

И.В.Гурин

Применение индивидуальной психоаналитической терапии при непсихотической депрессии у пациента с пограничной структурой личности

Аннотация:

В настоящей статье на примере конкретного клинического случая, практического опыта автора и анализа актуальных эмпирических и практических данных рассматриваются основные особенности применения индивидуального психоаналитического подхода при лечении непсихотических депрессивных состояний в случаях пограничной структуры личности пациента.

Ключевые слова: непсихотическая депрессия, пограничная структура личности, психоанализ, психоаналитическая терапия, индивидуальная терапия

Современные исследования свидетельствуют о том, что заболеваемость депрессиями детско-подросткового и взрослого населения в последние десятилетия характеризуется прогрессирующим ростом: число страдающих данным заболеванием приближается к 3% от общей численности населения земного шара. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2020 году депрессия может выйти на первое место по распространенности, опередив, лидирующие в настоящее время сердечно-сосудистые заболевания [1, с.4]. Согласно актуальным аналитическим данным, ежегодно примерно 100 млн. жителей нашей планеты проявляют те или иные признаки депрессии [2, с.34]. При этом диагностирование непсихотических депрессий (среди которых невротическая депрессия и реактивное расстройство настроения), происходит в мировой практике почти в 10 раз чаще, чем тяжелых психотических форм депрессивного расстройства [3, с.514].

По мнению исследователей, в общем ряду депрессий непсихотическая депрессия представляет собой серьезную болезнь, которая является причиной более чем 68% самоубийств, совершаемых ежегодно в мире [4, с.21]. Кроме того, она все более часто рассматривается как хроническое заболевание, представляющее собой значительное финансовое бремя для национальной экономики. Например, в 90-х гг. XX в. в результате непсихотических депрессий и тревожных состояний, которые ограничивали способность работающего населения к трудовой деятельности, в среднем ежегодно в мире было потеряно около 57,5 млн. рабочих дней [3, с.514]. Таким образом, следует констатировать тот факт, что непсихотическая депрессия является состоянием, которое оказывает значительное отрицательное влияние на качество жизни чело-

века, его повседневное функционирование и производительность труда. В то же время, по мнению зарубежных специалистов, по состоянию на начало XXI века следует отметить все еще сохраняющуюся низкую степень использования известных действенных методов лечения данного заболевания. [4, с.7]

Лечение непсихотической депрессии в современных условиях осуществляется с использованием различных фармацевтических или психотерапевтических вмешательств либо путем их комбинирования. Однако нужно заметить, что применяемые на практике для лечения непсихотических депрессий высокоэффективные синтетические антидепрессивные средства зачастую требуют замены или полной отмены из-за опасных побочных эффектов, что, в свою очередь, влечет за собой последующую восстановительную терапию. Именно поэтому психотерапевтическая помощь при не психотических депрессивных расстройствах привлекает в настоящее время все большее число специалистов как восстановительной медицины, так и психотерапевтов и психиатров [5, с.70].

Основные психотерапевтические вмешательства в зависимости от их теоретической основы могут быть поделены на четыре группы: психодинамическая терапия (основанная на принципах психоанализа); межличностная терапия (МЛТ); поддерживающее консультирование (Роджерсианская терапия, ориентированная на личность (Rogerian)); когнитивная поведенческая терапия (КПТ). [4, с.18]

Анализируя эмпирические данные в области лечения непсихотических депрессий, представленные отечественными и зарубежными специалистами [см., например, 7, 8], мы не отрицаем факта результативности их терапии как с использованием отдельных вышеперечисленных методик, так и их комбинирования. Не претендуя на комплексную полноту научного охвата их действенности, в настоящей статье мы остановимся на особенностях применения психоаналитической терапии, выбрав в качестве основного объекта исследования пациентов с пограничной личностной организацией.

Оправданность выбора именно психоаналитического направления для научного исследования обуславливается тем фактом, что в научной литературе уже с 60-х гг. XX в. встречаются практические свидетельства, подтверждающие тот факт, что не-

психотическая депрессия эффективно поддается психоаналитическому воздействию. По оценкам ряда западных специалистов, от психоаналитического вмешательства при лечении невротической депрессии можно ожидать благоприятного результата примерно в 30 из 60 случаев, а при терапии реактивных расстройств настроения, в свою очередь, в 11 из 40 случаев [9, с.285].

Психотерапия психоаналитической ориентации пациентов с непсихотическими депрессиями имеет долгую научную историю и включает в себя ряд терапевтических подходов, в частности, исследовательскую терапию Дж.Гундерсона, экспрессивную и сосредоточенную на переносе терапию О.Кернберга, Дж.Кларкина и др., терапию Г.Когута, опирающуюся на принципы психологии самости, терапевтические методы, разработанные Э.Зецель¹ и т.д. При этом практика убедительно доказывает, что психоаналитическая терапия непсихотических депрессий должна учитывать индивидуальные особенности каждого пациента, находящегося в пограничном состоянии. В связи с этим в данной статье мы ведем речь об индивидуальном психоаналитическом подходе при лечении непсихотической депрессии. Рассмотрим один из клинических случаев в данной области, основываясь на нашей собственной практической деятельности.

К нам за консультацией обратились родители 17-летней студентки одного из престижных российских вузов Инны Г., которой предварительно был поставлен диагноз: пограничная структура личности и невротическая депрессия (без определения уровня ее тяжести). Пациентка, успешно и самостоятельно поступив в вуз, обладая высоким интеллектом и ранее проявляя эффективные навыки социального общения, вскоре стала не справляться с учебой, избегать социальных контактов и периодически замыкалась в депрессивном состоянии, связанном с навязчивой мыслью о якобы имеющемся у нее лишнем весе (на фоне смены женского коллектива, в котором она вращалась, – со школьного на вузовский) и неудачных внешних данных, по сравнению с ее новыми сокурсницами. Данная навязчивая мысль мешала ей сосредоточить-

¹ См.: Gunderson J. G. Borderline personality disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1984; Kernberg O. F. Borderline personality organization// Journal of the American Psychoanalytic Association. 1967. № 15. Pp.641-685; Clarkin J. F., Widiger T. A., Frances A., Hurt S.W. & Gilmore M. Prototypic typology and the borderline personality disorder// Journal of Abnormal Psychology. 1983. № 93. Pp.263-275; Kohut H. The analysis of the self. New York: International Universities Press, 1971; Zetzel E. The so-called good hysteric// International Journal of Psycho-Analysis. 1968. № 49. Pp. 256-260;

ся на учебе и межличностном общении. У девушки ярко проявлялись личностная пессимистическая оценка, чувство отчужденности, она предпочитала как можно больше времени проводить в домашних условиях. При этом депрессия сменялась агрессивными спонтанными всплесками эмоций в отношении родителей и друзей девушки, а также ряда ее знакомых однокурсниц – восхищение которыми сменялось злобными выпадами зависти в адрес их внешних достоинств. Также Инна Г. испытывала проблемы со сном, достаточно часто отказывалась от еды, ссылаясь на отсутствие аппетита, активно пыталась тайком от родителей употреблять различные лекарственные средства, способствующие снижению веса, в ряде случаев упоминала о желании сделать пластическую операцию или даже о суицидальных намерениях. В связи с этим родители девушки рассматривали в том числе вопрос о возможной будущей госпитализации, так как опасались перехода депрессии в более тяжелую форму и развития анорексии (первые признаки которой уже наблюдались), угрожающих жизни их дочери. У пациентки в анамнезе присутствовало одно фазовое депрессивное состояние, предшествующее длящейся более 5 месяцев депрессии на момент обследования. Предшествующая попытка кратковременного обращения в терапевтический центр и пройденное стандартное фармакологическое лечение – комбинация транквилизаторов и антидепрессантов – не принесла необходимого эффекта. Состояние девушки после кратковременного улучшения вернулось в прежнюю форму. Участковым психиатром, в свою очередь, высказывалось подозрение о наличии возможных признаков шизофрении.

На первой консультации пациентка вела себя подчеркнуто отчужденно и холодно. Было очевидно, что она очень подозрительно относится к мотивам предпринимаемых в ее отношении действий со стороны своих родителей, друзей, знакомых и психотерапевта. На диагностических процедурах пациентка использовала тактику изменения ролей, проявляла некоторые признаки паранойи. Ее речь иногда становилась сумбурной, сменяясь быстрой эмоциональной речью, замешательством, растерянностью, а потом неопределенными фрагментами, уходами в себя, периодами молчания. Ее оценка собственной личности и действий, действий ее родителей и друзей

была сильно противоречивой и неопределенной – от боготворения и признания авторитета до обвинения и унижения.

Многую были предприняты в ее адрес элементы терапии, основанной на психологической конфронтации. Попытка обсудить ее закрытое и подозрительное отношение позволила констатировать достаточно четкое понимание ею своего поведения (при отсутствии признания негативных моментов). Пациентке удалось справиться с интерпретацией ее главных проективных механизмов (например, страхов, что она ее поведение и внешность вызовет мою открытую критику, или что я буду читать ей нотации в приказном тоне, когда косвенно, невербально ею было выражено все то, чего она опасалась в отношениях с психотерапевтом). Личностное озвучивание ее проблем увеличило ее осознание реальной ситуации и намного снизило дезорганизацию речи. Способность чувствовать эмпатию по отношению к обычным социальным критериям в ситуации взаимодействия с терапевтом и целостная реакция с временным улучшением функций Эго в ответ на интерпретацию примитивных защитных операций в раннем переносе подтвердило нормальную способность пациентки к тестированию реальности. В результате пациентке был поставлен следующий диагноз: пограничная личностная структура с наличием параноидальных и шизоидных черт, невротическая депрессия средней тяжести. Лечение пациентки осуществлялось на основе интенсивной индивидуальной психоаналитически ориентированной психотерапии, основные этапы которой, представляющие собой комбинирование психоаналитических методов, представлены нами далее в статье. Ей также было рекомендовано полное прекращение приема всех лекарственных препаратов. Психоаналитическая терапия носила регулярный характер (3 раза в неделю в течение 1,5 лет), до момента, пока пациентка не пришла к состоянию, в котором могла контролировать свое саморазрушительное поведение. Диагностирование, проведенное по итогам применения психоаналитической терапии, позволило констатировать рост самооценки пациентки, развитие ее социального и эмоционального интеллекта, чувства автономии, работоспособности и более успешной учебы, прекращение развития коммуникативных и социальных фобий, стремлений к суициду. В связи с этим пациентке было рекомендовано продол-

жение индивидуальных психоаналитических процедур с целью более глубокой проработки ее личностных проблем.

Данный, а также и другие клинические случаи, имевшие место в нашей практике, позволяют сделать вывод о том, что одним из основных моментов, определяющих успешность психоаналитической терапии при непсихотических депрессиях у пациентов с пограничной структурой личности является диагностическое подтверждение достоверности пограничной структуры, а затем – результативное установление терапевтического альянса с пациентом. Эффективный терапевтический процесс начинается именно с того момента, когда у терапевта и пациента появляется общая единая перспектива в исследовании проблемы. До формирования переноса целесообразно просто слушать и сочувствовать точке зрения пациента (даже если это сочувствие будет отвергнуто), не предпринимая откровенной попытки его утешить, - обратное поведение, как свидетельствует практика, может значительно усилить депрессивное состояние пациента. Целесообразно донести до пациента чувство реальности оснований его депрессивного состояния, даже если они пока не известны терапевту, и предложить совместное исследование причин страдания. То есть в первую очередь ориентироваться на поддерживающую исследовательскую аналитическую терапию, которая позволит понять не столько причины, сколько сложившиеся у пациента представления и его взгляд на его страдание, дополняя ее затем необходимыми терапевтическими инструментами по мере развития индивидуальной ситуации [8, с.61].

Основываясь на существующих методических разработках [напр., 5, 8, 9] и собственном психотерапевтическом опыте, в том числе представленном в анализируемом клиническом случае, в обобщенном плане этапизацию динамики развития психоаналитической терапии при непсихотической депрессии у пациентов с пограничной структурой личности можно представить следующим образом:

- 1) вытеснение интроецированного объекта из Супер-эго и восстановление собственного Супер-эго пациента при поддержке Супер-эго терапевта,
- 2) ослабление садистически-мазохистической установки и позиции,
- 3) медленная интеграция и укрепление собственного Эго и своей идентичности,

4) восстановление более-менее объективной оценки себя и объекта, а также – способности полюбить (вначале — как потенциальной способности) других и себя, при одновременной редукции чувства вины и проецирования ее вовне (в том числе – на терапевта),

5) переадресация агрессии на объект (и – временно – на терапевта), отреагирование негативного аффекта в терапии и оплакивание его,

6) «ре-интроекция» объекта любви, «сепарация» от него и постепенный отказ от нарциссической идентификации с ним, открывающие возможность для проработки,

7) некоторое повышение общей энергичности личности,

8) формирование дифференцированной и адекватной оценки себя и объекта,

9) редукция конфликта с нереалистичным Эго-идеалом и ожиданиями,

10) обретение новых объектов любви и привязанности.

Следует также подчеркнуть, что, как свидетельствует приведенный пример, задачу выбора оптимального вида индивидуальной психоаналитической терапии при непсихотической депрессии существенно осложняют различные сопутствующие заболевания и "примеси" других расстройств, которые характерны почти для всех пациентов, чье состояние позволяет ставить диагноз пограничной структуры личности. В ряду особо распространенных среди сопутствующих заболеваний или осложнений, следует отметить расстройство пищевого поведения (прежде всего, нервную анорексию и булимию), паническое расстройство, склонность к злоупотреблению алкоголем, азартными играми, лекарственными средствами и т.д. Вместе с тем пациенты могут проявлять и другие склонности, в частности, склонность к зависимости, избеганию, навязчивым состояниям, импульсивной агрессии, повышенной враждебности и раздражительности. В каждом из вышеназванных случаев, безусловно, необходимо применять особые методы психоаналитической терапии [9, с.286], что еще раз подчеркивает обоснованность индивидуализации психоаналитических терапевтических действий в практике их реализации.

Список литературы:

1. "Скрытые города": выявление и устранение несправедливости в отношении здоровья в городах: Аналитический доклад Всемирной организации здравоохранения. Geneva: UNO, 2010.
2. Ильина Н.А. Непсихотические депрессии: история, симптоматика, лечение// Российские аптеки. 2007. №11. С.34-26.
3. Thomas C., Morris S. Cost of depression among adults in England in 2000// *British Journal of Psychiatry*. 2003. № 183. Pp.514-519.
4. Gilbert P. *Depression: The Evolution of Powerlessness*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates, 1992.
5. Каковы наиболее эффективные стратегии диагностики и лечения депрессии на уровне специализированной медицинской помощи?: Методико-аналитический доклад/ Под ред. Мюллера Х.-Дж., Хенкель В. Женева: изд-е ВОЗ, ООН, 2005.
6. Шевцов С.А., Смекалкина Л.В. Восстановительная терапия непсихотических стрессогенных депрессий у подростков: В сб.материалов «Современные тенденции и перспективы развития курортного дела в Российской Федерации» Международного научного конгресса «Здравница-2010». Ставрополь: СКИ, 2010. С.69-76.
7. Lazarus A.A. *The practice of multimodal therapy: Systematic, comprehensive, and effective psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1990.
8. Решетников М.М. Психодинамика и психотерапия депрессий. СПб: ВЕИП, 2009.
9. Эволюция психотерапии: Сб. статей. Т.2. Осень патриархов: психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия/ Под ред. Дж.К. Зейга / Пер. с англ. М.: Класс, 2008.