**Джейн Хейнс**

*Джейн Хейнс (Jane Haynes) — частнопрактикующий психоаналитик (Лон- дон), специализируется на работе с парами и семьями, изучает проблемы творчества, самовыражения, бесплодия. Сотрудничает с Лондонским Уни- верситетом, Московской школой политических исследований и Восточно- Европейским Институтом Психоанализа (Санкт-Петербург). Является Почетным доктором ВЕИП. E-mail: janehaynes@brookies.net 2 Специально для русского издания «Психоанализа депрессий...*

**Состояния депрессивного отчаяния: отсутствие языка выражения**

С клинически депрессивными пациентами так сложно работать оттого, что они слишком апатичны, чтобы просто разговаривать, не говоря уже о том, чтобы использовать сложный синтаксис, необходимый для психологического самовыражения. Когда они все же говорят, их язык зачастую скуден, в нем отсутствует самовыражение через воображение, метафору и символическое отношение, которые могли бы дать терапевту доступ во внутренний мир пациента. Этот внутренний мир напоминает дом, из которого судебные приставы вынесли всю мебель, — он лишен всех символических сооружений и конструкций. Депрессивных пациентов интересует только возможность выздоровления: сможет ли терапевт их вылечить?

В терапии депрессивного страдания мало что изменилось с тех пор, как Чехов сказал: «Если против какой-нибудь болезни предлагается очень много средств, то значит, болезнь неизлечима» (McVay: 1994). Мы до сих пор не знаем, что вызывает депрессию, почему одни люди более предрасположены к ней, чем другие, почему некоторым помогают медикаменты и/или терапия, а другим становится только хуже. Симптомы во все времена были неизменными, хотя в различных культурах их относят к различным органам. Часто подчеркивается, что всему виной слабое сердце, как у племени йоруба в Нигерии и у турков в Иране. Говорят, что у калули в Новой Гвинее нет слова для обозначения депрессии, возможно, потому, что эта культура дает людям возможность долгого оплакивания и скорби. В целом это соответствует представлениям Фрейда и многих других теоретиков, согласно которым депрессия связана с утратами, символическими или реальными.

Немецкий психиатр Эмиль Крепелин в 1921 году оставил нам клиническое описание этого состояния:

«Он (депрессивный пациент. — М. Р.) чувствует себя одиноким, неописуемо несчастным; это обездоленное судьбой создание скептически относится к идее Бога и с тупой покорностью отвергает комфорт и любой проблеск света; изо дня в день он влачит свое существование, и все его раздражает, все утомляет — компания, музыка, путешествия, работа. Он видит во всем лишь темные стороны и сложности; одно разочарование следует за другим; он чувствует себя лишним в этом мире и не может больше сдерживаться; ему приходит в голову, неизвестно почему, мысль о самоубийстве».

Мы продолжаем подразделять депрессии на две основные категории, которые вводятся в работах психиатра девятнадцатого столетия Пауля Мебиуса; он разграничил эндогенные и экзогенные формы этого страдания, считая, что одно отражает наследственную предрасположенность, а другое связано с жизненными событиями. Ключевой концепцией в понимании эндогенной депрессии является ее наследуемость, то есть та степень, в которой предрасположенность к депрессии связана с генами или средой. Для оценки генетического фактора мы должны во время сбора анамнеза тщательно исследовать историю всей семьи и отношений в ней, чтобы увидеть, в какой степени этой формой психопатологии страдали другие члены семьи. Продолжающиеся исследования близнецов подтверждают наличие генетического компонента во многих не- объяснимых случаях депрессии. Здесь я во время сбора анамнеза делаю важное клиническое разграничение. Вне зависимости от содержания рекомендательного письма от врача общей практики или психиатра я всегда интересуюсь, страдал ли пациент когда-либо от депрессивного эпизода, который как-либо ограничивал его жизнь. Если ответ утвердительный, я собираю полную и исчерпывающую информацию об этом случае, а также спрашиваю о психическом здоровье родителей и сиблингов. Если же у пациента не было депрессивного эпизода, я пытаюсь забыть содержание рекомендательного письма и прошу его говорить — не обязательно о своем прошлом или о том, какие жалобы привели его в терапию, но о чем он хочет говорить «прямо сейчас».

Существенное влияние на понимание экзогенной депрессии оказала идея Фрейда о ее связи со скорбью утраты, а также его предположение, что меланхолия связана с утратой объекта, которая устраняется или вытесняется из сознания и в которой наряду с любовью к утраченному объекту часто кроется агрессия.

До сего дня большинство клиницистов согласится с тем, что «спусковым крючком» для депрессии являются жизненные события, к которым относится глубокая утрата, будь то потеря любимых людей или собственных жизненных амбиций и иллюзий, а также временное или постоянное снижение самооценки. Согласно классическим психоаналитическим теориям, которые разработали Абрахам (Брайан, Стрейчи, 1965), Фрейд и Кляйн, депрессия, как и скорбь, скрывает в себе агрессию к утраченному человеку или объекту.

В классическом отрывке из работы Фрейда «Скорбь и меланхолия» говорится: «Отличительными ментальными характеристиками меланхолии являются болезненное уныние, отсутствие интереса к внешнему миру, утрата способности любить, торможение всякой активности и снижение уважения к себе в такой степени, что это доходит до упреков в свой адрес и порицания себя и кульминирует в бредовом ожидании наказания.

Эта картина становится несколько более понятной, когда мы учитываем, что, за одним исключением, эти черты характерны и для скорби. Снижение уважения к себе при скорби отсутствует, но остальные черты те же.

Глубокая скорбь как реакция на утрату любимого человека означает такое же болезненное состояние психики, отсутствие интереса к внешнему миру, если он не напоминает о любимом, потерю способности воспринять новый объект любви (что означает замену старого) и отказ от любой деятельности, не связанной с мыслями о нем». Фрейд, 1915

Согласно теории Кляйн происхождение большинства депрессий восходит к периоду отлучения от груди с его пугающими переживаниями утраты хорошей груди и завистливыми атаками ребенка на мать. Для Кляйн важная символическая стадия развития связана с депрессивной позицией, тогда как примитивные эмоциональные состояния характеризуются шизоидно-параноидными состояниями психики. При оптимальном ходе эмоционального развития эти состояния становятся менее поляризованными и затем воссоединяются при переходе к депрессивной позиции, для которой характерна забота о других людях и ответственность за них.

Однако было бы ошибкой считать, что концепция «депрессивной позиции», по Мелани Кляйн, связана с клинической депрессией; между ними не больше сходства, чем между рябью на воде и волной прилива.

Когда пациенты переходят к депрессивной позиции, их язык становится более символическим и они начинают заботиться о других, не обязательно близких им людях, как о себе. Они уже не похожи на интровертных, поглощенных лишь собой и часто ипохондрических меланхоликов

В следующем отрывке из описания **случая** дается портрет тридцатилетнего мужчины, который пришел ко мне в анализ в глубокой депрессии; он употреблял алкоголь и марихуану, чтобы «продолжать жить». В процессе анализа его внутренний мир постепенно менялся; эти медленные и болезненные сдвиги помогли ему перейти к депрессивной позиции…

Дэйв приходил ко мне четыре раза в неделю на протяжении нескольких лет. Дэйв был врачом, и профессиональный авторитет помогал ему защищаться от тревожности, связанной с мыслями о собственной смертности. Когда он осознал, что не располагает внутренними ресурсами, которые помогли бы пережить болезненное и затянувшееся умирание отца, он обратился за помощью с жалобами на депрессию, которая лишала его дееспособности. Его отношения с отцом были полны амбивалентности, и он не мог представить себе, что когда- нибудь сам сможет стать отцом. После четырех лет анализа, пройдя долгий путь и разрешив многие из нарциссических травм, которые ранили его хрупкую психику в детстве и наполняли его стыдом, Дэйв почувствовал достаточную уверенность в себе, чтобы согласиться завести ребенка со своей по другой. Он мог уже лучше справляться и со своим внутренним садизмом, и с неизбывной потребностью заботиться о других (и то и другое сыграло определенную роль в том, что он выбрал профессию медика), и реагировать символически на тревожность в отношении собственной смертности. Он больше не выглядел депрессивным, и в нашем «аналитическом календаре» был отмечен особый день, когда он появился на сессии со своим маленьким сыном и с запасным подгузником под мышкой. Шло время, Дэйв уже не был в депрессии и ему не было необходимости поддерживать свое Эго алкоголем и наркотиками; он мог переносить фрустрацию и тревожность, не испытывая чрезмерного раздражения. Я видела, что он уже не депрессивен, но остается на депрессивной позиции, по Мелани Кляйн. Тон сессий, изначально лишенный метафор, становился все более философским. Не было больше резких скачков настроения, и Дэйв был готов принять на себя ответственность за свое несовершенство. Однажды Дэйв приехал в восемь часов утра на сессию и рассказал мне, что пока он собирался и чистил зубы, он думал: «Для чего все это, что это я делаю?» По дороге он несколько раз попадал в пробки и тревожился, что опоздает; а затем, проезжая мимо большого парка, он увидел, как между деревьями восходит солнце. Я восприняла это пространство между деревьями как символическое зеркало, которое раскрыло ему глаза на природу и радость жизни. Дэйв рассказал, что он был очень тронут этим зрелищем; он остановился, вышел из машины и пошел через парк, и там ему открылся «экстатический вид Лондона, простирающегося до портов Темзы». Когда он излагал подробности своего переживания, я подумала, что Дэйва потрясло не свойственное ему прежде чувство: он был способен признать в разговоре со мной, что чувствует удовольствие от жизни. Мое внимание привлекли изменения в положении тела Дэйва. Обычно он лежал на спине и рассматривал трещины в потолке, а сейчас был как бы вполоборота ко мне. Меня поразило изменение его дыхания, и пока он говорил, я чувствовала, что его захватывает другой язык: по его лицу, обычно столь бесстрастному, текли слезы. Он продолжал говорить: «Я не знаю, что со мной происходит, я ошеломлен, мне не хочется, чтобы все это меня беспокоило, но похоже, выбора у меня нет. Я не хочу ехать в больницу или спешить на следующую встречу, листы ожидания и все остальное кажется таким тщетным. Меня потрясла красота этого зрелища. Утром я слышал по радио, что сегодня годовщина открытия концлагерей, и по дороге сюда я думал о разных взглядах и о своем видении мира. Я не доверяю человечеству, я помню о Холокосте и о грудах обнаженных трупов; нечто подобное я делаю со своим телом и с телами своих пациентов, с которыми я соприкасаюсь, только когда они лежат без сознания на операционном столе. Я хочу уйти отсюда и просто посидеть где-нибудь час-другой; моя жизнь кажется такой маленькой. Я не знаю, каково это, быть таким эмоциональным, я почти возмущаюсь тем, что это со мной произошло, я увидел, что жизнь может быть совсем иной. Теперь я вспоминаю, что в детстве любил плавать на яхте, то было лучшее время, которое я проводил с отцом, и иногда там, на просторе моря, у меня бывали подобные переживания». Слезы текли по его щекам, пока он говорил, и я была тронута, но не знала, стоит ли мне что-либо делать или просто слушать его рассказ. Он обратил ко мне заплаканное лицо: «Не могли бы Вы передать мне платки?» Я взяла коробку с бумажными платками и протянула ему; при этом моя рука на мгновение коснулась тыльной стороны его ладони. Это был наш первый физический контакт за несколько лет совместной работы. Дэйв всегда защищался от признания, что наши отношения были чем-то большим, чем просто контракт, поэтому я удивилась, когда он вытер нос, взглянул на меня и сказал: «Когда Вы прикоснулись ко мне, я почувствовал, что я не одинок, и мне стало легче выносить эти картины концлагерей. Спасибо». Переживание Дэйва было переживанием не депрессивного пациента, а того, кто достиг депрессивной позиции.

В лечении депрессии существуют две основные модальности: вербальные виды терапии, которые оперируют словами, и физические интервенции, в число которых входят фармакологическое лечение и электрошоковая терапия (ЭСТ). Одной из проблем некоторых моих коллег является их нежелание посылать пациента, который все глубже погружается в депрессию, к врачу общей практики или психиатру, чтобы они смогли в дополнение к терапии выписать ему антидепрессанты. Некоторые обращавшиеся ко мне пациенты, страдавшие от депрессии или суицидальных идей, были слишком депрессивны, чтобы интересоваться причинами своего страдания, слишком депрессивны, чтобы думать, слишком депрессивны для символического мышления. Часто они не способны ни на что, кроме напряженного молчания или болезненной озабоченности своими симптомами. В таких случаях едва ли возможно проводить психотерапевтическую работу, пока не будет ослаблено переживание депрессии.

Когда я соглашаюсь работать с клинически депрессивными пациентами, я всегда работаю в команде с психиатром; это не означает, что мы автоматически согласимся выписывать медикаменты, но ситуация находится под постоянным контролем. Соединять психосоциальное и психофармакологическое понимание депрессии сложно, но необходимо; опасность заключается в том, что многие терапевты считают, что это ситуация или/или. Это одна из причин, по которым психоаналитическая психотерапия в Лондоне проигрывает в глазах общественности: самонадеянность терапевта или аналитика не позволяет ему понять ограничения своего навыка интерпретации при работе с клинически депрессивными пациентами. Вследствие такого подхода пациентам не предоставляют наилучшего сочетания видов лечения, необходимых для их оптимального выздоровления. В своей практике я обнаружила, что некоторые люди страдают от депрессии потому, что у них нет представления о своем внутреннем мире или о бессознательном. Они знают, что страдают, но у них нет ни малейшего представления, почему это происходит, и иногда чувство изоляции и разрастающаяся жалость к себе толкают их к суицидальному отчаянию. Работая с глубоко депрессивными пациентами, я поняла, что для них классический психоаналитический метод может быть мучительным. К их ощущению депрессии прибавляется унижение от того, что они так озабочены психосоматическими симптомами и неспособны вербально выражать свои страдания. Депрессия часто вызывает эмоциональное онемение. В таких случаях я без колебаний меняю свою технику и излагаю собственные мысли и наблюдения либо говорю о том, что, как я знаю, интересовало пациента, пока он себя хорошо чувствовал, а иногда даже рассказываю истории.

Я вспоминаю одну пациентку, которая пришла на нашу первую встречу с перевязанными после третьей суицидальной попытки запястьями. Она сказала мне, что осознала свое желание прийти именно ко мне после нашего телефонного разговора; она звонила мне с просьбой о встрече. Когда она услышала в трубке лай собак и спросила, есть ли у меня собаки, я ответила на этот вопрос. Она сказала, что предыдущий аналитик отказывался отвечать на какие бы то ни было вопросы и большую часть времени — три сессии в неделю — она проводила в молчании лежа на кушетке. Через год она ощутила еще большую депрессию и поняла, что воспринимает своего аналитика как мраморное изваяние, которое берет плату за визиты; она приняла сложное решение оставить его. Иногда мне приходится принять тот факт, что скорее звук моего голоса, чем смысл слов или понимание бессознательных процессов, смягчает отчаяние пациентов, хотя бы на время, пока они не смогут выдержать столкновение с бессознательными истоками своего страдания.

Юнг хорошо сказал о том, что есть существенные различия между бессознательным отчаянием и сознательным пониманием его проявлений. У меня всегда было ощущение, что неразрешимых проблем в конечном счете не существует, и практика часто подтверждала мое убеждение: я видела индивидов, которые просто перерастали проблему, разрушившую других. Это «вырастание» из проблемы, как я его назвала, в дальнейшем оказывалось повышением уровня сознания. На горизонте человека появляются высшие интересы, либо горизонт расширяется, и в результате проблема теряет свою насущность. Она не была решена логическим образом, строго го- воря, но поблекла рядом с новыми, более сильными жизненными тенденциями. Она не была вытеснена в бессознательное, но просто проявилась в другом свете и сама стала иной. То, что на более низком уровне приводило к жестоким конфликтам, буре эмоций и панике, с точки зрения более высокого уровня личности выглядит так же, как буря в долине, наблюдаемая с горной вершины. Это не значит, что буря утратила свою реальность; но вместо того чтобы находиться внутри, человек стал смотреть на нее снаружи. Но поскольку в нашей психике мы все находимся и в долине, и на горе, попытка стать выше всего человеческого окажется пустой иллюзией. Конечно, индивид ощущает аффект, который терзает и мучает его, но в то же время в нем присутствует высшее сознание, которое не дает ему отождествиться с аффектом; сознание, которое видит аффект объективно и может сказать: «Я знаю, что я страдаю»…

Когда я исследовала путь развития тех индивидов, кто спокойно и как бы бессознательно вырастал за пределы своих ограничений, я видела, что в их судьбах есть нечто общее. К ним из темной сферы возможностей, будь то изнутри или извне, приходило нечто новое; они принимали его и дальше развивались с его помощью. Характерно, что в некоторых случаях это новое находилось внутри, а в других — вовне; или, скорее, оно врастало в кого-то извне, а в кого-то изнутри. Но это никогда не было исключительно изнутри или извне. Если оно приходило извне индивида, то становилось его внутренним опытом; если изнутри, то обращалось в некие внешние события. Оно никогда не внедрялось в жизнь при помощи намерения и сознательной воли; скорее, оно «приплывало по течению времени» (К. Г. Юнг, Р. Вильгельм).

Многие пациенты всю жизнь страдают от депрессии, и для некоторых из них нет другого способа исцеления, кроме сознательного и ответственного признания того факта, что они в депрессии, вместо соматического выражения этого факта в бесконечной череде физических симптомов. Как всегда, освещение этой темы мы находим в литературе и истории; в русской литературе содержится много вариантов архетипической фигуры Гамлета с его меланхолическим отчаянием. В число депрессивных родственников Гамлета входят Онегин, Обломов и Иванов — это лишь несколько имен из тех, что сразу приходят в голову. Чтобы понять Онегина и Иванова — второй жил примерно лет на 60 позже первого, — этих талантливых и привилегированных индивидов, сломленных экзистенциальным ужасом, мы должны рассмотреть их характеры в соответствующем контексте.

Чехов и Пушкин представили своих антигероев в социокультурном и историческом контексте средневековой тщеты, ограниченности и цинизма. Оба молодых человека жалеют себя, оба утра тили свой путь и чувствуют себя чужими в окружающем их социуме. Как я помню, у русских есть особое определение таких людей — «лишние люди»; Гоголь писал об этом в повести «Шинель», хотя его герой не относится к привилегированному сословию. Когда Чехов создавал «Иванова», Онегин уже считался шедевром социального диагноза и представлял собой образ человека, который в деспотическом обществе не может найти осмысленного применения своей энергии. В результате его цинизм, граничащий с клинической депрессией, подталкивает его к прожиганию жизни и доводит до неисцелимого отчаяния. Поведение Онегина нельзя объяснить как клиническую депрессию, скорее, он изображен как погруженная в жалость к себе жертва экзистенциального ужаса, тогда как Иванов действительно переживает депрессию — вплоть до суицида. У многих терапевтов складывается ошибочное впечатление, что чем глубже они проникают в психику, тем глубже будут их инсайты и откровения, обладающие потенциалом лечить или вызывать изменения, но остается опасность идеализации концепции психологической глубины и темноты, в которых кроются секреты жизни. Поверхность, свет и обыденность также раскрывают многое о бессознательном; свет и тьма, поверхность и внутреннее содержание, рождение (появление на свет) и смерть (переход во тьму) равно необходимы для психического равновесия как терапевта, так и пациента. (См.: Фрейд, «Психопатология обыденной жизни», 1901b). В следующем отрывке Иванов, в попытке понять свое от- чаяние, напоминает нам о распространенной тенденции отдавать предпочтение глубине перед поверхностью: «Вы знаете, каково это? Видеть, как угасает твоя жизнь? Знать, что ты уже жил слишком долго. Смотреть на солнце и видеть, что оно сияет? Оно сияет несмотря ни на что. Видеть муравья, несущего соломинку. Даже муравей может быть счастлив со своей ношей. Оглядываться по сторонам, видеть лица людей — вот тот думает, что я пустозвон. Другой жалеет меня. Третий думает, что мне нужна помощь! А хуже всего, когда люди внимательно слушают, будто так они смогут что-то понять. Люди думают, что в отчаянии есть глубина. Но это не так». Хэйр3 Когда я преподаю метапсихологию, я всегда рекомендую студентам подкреплять теоретические модели опытом великих писателей, из наблюдений которых мы можем многое узнать. В случае депрессии и суицида это относится не только к их произведениям, но и к их жизни. Когда я вспоминаю свою клиническую постнатальную депрессию — это еще одна из разновидностей депрессии, — то по прошествии двадцати пяти лет продолжаю считать ее самым мрачным периодом моей жизни. Последние статистические данные, полученные в США, показывают, что 10% беременных женщин соответствуют диагностическим критериям депрессии, а после рождения ребенка у этой группы женщин наблюдается усугубление симптомов (Купер, Мюррей). Я отчетливо помню отсутствие желаний и утрату связи со значимыми обыденными элементами жизни. Помню, как я в изумлении глядела на людей, целеустремленно идущих по улицам, спешащих на станцию, осматривающих полки в супермаркете так, будто на них много привлекательных товаров. Я же чувствовала, что нет ничего, абсолютно ничего на полках супермаркета или даже на полках всего мира, что восстановило бы мой вкус к жизни или прежние желания и избавило бы меня от фобических испарений, которые душили мой внутренний мир. Клиническая депрессия — одно из самых болезненных состояний сознания, и любому терапевту необходимо представлять, что это такое, если не приходилось реально переживать этого; вот почему, если вам повезло избежать 3 Автор в данном случае цитирует Чехова по адаптации, сделанной Д. Хэйром.

Предлагаем читателю фрагмент из оригинальной пьесы для сравнения: «Меланхолия! Благородная тоска! Безотчетная скорбь! Недостает еще, чтобы я стихи писал. Ныть, петь Лазаря, нагонять тоску на людей, сознавать, что энергия жизни утрачена навсегда, что я заржавел, отжил свое, что я поддался слабодушию и по уши увяз в этой гнусной меланхолии,— сознавать это, когда солнце ярко светит, когда даже муравей тащит свою ношу и доволен собою, — нет, слуга покорный! Видеть, как одни считают тебя за шарлатана, другие сожалеют, третьи протягивают руку помощи, четвертые — что всего хуже — с благоговением прислушиваются к твоим вздохам, глядят на тебя, как на второго Магомета, и ждут, что вот-вот ты объявишь им новую религию этого опыта, я рекомендую обратиться к учебникам и художественным произведениям. Один из самых ужасных аспектов депрессии заключается в том, что попавший в ее ловушку человек не может поверить, что ситуация когда-либо изменится; именно осознание, что он заключен в состояние смерти при жизни, вызывает у него отчаяние и даже доводит до самоубийства. Не бывает двух одинаковых депрессий, они всегда уникальны, но депрессивную личность легко опознать, и можно многое узнать по характерным проявлениям гендерно-специфических депрессий и возрастных депрессий, а также культурных детерминант жалоб. Эти факты позволяют задать фундаментальный вопрос, который не рассматривала классическая психоаналитическая теория: определяются ли отличительные черты таких депрессий биологическими различиями между мужчинами и женщинами, между молодыми и старыми, между азиатами и европейцами, между гомосексуалиста- ми и людьми традиционной ориентации — или они определяются социологическими различиями, паттернами наших ожиданий от этих людей как представителей той или иной группы? Депрессии вписаны в контекст и должны интерпретироваться в рамках этого контекста. Несмотря на бурные дискуссии последнего десятилетия о причинах депрессии, ясно, что обычно она является следствием генетической уязвимости, активированной внешними стрессами и накопленным негативным опытом детства. Медицинский Журнал Новой Англии (2000) признает связь между «постоянными экономическими сложностями» и депрессией; распространенность депрессии среди людей, которым недостает базисных материальных ресурсов для самоуважения, выше, чем среди представителей любого другого класса в США. Другими словами, депрессия связана с социальным положением; как выразился один из исследователей, «депрессия и нищета убивают» (Соломон, 2002).

Психоаналитически ориентированные специалисты, как отмечалось ранее, расставляют акценты иначе и считают, что история развития пациента, в особенности его уязвимость к нарциссическим травмам, содержит в себе ключ к пониманию его страдания. Если у вас частная практика и вы не работаете в организации с государственным финансированием, приходится признать, что те, кто страдает от депрессии и суицидальных мыслей и при этом переживает постоянные экономические

сложности, просто не придут к вашим дверям — как, возможно, и к дверям психотерапевтического отделения госпиталя. Долгосрочная психотерапия никогда не станет продуктом массового потребления. С учетом долгих лет, требующихся для обучения терапевта, она всегда будет доступна для меньшего количества людей, чем те, кому она принесла бы пользу, даже если в бюджете здравоохранения будут выделены на нее значительные ресурсы. Но ни требования государственного бюджета, ни экономические ограничения индивида не должны выходить на передний план, когда мы оцениваем действенность, приемлемость и желательность той или иной дисциплины и метода лечения. Важно определить, что мы думаем о психоаналитических дисциплинах, оставив в стороне вопрос, можем ли лично мы позволить себе терапию; необходимо вынести социальное и интеллектуальное суждение, а не суждение, основанное на состоянии нашего банковского счета. Практика анализа останется средством для немногих, но инсайты психоанализа пронизывают всю жизнь общества в Европе, влияя на то, что мы думаем о любви, смерти и войне. Невозможно представить себе со- временное общество, которое решило бы поставить на первое место нечто неосязаемое и субсидировать открытия глубин души. Согласно исследованиям, проведенным в Университете Питсбург (США) и опубликованным в «New England Journal of Medicine» (2000), первый эпизод депрессии обычно тесно связан с жизненными событиями; второй в несколько меньшей степени, а в третьем и четвертом эпизоде жизненные события играют уже гораздо менее существенную роль. С определенного момента депрессия прокладывает собственное русло и становится частой и эндогенной, отделенной от жизненных событий. Хотя большинство людей, страдающих депрессией, переживали определенные стрессовые события, и очевидно, что стресс и тревожность способствуют развитию депрессии, она возникнет лишь у одного из пяти человек, переживших аналогичные личные трагедии. До сих пор остается загадкой, почему некоторые люди лучше защищены от депрессии, чем другие. Мой собственный упрощенный взгляд на происхождение большинства депрессий, с которыми я сталкиваюсь в консультационной комнате, заключается в том, что наши детские переживания предоставляют нам очень разные уровни внутренних ресурсов успокоения и снижения тревожности. Хотя депрессия и тревожность часто помещаются на разных краях спектра (Абрахам первый установил связь между ними), депрессия часто связана с тревожностью и следует за ней. Став взрослыми, мы зависим от своей способности успокаиваться и восстанавливаться после неизбежных тревог и ударов судьбы, которые никого не минуют; но когда Эго перегружено травматическим событием или рядом внешних событий, которые угрожают его целостности, индивид теряет способность успокаивать себя сам; постоянное ощущение тревожности и страх аннигиляции часто служат первыми признаками надвигающей- ся депрессии. Речь идет не об одном травматическом событии, которое повысило уязвимость индивида, а о ряде подавляющих событий из следующего списка: утрата объекта (объектов) любви или утра та объекта, который вызывал у скорбящего отрицавшуюся им враждебность; продолжительное разочарование, приводящее к утрате иллюзий, отвержение и символическая утрата самости или статуса. У личностей с генетической уязвимостью такие «спусковые крючки» активируют депрессивную тревожность, приводящую к эмоциональным и когнитивным изменениям, которые с течением времени регистрируются биохимией мозга и могут подтолкнуть прежде здорового индивида к депрессии. Существуют значительные различия, в том числе этические, между работой с пациентом, который стал клинически депрессивным или суицидальным в процессе или в результате терапии, и пациентом, который пришел в терапию с суицидальными идеями или историей суицидальных попыток. Впрочем, это тема для другой статьи.

Мои представления об основных отличиях работы с пациентами, которые депрессивны, но обладают достаточной силой Эго в результате поддерживающей терапии и, возможно, медикаментов, с одной стороны, и суицидальными пациентами, с другой, сводятся к следующему. В первом случае границы взаимодействия в большинстве случаев остаются терапевтическими (с обычным сеттингом), но с активно суицидальным пациентом ситуация иная, и если вы не специализируетесь в этой области в госпитале, лучше не браться за таких пациентов. В критический период времени терапевт должен быть готов к тому, что он должен быть доступен для телефонного звонка пациента 24 часа в сутки. Когда кто-нибудь аутентично заявляет мне о своих суицидальных намерениях, я никогда не позволяю себе думать, что это только истерия, я предпочитаю верить. За пятнадцать лет практики у меня было три активно суицидальных пациента, и для каждого из них я была столь же доступна, как для собственных детей. Я говорю это не для того, чтобы идеализировать собственную практику, но по- тому, что я знаю людей — слава Богу, не моих пациентов, — которые покончили с собой, хотя их близкие полагали, что их поведение представляет собой истерическую демонстрацию, а не истинное намерение.

Язык, даже эмпатический, не может магически исцелить боль отчаяния, скорбь и меланхолию, но мы не должны недооценивать его целительную способность смягчать боль и печаль. Многие приходящие к нам пациенты всю жизнь провели в психологической изоляции, не зная, что такое эмпатия другого человека. В «Моих университетах» Горький говорит о том, что его одинокая скорбь и молчаливое понимание не могли смягчить боль от смерти его любимой бабушки. Он хотел поговорить хоть с кем-нибудь и чувствовал, что он настолько лишен контакта с людьми, что был бы рад любому собеседнику, тому жизненно важному другому, которому можно поведать воспоминания об умершей женщине. Он погружается в меланхолию:

«Долго носил я в душе тяжелое желание, но рассказать было некому, так оно, невысказанное, и перегорело. Я вспомнил эти дни много лет спустя, когда прочитал удивительно правдивый рассказ А. П. Чехова про извозчика, который беседовал с лошадью о смерти сына своего. И пожалел, что в те дни острой тоски не было около меня ни лошади, ни собаки и что я не догадался поделиться горем с крысами». Горький, «Мои университеты».