на Фрейдовском учении о болезни, в котором нарушения определяются как нарушения способности к любви и труду, а те в свою очередь понимаются как последствия дезинтеграции личностных сфер. Эта дезинтеграция представляет собой исторически прослеживаемое явление- повторяющихся ситуаций, в которых развитие отклонилось от направление на интеграцию личности, а отношения с окружающими людьми не удалось сделать партнерскими.

В этом контексте депрессия определяется как ранее нарушение, характеризующееся (оральной) фиксацией на периоде младенчества, регрессией к безобъектному состоянию нарциссической идентификации, стратегией переносить утрату, разочарование и обиду через интроекцию и отрицание реальности ценой появления противоречивых чувств и расщепления личностных инстанций.

В самой депрессии имеется сторона, при обращении к которой динамика депрессивных переживаний становится особенно доступной и понятной, - **мания**. Ей свойственны полная некритичность и особая эйфорическая отстраненность от мира - как попытка преодоления депрессии.

Психоаналитическая теория депрессии описывает манию как конфликт между Я и Сверх-Я ,то есть между двумя личностными инстанциями , которые противостоят друг другу, поскольку после интернализации когда-то любимого, а теперь ненавистного объекта любви борьба разгорается с новой силой, а ненависть обращается внутрь самого себя. Эта борьба прекращается в маниакальном упоении, ненависть к себе угасает, Я (как говорит Абрахам) торжествует над Сверх-Я, возвращается былая свобода и раскрепощенность, в активности наверстывается упущенное. Этот конфликт инстанций в мании устраняется, но остаются конфликт противоречивых чувств к окружающим людям и неспособность к человеческим отношениям.

Эта присущая депрессии проблема особенно заметна в маниакальной фазе, когда человек колеблется между раздражительностью и веселостью и не воспринимает свое окружение. Нарушение объектных отношений и неразрешенный конфликт амбивалентности проявляются особенно четко. Но в триумфе Я исполняется давно вынашиваемое меланхоликом жизненно необходимое желание, то есть он обретает наконец болезненно недостававшие уверенность и любовь к себе, которые иначе ему недоступны. В этом случае говорится о первичном расстройстве настроения, возникающем из-за того, что вследствие ранних любовных разочарований в развитии человек подрывается детское чувство всемогущества, или первичная вера в надежность и постоянство этого мира, что механизм поглощения со всеми описанными его последствиями становится способом реагирования на все аналогичные ситуации в дальнейшей жизни. Маниакальное упоение представляет собой попытку восстановить это чувство всемогущества, эту первичную веру или первичное блаженство, в котором мир может снова восприняться как невредимый и не наносящий вреда. В таком толковании явлений вновь выражается исторический, биографический подход, благодаря которому становятся попытки совладать с обидой, такие как фантазирование, наркомании или самоубийство, которые в этом смысле подобны маниакальному упоению.

Фактически опыт психоаналитического лечения депрессии показывает, что динамика переживаний при депрессии в принципе является такой, как она изображалась в теории. Но интенсивность проявлений может существенно различаться, и неясно пока, почему различная интенсивность и различное течение одной и той же болезни, дают разную ее картину. Психоаналитическое лечение депрессии показывает, что решающее значение имеет нарушение развития в раннем детстве , то есть момент, когда у ребенка наступает столь тяжелое для него разочарование из-за утраты любви, как бы ее не описывали. Момент обиды или травматизации определяет тяжесть последующей депрессии и формы ее протекания.

Важно понимать, что депрессивное заболевание развивается биографически, и отказаться от дополнительных гипотез о наследственности, предрасположенности, нарушения обмена веществ и т. д.

**Современная теория депрессии**.

Это направление ведется главным образом в двух направлениях - наблюдения за детьми и теоретические разработки психологии Я в рамках психоанализа – роль агрессии.

**1. Непосредственное наблюдение за детьми** – Шпиц, Шторк, Боулби и др. – развитие и патология объектных отношений. Как младенец воспринимает свое окружение, каковы его отношения с первыми окружающими его людьми, и каковы его реакции на этих людей. Уравновешенность маленького ребенка первого года жизни в решающей степени зависят от прочности отношений между младенцем и человеком, который о нем заботиться. Уже в этот период наблюдаются депрессивные отношения как прямые следствия отделения, пренебрежения и безразличия. Они возникают как выражение утраты объекта и могут быть описаны как нестабильность позиции по отношению к объектам. Их можно избежать через развитие прочных объектных отношений , то есть установление надежных прочных связей – в младенческом возрасте всегда, а при определенных условиях и в последующей взрослой жизни.

**Страх восьмимесячных**, когда в период первой стабилизации отношений между развивающимся Я и Ты другого человека появление третьего человека сопровождается страхом. Примерно в восьмимесячном возрасте младенец начинает переходить от преимущественно симбиотических отношений с матерью к более дистанцированным, в которых друг другу противостоят два существа. Ребенок становится способным воспринимать близкого человека в его своеобразии и благодаря подражанию и идентификации вступать в контакты с другими в качестве партнера.

Понимание затем значение «да» и «нет», то есть восприятие выражения согласия и отказа в высказываниях других – основа для формирования речи. Это начало отделения, хотя оно и не бывает без боли. Новая способность и новый тип отношений сначала реализуется только с матерью. Только ее младенец может терпеть как другого и только ей может радоваться ей как другому. Реакции страха на чужого в восемь месяцев означают , что младенец еще не способен переносить каждого человека из своего окружения в его своеобразии- для этого способность к объектным отношениям еще не достаточно стабильна. Это восприятие постороннего и реакция страха на него очень напоминает неспособность депрессивных больных воспринимать и принимать других людей в их своеобразии. У восьмимесячных детей так называемые объектные отношения в начале их формирования ока еще нестабильны. У депрессивных больных нарушена подобным образом способность к стабильным объектным отношениям.

Тревога восьмимесячных может не проявляться при определенных отношениях : когда у ребенка не возникает близких отношений с матерью или замещающим ее лицом. В таком случае посторонний человек не вызывает страха, поскольку он вообще не конкурирует с близким.

Шпицем описаны ситуации, когда маленькие дети наряду с реакциями страха обнаруживают выраженные депрессивные состояния, названные им **анаклитической депрессией.** Маленькие дети ставятся депрессивными, если в течение долгого времени лишены эмоциональных контактов с близкими людьми и разлучены с матерью. «Анаклитическая» - термин, выражающий то, что потребность в опоре на кормящую и защищающую мать остается неудовлетворенной. Эта форме депрессии возникает на 4 месяце жизни, после того как между младенцем и матерью достигнута уже определенная стабильность. Если после этого вследствие различных причин (развод, смерть, болезнь или другие серьезные события в жизни) ребенок разлучается с матерью и лишается проявления нежных чувств, он становится плаксивым, робким, безучастным и раздраженным. Отказ от пищи, бессонница и подверженность простудным заболеваниям делают это состояние близким к серьезным нарушениям поведения и переживания. Через три месяца это состояние переходит в «окоченелость», когда ребенок практически не воспринимает обращение посторонних, в дальнейшем недостаток эмоциональных контактов приводит в конечном счете к смерти. Если драму удается избежать , то все же возникают тяжелые, отчасти необратимые задержки в развитии.

Как было сказано ранее, решающую роль в развитии депрессии взрослых играет переживание утраты – равно как и у маленьких детей. Ибо только те дети становятся депрессивными, у которых были хорошие отношения с матерью, то есть которым было что терять при разлуке с ней. Непосредственное наблюдение за детьми экспериментально подтвердили значение утраты для возникновения депрессии.

Наблюдение за детьми выявило способ переработки утраты любимых и желанных объектов у детей и взрослых.

Шпиц отмечал, что 9-15 месячные дети, испытывающие на себе сильные перепады настроения матери, едят свой собственный кал. Матери, страдающие физическими депрессиями, не обеспечивают стабильных отношений со своими детьми. Их отношение к детям колеблется между резким отвержением и чрезмерной заботой, и это длится неделями и месяцами. Дети впадают из одной крайности в другую. Они постоянно теряют то хорошую, то плохую сторону и в определенный момент развития реагируют на это депрессией. Эти дети не только выглядят депрессивно, но еще и едят свои фекалии. Это напоминает процесс поглощения утраченного объекта любви, с которым продолжается внутренняя полемика- фекалии как символическое выражение утраченного – будь то сама мать или ее поступки. В возрасте от 9 до 15 месяцев дети символизируют защитные механизмы интроекции и идентификации как нельзя более наглядно.

После 6 месяцев наступает определенная стабильность отношений между ребенком и его окружением. Нарушение этих отношений вызывает тревогу, депрессию и нарушение контактов – симптомы депрессии у взрослых. Нарушение отношений всегда является своего рода разлукой, и , следовательно, утратой.

**2. Вклад психологии Я.**

Анна Фрейд – изучение механизмов защиты в 1936 году. В основе – как можно перерабатываться и становится переносимым аффект страха. Это исследование имеет большое значение для понимания депрессии, поскольку она подобно страху , может переживаться как аффект и речь может идти о переработке и защите.

Работы Гартмана (1936, 1939)- защитные возможности Я - что такое Я, как оно функционирует, как оно структурировано, какое влияние на него оказывают происходящие в жизни конфликты и какие области остаются при этом незатронутыми.

***Агрессия*** с точки зрения Хартмана ***тоже является деятельностью Я,*** хотя многие психоаналитики пытаются рассматривать деятельность ненависти и разрушения как импульсы и влечения.

Важно рассмотреть вопрос: какое влияние оказывают различные стадии развития Я на формы проявления депрессии и можно и вообще проследить этапы такого развития?

Существует гипотеза, что Я состоит из нескольких ядер, которые только в течение жизни образуют дееспособное единство. С этой точки зрения роль матери по отношению к младенцу интерпретируется Анной Фрейд как «вспомогательное Я», благодаря которому развивающийся индивид получает шансы на выживание и развитие. «Вспомогательное Я» берет на себя функции приспособления и регуляции, которые еще не доступны ребенку, и таким образом вместе они составляют единую поведенческую систему, в которой действия одного осуществляются через другого. В этой системе важную роль для осуществления действий играют сознательные или бессознательные установки, проявление любви к ребенку или бесчувственная блокировка. В такой системе можно предположить, что один «заражает» депрессией другого и наоборот.

Дискуссии о нарциссизме внесло внезапное оживление в исследования Я. Фрейд «Введение в нарциссизм»(1914). Сегодня возрос интерес к способности человека не только к удовлетворению влечений, но и к так называемому нарциссическому удовлетворению, а с другой стороны к способности справляться с соответствующими фрустрациями и обидами (Когут, 1973). При изучении психозов, шизофрении, меланхолии выявили состояния Я, которые содержательно верно описаны как нарциссические – оценка себя собой и другими, которая напоминает счастье ,испытываемое в раннем детстве, когда человек чувствовал себя всемогущим и ему не приходилось преодолевать внешнее сопротивление. Такая определенность собственного Я и испытываемая при этом радость являются важными регуляторами для поддержания гармонически уравновешенного эмоционального состояния. И вместе с тем это состояние очень уязвимо и подвергается сильным опасностям. В повседневной жизни постоянно возникают ситуации разлук или разочарований, с которыми при определенных обстоятельствах человек не может справиться. Они приводят к переживанию глубокой обиды или даже к тяжелейшей депрессии , вызывают чувства бессилия и ярости. В таком случае они не являются трансформацией энергии влечений (агрессии), а выражают отчаяние из-за невозможности восстановить первичное состояние неомраченной гармонии. Разочарование, разлука, сопротивление или какой-нибудь признак реальности воспринимаются как посягательство на гармоничное состояние уравновешенности. Выбирая соответствующую стратегию защиты, человек пытается избежать их или компенсировать прорыв, чтобы восстановить былое счастье. С этой точки зрения ключевые переживания, ведущие к депрессии (переживания разлуки и утраты) представляют собой глубокую нарциссическую обиду, с которой нередко удается справиться только путем самоубийства. В сулящей покой смерти человек пытается обрести ничем не нарушенное всемогущество. Усилия, направленные на стабилизацию Я и повышение его устойчивости к стрессу – цели терапии.

С позиции психологии Я депрессия рассматривается как болезнь Я, при этом имеется ввиду, что внутрипсихически или интрасистематически индивид постоянно обращается к переживанию утраты, а полный отход от внешнего мира в случае тяжелой депрессии вновь приводит Я к его прежнему состоянию нарциссизма. Это связывается с нарушением интроекции и идентификации. Болезнь Я означает, что Я теряет свои контролирующие и регулирующие функции, а агрессивные импульсы открыто проявляются в мыслях о самоубийстве в случае депрессии и во вспышках раздражения при мании.

Фрейд писал, что при депрессии происходит обеднение и опустошение Я, и именно в этом следует искать причину самообвинений и чувств вины. Абрахам ввел понятие «первичного расстройства настроения» или первичной депрессии, под которой имелась ввиду «тяжелая обида инфантильного нарциссизма из-за несовпадения по времени разочарований в любви». Это событие он относил к концу первого года жизни. В этих обидах и разочарованиях можно усмотреть предрасположенность к депрессии, поскольку Я более не способно реагировать адекватно, стабильно, спокойно и постоянно отвечает на разочарования жизни, то есть на суровую реальность, беспомощностью и бессилием. Ранний психоанализ усматривает подобные разочарования преимущественно в связи с лишением любви.

В настоящее время считается, что ***большое значение для развития Я имеет ограничение родительского всемогущества и разочарование в идеализированных объектах и тем самым в нарциссических стремлениях (Когут). Ребенку тяжело перенести то, что родители не такие всемогущественные, какими казались. Тем самым депрессия представляет собой сопровождающий напряжение в Я аффект и только затем уже становится конфликтом инстанций (Я и Сверх-Я) или конфликтом импульсов влечений. При таком понимании болезнь Я возникает еще до начала противостояния человека с объектом.*** Из этого базального нарушения (Балинт) Я в различных ситуациях могут возникнуть различные формы депрессии и различные способы переработки, среди которых **поглощение** или **обращение агрессии против себя** являются лишь одними из немногих.

Это хорошо видно, когда депрессия проявляется в апатии и заторможенности или просто в усталости от жизни. Доказательством могут служить суицидальны фантазии депрессивных больных, которые не всегда хотят «себя убить»(активное саморазрушение), а столь же часто «позволяют себе умереть» ( пассивное саморазрушение).

Анна Фрейд предложила термин «первичная инстинктивная враждебность Я». В дальнейшем исследователи стали называть Я функциональным единством между Оно и внешним миром или исполнителем» влечений и указывали на контроль за влечениями со стороны Я (Хоффманн). Тем не менее попытка разделения влечений и Я остаются спорными.

 **Выводы.**

1. Психоаналитическая теория депрессии пытается рассматривать депрессию в соответствии с единым базисным механизмом, которым является переработка утраты. То есть причиной любой депрессии является переживание утраты.
2. Рассматривая с позиции развития индивида, депрессия сводится к раннему нарушению в детстве, из-за которого ребенок не смог стабильно развиваться, интегрировать сексуальные и агрессивные влечения, непринужденно стоить свои отношения с людьми.
3. Эти нарушения в развитии приходятся на первый и второй годы жизни, а переживания утраты описываются как разочарования, которые парализуют индивида, делают его слабым и беспомощным.
4. Речь идет о разочарованиях в любви, которые состоят в эмоциональном предубеждении старших по отношению к ребенку, либо в непосредственной утрате ребенком любимых людей или аналитически выражаясь – идеальных объектов.
5. В результате возникает диспозиция, представляющая собой основу для определенных реакций в сходных ситуациях разочарования или при сходных переживаниях утраты.
6. Происходит регрессия к нарциссизму, которая в качестве реакции на обиду и разочарование проявляется в клинической симптоматике в виде заторможенности, апатии, неутолимого желания компенсации, осознанном переживании вины, снижение самооценки, вспышках ярости как форме выражения печали и в форме обращения агрессии против себя.
7. Попытки справиться с переживанием утраты столь же различны.
8. Терапию депрессии Фрейд назвал ***работой печали***, понимая под этим процесс отделения от любимых объектов, а также расставание с любимыми идеальными представлениями в интересах примирения с реальностью и самим собой.
9. Это в настоящее время является базисным механизмом психотерапии депрессии через укрепление Я, переработку конфликта, стабилизацию объектных отношений, либо биохимическим путем через введение препаратов, изменяющих обмен веществ, либо социологическим путем через познание общественных взаимосвязей.
10. Успешность работы печали зависит от многих факторов. Предпосылкой является знание того, что происходит в переживаниях человека и какими общественными условиями детерминировано явление.
11. В психоанализе полагают, что понять эндогенную депрессию невозможно без гипотезы о конституциональных, эндогенных, соматических факторах. В случае эндогенной депрессии психоанализ также говорит о «витальной неспособности», если это можно так назвать, или о «вегетативно нарушении коммуникации» из-за которого идеальные объекты не воспринимаются как собственность или как утраченные
12. Реактивную депрессию легко объяснить как реакцию на утрату, обусловленную внешними обстоятельствами.
13. Невротическую депрессию – как реакцию на утрату, вызванную самим человеком при невротическом конфликте.
14. В теории депрессии остается невыясненным вопрос, почему у одних людей возникает предрасположенность к депрессии, а у других – в тех же вроде бы условиях – нет.
15. Параллельно с изучением наследственных факторов и биохимических взаимосвязей необходимо и далее исследовать особенности нарушений переживания, прежде всего в их отношении к определенным стадиям жизненного развития.
16. Ни один человек не переживает депрессию, не будучи включенным в группу семьи, социальный слой и соответствующую социальную систему. Связь между меланхолией и обществом, которая в ближайшие года станет более ясной благодаря сближению психоаналитического и социологического исследований, обещает также пролить свет на возникновение и переработку депрессии в индивидуальном развитии человека.