doi: 10.17116/jnevro201511511231-39

К проблеме систематики психогенных депрессий (реакции осложненного горя)

Е.И. ВОРОНОВА

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» МЗ РФ, Москва; ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

The systematics of psychogenic depressions (reactions of complicated grief)

E.I. VORONOVA

Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow; Mental Health Research Center, Moscow

Цель исследования. Реактивные депрессии, связанные с тяжелой утратой (реакции осложненного горя) — дискуссионная проблема современной психиатрии, при обсуждении которой выдвигаются прямо противоположные концепции. Настоящее исследование направлено на психопатологический анализ спровоцированных тяжелой утратой реактивных депрессий с учетом их соотношения с триггерными механизмами и конституциональным предрасположением и построение на этой основе клинической типологии. **Материал и методы.** Обследовали 55 больных 31—65 лет (средний — 46,9±13,9 года), госпитализированных по поводу реактивных депрессий, спровоцированных тяжелой утратой. Течение реактивной болезни (включая перенесенные в прошлом психогении) прослежено на протяжении от 5 до 15 лет (в среднем — 11,5±3,6 года). **Результаты и заключение.** Получены данные, позволяющие в качестве параметра, ответственного за пусковые механизмы изученных психогений и их дальнейшую динамику, выделить кататимные комплексы по типу аффективного диссонанса, аффективного резонанса и аффективного дисбаланса. Каждый из выделенных типов определяет не только психопатологическую структуру психогенной депрессии, но и обладает предиктивной валидностью, позволяя прогнозировать ее динамику и нозологическую принадлежность.

Ключевые слова: *психогенная депрессия; реакция осложненного горя, кататимный комплекс; конституциональное предрасположение, типология, динамика.*

Objective. Reactive depression provoked by the loss of loved ones is a controversial problem of modern psychiatry based on the diametrically opposite conceptions. The author suggests a clinical typology of these depressions based on a psychopathological analysis of trigger mechanisms and constitutional predisposition. **Material and methods.** Fifty-five patients, aged from 31 to 65 years (mean age 46.9±13.9 years), were examined. The course of depression, including previous psychogenia, was followed up for 5—15 years (mean 11.5±3.6 years). **Results and conclusion.** Three types of catathymic complexes (affective dissonance, affective resonance and affective imbalance) can be considered as a significant parameter responsible for trigger mechanisms of these psychogenias and their further dynamics. Each type determines not only the psychopathological structure of psychogenic depression but has a predictive validity thus allowing to predict the dynamics of depression and its nosological attribution.

Keywords: *psychogenic depression, reactions of complicated grief, catathymic complexes, constitutional predisposition, typology, dynamics.*

Введение

Состояния, впервые обозначенные R. Sommer [1] термином «психогения» и среди них — психогенные депрессии, несмотря на длительную историю их изучения, до сих пор остаются предметом дискуссии. Наибольшие разногласия сопровождают обсуждение психологической/психоаналитической и клинико-эпидемиологической концепций, которые диаметрально противоположным образом интерпретируют реакции осложненного горя. Первая трактует такие депрессии в качестве «нормальной реакции на стресс» и соответственно постулирует их вынесение за пределы психической патологии [2—8]. Вторая, базируясь на эпидемиологических характеристиках, свидетельствующих о высокой частоте реакций осложненного горя[1], а также на данных об их сродстве с эндогенными депрессиями на уровне генетической подверженности,

[1]По данным некоторых исследователей, распространенность таких форм в населении составляет 2—3% (только для азиатских стран, включая Китай, этот показатель оценивается в 1,8% [9—10]) и возрастает до 7% в пожилом (старше 60 лет) возрасте. Согласно расчетам других авторов, значение этого показателя колеблется в диапазоне 3,7—4,8% [11—13]. Усредненные (2,4—4,8%) значения показателя популяционной распространенности для «персистирующего комплексного расстройства вследствие утраты» (категория, дополняющая официально принятую номенклатуру) приводятся в DSM-5 (2013). Доля состояний «осложненного горя» среди понесших тяжелую утрату (включая суицид объекта привязанности) достигает 10—25% [10, 14—16].

© Е.И. Воронова, 2015

e-mail: voronova_e@mail.ru

паттернов коморбидности, стереотипа развития, рекомендует объединение таких состояний с аффективной патологией эндогенного круга [17—23]. Однако ни одна из этих моделей не обеспечивает решения задач нозологической оценки психогенных депрессий с картиной реакций осложненного горя дифференциации и определения их прогноза.

Цель настоящего исследования — уточнение психопатологической структуры спровоцированных тяжелой утратой реактивных депрессий с учетом их соотношения с триггерными механизмами и конституциональным предрасположением и на этой основе представить клиническую типологию психогенных депрессий (реакций осложненного горя).

Материал и методы

Настоящее исследование было выполнено в 2013—2015 гг. на кафедре психиатрии и психосоматики Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова и в клинике Отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств Научного центра психического здоровья под руководством акад. РАН, проф. А.Б. Смулевича.

Изученная выборка состояла из 55 больных, 49 женщин и 6 мужчин, в возрасте от 31 года до 65 лет (средний — 46,9±13,9 года). Она была сформирована из числа пациентов, госпитализированных в указанные выше учреждения по поводу реактивных депрессий, спровоцированных воздействием тяжелой утраты.

Формирование выборки проведено на основе следующих *критериев включения*: 1) соответствие психического статуса характеристикам психогений (развитие депрессии вслед за воздействием стресса — тяжелая утрата); доминирование в структуре клинического синдрома психогенного комплекса; 2) широкий возрастной диапазон — от 31 года до 65 лет, что позволяет оценить проявления реактивной лабильности и динамики патохарактерологических и психогенных образований на достаточно длительном отрезке времени; 3) наличие объективной анамнестической информации, позволяющей оценить не только проявления психогении, но и доманифестный личностный склад пациентов; 4) длительность психогенной депрессии 6—12 мес; 5) наличие информированного согласия пациента на участие в исследовании. *Критериями исключения* являлись: признаки тяжелой психической патологии (психотические расстройства, выраженная деменция, умственная отсталость), а также зависимость от психоактивных веществ и/или декомпенсация инвалидизирующего соматического заболевания, затрудняющие психопатологическое обследование.

В качестве события, «запускающего» депрессию, в настоящем исследовании рассматриваются исключительно «удары судьбы» — смерть родителей, супруга, ребенка, развод, любовная драма, приравниваемые современными исследователями [24—26] к категориям катастрофических экстремальных стрессовых воздействий.

Социо-демографические характеристики пациентов изученной выборки приведены в **табл. 1**. Тот факт, что среди больных преобладали (67,2%) лица зрелого и пожи-

Таблица 1. **Распределение изученной выборки пациентов (*n*=55) по социо-демографическим характеристикам**

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Пол		
мужчины	6	11
женщины	49	89
Возраст, годы		
средний	46,9±13,9	—
31—40	8	14,5
41—50	18	32,7
51—60	19	34,6
старше 61	10	17,2
Образование		
высшее*	38	69
среднее специальное	17	31
Социальный статус		
служащие	24	43,6
работники сферы обслуживания, квалифицированные рабочие	6	10,9
предприниматели	4	7,2
пенсионеры/инвалиды**	18	32,7/35,4
не работающие в трудоспособном возрасте	0	—
Семейный статус***		
в браке	19	34,5
разведены	13	23,6
вдовы/вдовцы	20	36,4
никогда не состоял(а) в браке	3	5,5

Примечание. * — сравнительно с данными переписи РФ в 2010 г. (Госкомстат России, 2010) больные изученной выборки чаще имели высшее образование (69% против 28,0%; $p<0,05$); ** — речь идет об инвалидности по соматическому заболеванию; *** — достоверно более низкая (сравнительно с данными Госкомстата РФ) доля состоящих на момент обследования в браке (34,5% против 57,8%; $p<0,05$) соотносится с более высокой долей овдовевших (36,4% против 11,5%; $p<0,05$). Такое распределение отражает связь с воздействием психотравмирующих событий (утрата супруга) и отчасти — с повозрастным распределением в изученной выборке.

Таблица 2. **Долевое распределение личностных аномалий (по кластерам, %) в изученной выборке (*n*=55)**

Кластерная принадлежность РЛ	Число больных	
	абс.	%
Кластер А:		
шизоидное РЛ	4	7,2
шизотипическое РЛ	9	16,4
Кластер В:		
истерическое РЛ*	19	34,5
нарциссическое РЛ	6	10,9
пограничное РЛ	1	1,9
Кластер С:		
избегающее РЛ	7	12,7
ананкастное РЛ	6	10,9
зависимое РЛ	3	5,5

Примечание. * — к истерическому отнесены РЛ сложной структуры — истеро-шизоидное — 4 (7,3%) наблюдения, истеро-паранойяльное — 2 (3,6%) наблюдения.

лого возраста — от 41 года до 65 лет, объясняется условиями формирования выборки (критериями включения). Из **табл. 1** можно видеть, что в большинстве случаев речь идет о женщинах зрелого возраста, имеющих высшее образование, — 34 (61,8%) наблюдения, что согласуется с приводимыми в литературе показателями [27, 28]. Гендерные различия отчасти объясняются инволюционным «пиком» распространенности депрессий у женщин, что принято связывать с воздействием нейроэндокринных факторов, гендерными особенностями медицинского поведения (женщины чаще обращаются за медицинской помощью), а также с большей продолжительностью жизни женщин и их повышенной уязвимостью к стрессогенным воздействиям [29—33]. Показатели, отражающие (несмотря на смещение выборки в сторону преобладания пожилых людей) профессиональную активность пациентов, свидетельствуют об их достаточно высокой социальной адаптации, тем более что они выходят за границы возрастных ограничений (даже пенсионеры по возрасту — 10 из 18 — продолжали работать, причем без снижения квалификации).

Длительность психогенных депрессий (в среднем 16±6,7 мес) в изученных случаях соотносится с приводимыми в литературе [27, 34] хронологическими показателями как для реакций осложненного горя — в среднем 13 мес, так и для затяжных реакций адаптации (МКБ-10) — 24 мес.

Течение реактивной болезни (включая перенесенные в прошлом психогении) было прослежено по данным анамнеза, медицинской документации и собственным наблюдениям, что позволило оценить динамику заболевания на протяжении 5—15 лет; в среднем — 11,5±3,6 года.

Оценка преморбидного склада пациентов (конституционального предрасположения к психогенному реагированию [35, 36]) проведена на основе критериев расстройств личности (РЛ), сформулированных А.Б. Смулевичем [37] с учетом выделяемых в DSM-5 кластеров РЛ.

Распределение выявленных у пациентов изученной выборки личностных девиаций в соответствии с их типологической принадлежностью приводится в **табл. 2**.

Можно видеть, что по типологической структуре аномалии личности у обследованных распределялись по всем основным (А, В, С) кластерам. При этом зарегистрировано преобладание девиаций драматического (В) кластера, что становится еще более очевидным с учетом аномалий сложной структуры, включающей дименсии кластеров А и В: шизоидные истерики — 4 (7,3%) наблюдения; истеропаранойяльные личности — 2 (3,6%). На сходные зависимости указывают авторы, анализируя ассоциацию аффективной патологии с РЛ [38—40].

Основной метод настоящего исследования — клинический с привлечением психометрических шкал. Субъективный смысл понесенной утраты оценивался по «шкале оценки жизненных событий» (The Appraisal of Life Events — ALE-scale [41]), предусматривающей возможность определения когнитивной и эмоциональной составляющих реакции на стресс. Применялась русскоязычная валидизированная версия шкалы. Этот инструмент использован в ряде современных исследований при изучении психогенных депрессий [42—44]. При обследовании по этой шкале пациенту предлагается кратко описать стрессогенное событие, оценить его субъективную значимость (ранжируется от 0 до 5 баллов), а также отношение к произошедшему с помощью 16 прилагательных («угрожающее», «пугающее», «побуждающее к действию», «болезненное», «угнетающее» и др.). Интерпретация стрессогенного воздействия оценивается как «вызов», подразумевающий установку на совладание; «угроза» («жизнь, здоровье»; «карьера, материальное благополучие»; «близкие отношения») или «утрата».

Статистический анализ проведен с использованием программ IBM SPSS STATISTICA 21 и STATISTICA 10. Применялись стандартные методы описательной статистики. Для проверки гипотез о значимости различий использовался непараметрический критерий U-test Манна—Уитни (в качестве достоверного рассматривался уровень вероятности $p<0,05$). При оценке взаимосвязей использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Данные представлены в виде $M\pm m$, где M — среднее арифметическое, m — среднее квадратичное отклонение. Достоверность различий для параметрических величин определялась с помощью t-теста Стьюдента, для непараметрических — критерия χ^2.

Результаты и обсуждение

Переходя к изложению и обсуждению результатов настоящего исследования, сразу же подчеркнем, что механизмы формирования психогенных депрессий (реакций осложненного горя) не могут расцениваться однозначно,

т.е. в рамках альтернативы стресс — конституция. Имеющиеся в нашем распоряжении материалы позволили предположить, что за опосредование стрессогенного воздействия ответственны различные по своей направленности личностные свойства — сверхценные (кататимные) комплексы у носителей одноименного аффекта[2]. Соответственно реакции осложненного горя, формирующиеся в условиях воздействия тождественных триггеров (тяжелая утрата), реализуются психопатологически неоднородными синдромами. Более того, каждый из выделяемых кататимных комплексов обладает прогностической информативностью не только в отношении клинической структуры стресс-индуцированной депрессии и не только в плане ассоциации с акцентуацией/РЛ, принадлежащими к различным кластерам, но может рассматриваться и в качестве предиктора дальнейшей динамики реактивной болезни.

В настоящем исследовании были выделены 3 типа кататимных комплексов: с явлениями аффективного диссонанса[3] — 1-й тип, с явлениями аффективного резонанса — 2-й тип, с явлениями аффективного дисбаланса — 3-й тип. Их дифференциация опиралась на характер эмоциональных связей с объектом привязанности (последний выступает как предмет кататимного аффекта).

Кататимный комплекс с явлениями аффективного диссонанса (1-й тип) был установлен в 19 наблюдениях (все женщины). Он определяется эгоистическим характером связей с объектом привязанности и соответственно — отношениями, принимающими форму притязаний. В ситуации стресса, обусловленного ключевым переживанием (потрясение, связанное с утратой), кататимный комплекс этого типа проявляется по существу сутяжными тенденциями, направленными на защиту собственных себялюбивых интересов (претензии к «виновникам» трагического события, рецептивное поведение, рассчитанное на получение поддержки и материальных выгод).

Ключевым переживанием в этой части наблюдений чаще становится измена супруга/возлюбленного. Содержание реактивной депрессии определяют не страдания об утраченной любви, но обвинения в предательстве, создании «непереносимой» ситуации, оскорбляющей чувство достоинства, подрывающей репутацию («опозорил перед людьми»). В ситуации развода денотат депрессии включает иные себялюбивые мотивы — страх понести материальные потери, нарушить сложившийся жизненный уклад, отказаться от привычного комфорта. При «разлуке смертью» [53] уход супруга из жизни воспринимается как «отступничество» (покинул без помощи, обрек на решение всех сложных проблем, которые прежде были только его заботой).

Клиническая картина депрессий (реакций осложненного горя) при этом типе кататимии соответствует проявлениям истерической (истероидная дисфория [54]) депрессии, дебютирующей характерными для начальных этапов психогении[4] диссоциативными расстройствами. Последние определяются как перитравматическая диссоциация [57] по типу compartment (осумковывание, инкапсуляция) [58]. Психогенно суженное («двойное») сознание включает признаки диссоциативного ступора, амнезии, сменяющиеся кататимно заряженными сценическими представлениями, отражающими структуру психогенного комплекса[5]. По мере динамики депрессии на первый план выступают явления драматизации патологически сниженного аффекта с демонстрацией скорби, признаками суицидального шантажа. В дальнейшем присоединяется конверсионная симптоматика, включая психалгии и органоневротические нарушения (чаще по типу кардионевроза или гипервентиляционного синдрома). При этом собственно депрессивный аффект на всем протяжении расстройства носит ограниченный (circumscripten [59]) характер.

Психогении, отнесенные к рассматриваемому типу кататимии, манифестируют у лиц с конституциональными аномалиями драматического кластера (кластер B DSM-5). Эти девиации объединяет ряд общих свойств (и прежде всего, отклонения в сфере эмпатии), сопоставимых с выделяемым Th. Millon [60] вариантом истерического РЛ — Disingenuous Histrionic (неискренние, лицемерные). За фасадом деклараций о бескорыстной преданности «значимому другому» скрывается эгоистическая убежденность в обладании правом исключительной собственности на супруга/возлюбленного и соответственно — на получение выгоды от взаимоотношений с ним. При этом стремление добиться материальных благ посредством «пользующейся спросом привлекательной упаковки» соответствует «маркетинговой ориентации» [61].

Обсуждаемый кататимный комплекс персистирует на всем протяжении заболевания и тем самым остается вне сферы притяжения голотимного аффекта. Об этом свидетельствует клишированный характер всех последующих (от 2 до 5) реактивных депрессий. Аутохтонных депрессий на всем протяжении заболевания не наблюдалось.

При нозологической оценке состояний 1-го типа наиболее адекватной представляется их квалификация в рамках реализующейся фазами динамики истерического РЛ. В пользу такой квалификации свидетельствует фор-

---

[2]Именно этот признак позволил П.Б. Ганнушкину [45] выделить «находящихся в исключительной власти одного аффекта» фанатиков чувства, отождествляемых автором с экноиками Th. Ziehen [46]. В отличие от других девиаций этой группы сверхценная идея превращается в экстатическое переживание преданности. Во французской психиатрии, начиная с работ M. Dide и P. Guiraud [47], приводятся сходные характеристики «страстной конституции». В определении Э. Блейлера [48] речь идет о кататимном аффекте, присущем одноименным — кататимным — комплексам. Совокупность спаянных с аффектом представлений, длительно влияющих на психику, автор определяет термином «комплекс», введенным К. Юнгом [49] в согласии с представлениями П. Жане [50]. Понятие «кататимный комплекс» Э. Блейлер вводит в согласии с терминологией H. Maier [51].

[3]Термин «аффективный диссонанс» используется как антоним «аффективному резонансу» [52], свойственному по П. Жане [50] «фиксированным идеям истерической формы».

[4]Современные теории горя предполагают выделение нескольких ступеней процесса переживания тяжелой утраты. Пятиступенчатая модель M. Horowitz [34] включает: 1 — шок; 2 — отрицание утраты; 3 — вторжение, стресс; 4 — реорганизация (эту фазу C. Parkes [55] заменяет депрессией); 5 — завершение. Модель динамики горя T. Rando [56] состоит из шести этапов: реакция на разрыв — острое горе; переосмысление отношений с усопшим; отвержение умершего и старого мировоззрения, аккомодация (от лат. accomodatio, accomodare — сделать удобным, приладить) — адаптация в новом мире; формирование новых отношений.

[5]К. Юнг [49] рассматривает болезненные состояния, характеризующиеся явлениями диссоциации как прямое следствие «усиления комплексов» в рамках психогенного реагирования.

мирование депрессий без участия эндогенных факторов и конгруэнтность психогений структуре РЛ.

Кататимный комплекс с явлениями аффективного резонанса (2-й тип) был определен в 23 наблюдениях (20 женщин и 3 мужчины). В этих случаях обнаруживалась полярность по отношению к 1-му типу. Эмоциональные связи с объектом привязанности имеют альтруистическую направленность; соответственно доминируют идеи самоотдачи, самопожертвования; вся жизнь ориентирована на беззаветное служение. Подобную преданность не могут поколебать предосудительные и даже противоправные поступки «значимого другого» — ему, вопреки очевидности, находятся оправдания и оказывается снисхождение.

Хотя депрессия в этих случаях и формируется в ответ на те же, что и при 1-м типе кататимии, стрессогенные события (чаще — семейная драма: смерть супруга, неизлечимая болезнь детей, развод), но обнаруживает принципиальные отличия. Доминируют скорбь утраты, представления о бессмысленности существования без родного человека, размышления о достойном увековечении его памяти. На первый план выступают проявления, сближающие психогенную депрессию с картиной циркулярной меланхолии: тоска, отчаяние, соматические симптомы, относимые к числу «биологических», «эндоформных» [62]: циркадианный ритм с расстройствами цикла сон — бодрствование, анорексия и другие нарушения соматочувственных влечений [63, 64]. Характерны идеи самообвинения со свойствами тревожных руминаций: потерявшая сына пациентка постоянно возвращается к мысли о своей вине в совершившейся трагедии (не настояла на госпитализации, своевременном проведении операции, не обеспечила надлежащий уход и др.); при измене супруга/разводе — одолевают бесконечные самоупреки в недостаточном внимании и заботе о главе семьи («это привело к роковому шагу»).

Картина психогений при рассматриваемом типе кататимии психопатологически неоднородна — наряду с истерическими (7 наблюдений) развиваются и тревожные депрессии.

Следует подчеркнуть, что в структуре истерических депрессий, ассоциированных с кататимией по типу аффективного резонанса, обнаруживаются отличия от сходных состояний при 1-м типе. В ситуации «разлуки смертью» феномены перитравматической диссоциации (эмоциональный ступор [65], скорбное оцепенение [66], сменяющиеся представлениями о продолжающемся существовании умершего) вопреки данным о транзиторности стадий острого горя приобретают патологическую стойкость. Пациенты сообщают, что постоянно (даже во сне «словно наяву») общаются с покойным, разговаривают с его фотографиями о событиях прошедшего дня, ждут прихода с работы, звук открывающейся соседней двери принимают за возвращение домой.

В содержании истерических депрессий преобладают представления о потере «стержня» прежней жизни — проникнутых особой задушевностью отношений с наделяемым превосходными эпитетами объектом привязанности, сожаления о том, что «недодала любви». «Эмоциональная дезорганизация», определяющая дебют расстройства, проявляется compartment-диссоциацией, отражающей катастрофический характер стресса и срыв защитных механизмов с отказом примириться с реальностью [34]. Нарушение контроля над функциями сознания [67] и связанная с утратой скорбь сопровождаются преувеличенной заботой о тех, кто все еще связывает с объектом привязанности (дети, друзья и даже домашние животные) при завистливом или озлобленном отношении к остальному миру, «не испытавшему горя». Во всех 7 рассмотренных наблюдениях значимой составляющей депрессии уже изначально является витальная тоска, сопряженная с голотимным аффектом.

У большинства пациентов (16 из 23 наблюдений) реактивная болезнь дебютирует тревожной депрессией (тревожно-меланхолический тип [68]). Структура синдрома в этих случаях наряду с кататимным включает тоскливый аффект, подчиненный циркадианному ритму. При этом аффект определяется «котимией» (витальная тоска, неотделимая от генерализованной тревоги) [69, 70]. Анксиозная составляющая представлена проявлениями психической (витальной) тревоги (постоянное беспредметное беспокойство, беспочвенное волнение, внутреннее напряжение), сопряженной с ее соматическим эквивалентом (гастроинтестинальные, сердечно-сосудистые, дыхательные феномены).

Различия между кататимными комплексами 1-го и 2-го типов распространяются и на «почву», на которой формируются психогении. При кататимии с явлениями аффективного резонанса регистрируются РЛ не только кластера В (истерическое РЛ с чертами «самоотверженных» — 7 наблюдений), но и кластера С (тревожно-мнительный характер — 7 случаев, тревожное/ананкастное РЛ — 6, тревожное с чертами зависимости — 3). При этом в большинстве случаев — 12 наблюдений — выявляется также латентная акцентуация по аффективному типу (гипертимия, аффективная лабильность со склонностью к субаффективным сезонным расстройствам).

Носителями кататимного комплекса 2-го типа (7 пациентов) оказались истерические личности с чертами «самоотверженных», «слепо преданных» (devoted) [35, 37], с присущей им болезненной зависимостью от объекта привязанности, любовной одержимостью, определяемой К. Хорни [71] как страстная, тотальная вовлеченность в отношения с партнером с тенденцией к самоуничижению «для обретения цельности».

Рассматриваемый кататимный комплекс наблюдается также при тревожно-мнительном складе (гиперчувствительность к межличностным отношениям, стремление к соответствию высоким нравственным стандартам) [35, 37]. Эти черты предрасполагают к опоре на «значимого другого» в поиске любви, защиты и руководства при сознании недостаточной полноты и естественности собственного чувства, с одной стороны, и сомнениями в ответных эмоциях, с другой. Пациенты постоянно находят поводы для беспокойства, опасений, огорчений; не могут отвлечься от неотвязных мыслей, приобретающих черты навязчивостей (опасения новых утрат, угроз, невзгод).

В отличие от кататимии 1-го типа психопатологическая структура последующих фаз/эпизодов остается при этом типе неизменной лишь в $^1/_4$ наблюдений. В большинстве случаев уже изначально обнаруживаются признаки витализации депрессии, а в динамике — формирование повторных фаз по аутохтонным механизмам, свойственным эндогенному аффективному заболеванию. Тем не менее полное замещение кататимного аффекта голотимным (формирование психогенно провоцированной

меланхолии J. Lange [72]) происходит лишь в отдельных случаях (3 наблюдения). При этом психогения, с нашей точки зрения, представляет собой клинический прототип, отражающий развитие рекуррентных эндогенных депрессивных фаз в будущем. Связь между психогенными и чередующимися с ними спонтанными депрессиями проявляется патологически преобразованными «сквозными симптомами» (например, разрыв любовных отношений, «запустивший» реакцию горя, по мере динамики в форме эндогенных депрессий выступает в виде страха сепарации, на этот раз не связанного с конкретной ситуацией). Кроме того, наблюдается утяжеление клинической картины путем присоединения апатии и астенической симптоматики, выдвигающихся в число основных жалоб больных. У 5 пациентов зарегистрирована смена денотата депрессии на ипохондрический, характерная для эндореактивной дистимии. В этих случаях длительно сохраняющий актуальность психогенный комплекс постепенно замещается тревогой за собственное здоровье и соматоформными расстройствами, что определяет их оценку в рамках постреактивного депрессивного развития.

Кататимный комплекс с явлениями аффективного дисбаланса (3-й тип) был установлен у 13 больных (10 женщин и 3 мужчин). Эмоциональная связь с объектом привязанности в этих случаях определяется аддиктивной одержимостью (впервые вспыхнувшая всепоглощающая страсть с «обожествлением» объекта влюбленности, ощущением особой «духовной» связи с ним и наделением его исключительно позитивными качествами), присущей «пограничным эротоманам» [73]. В ситуациях, когда сохранение отношений со значимым другим «требует отказа от собственной свободы» [74] (открытые измены, уходы из семьи, пренебрежение), ролевое взаимодействие с партнером приобретает конфронтационный характер. Подобные конфликты в части случаев (9 наблюдений) сопровождались реакциями разочарования [75] с кратковременным «обесцениванием» объекта привязанности, что не приводило к пересмотру отношений. В таких ситуациях реализуется эмоциональная лабильность в форме «деструктивных психологических игр» [76]. Такой аффективный дисбаланс, принимающий полярный характер, может достигать степени «аффективной аномии»[6] вследствие неустойчивости самосознания и осознания окружающей действительности в условиях воздействия тяжелой утраты. Окончательный разрыв с объектом привязанности при этом типе кататимии становится катастрофой, личностным крушением, обрекающим на одиночество и соответственно — ключевым переживанием, запускающим психогенную депрессию.

С клинической точки зрения при рассматриваемом типе кататимии речь идет о депрессиях безнадежности (hopelessness depression L. Abramson и соавт. [77]), патопсихологический конструкт которых с позиций когнитивного подхода имеет реактивную природу [78].

Структура синдрома уже в дебюте депрессии определяется сочетанием кататимного аффекта с феноменами негативной аффективности (симптомы девитализации, адинамии, апатии, психической анестезии), причем последние приобретают доминирующее положение в клинической картине.

Содержание депрессии отражает ключевое переживание: сознание больных наводняют представления о необратимости обрекающей на одиночество понесенной утраты, невозможности ее восполнить, что соотносится с поведенческим паттерном — тенденцией к социальной изоляции (депрессивная самоизоляция Д. Хелл [79]). Такое стремление к затворничеству, уходу от неприемлемой действительности сопровождается нарушениями самосознания с явлениями психической анестезии вплоть до развернутой деперсонализации, относимой в современных исследованиях [80] к detachment (сепарация, разъединение) или диссоциации. Пессимистическая направленность мышления проявляется негативными размышлениями о будущем (пациенты заведомо уверены, что окажутся неспособны к установлению новых доверительных отношений, все их начинания обречены на неудачу). Значимой когнитивной составляющей депрессий безнадежности является снижение мотивации (потребностей, влечений, побуждений к деятельности). E. Minkowski [81], обозначая явления отчуждения, формирующиеся в подобных случаях термином «аффективная анестезия», подчеркивает, что при депрессиях этого типа «чувства медленно вращаются в оцепенении», блокируются инициатива и когнитивные функции.

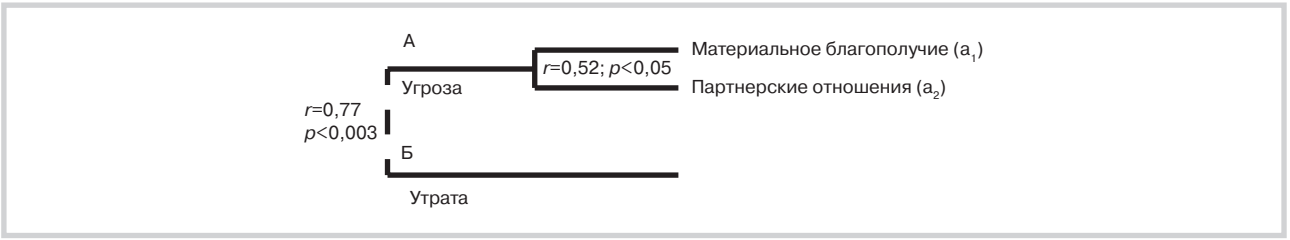
Преобладание явлений негативной аффективности в структуре депрессивного синдрома наиболее отчетливо проявляется в тех случаях, когда чувства безнадежности и одиночества приобретают свойства «экзистенциального вакуума» [82] — обессмысливания, обесценивания существования с чувством обреченности, невозможности собственными усилиями изменить направление жизни. Эта особенность сближает депрессии безнадежности с экзистенциальными депрессиями [83, 84]. Такое клиническое сродство становится очевидным по мере динамики психогений, сопряженных с кататимным комплексом по типу аффективного дисбаланса.

Если на инициальных этапах депрессии безнадежности речь идет об «одиночестве эмоциональном», в психологической трактовке представляющей собой результат утраты тесной интимной привязанности (любовная связь, супружество), то уже на этапе развернутой психогении формируется осознание своей исходной отделенности от других, оторванности от «мира людей», интегрированной системы общественных связей («социальное одиночество» в интеракционистской модели R. Weiss [85], что приводит к фрагментации личности, лишающей ее связи с миром [86].

Кататимный комплекс по типу аффективного дисбаланса формируется в условиях свойственного личностному складу пациентов (РЛ кластера А: шизоидное, шизотипическое РЛ со «странностями» (oddity) — 7 случаев, а также РЛ сложной структуры, включающей дименсии кластеров А и В — шизоидные истерики — 4, истеро-параноидальные — 2) дефицита межличностного взаимодействия.

При анализе нозологической принадлежности реактивной депрессии с кататимным комплексом рассматри-

[6]Термин «аномия» (греч. ἀ- — отрицательная приставка, νόμος — закон) используется по аналогии с понятийным строем соответствующих психологических концепций (концепция отношений, одиночества). В этих исследованиях аномия интерпретируется как явление, при котором личность утрачивает источник равновесия и стабильности и существует как бы в пустом пространстве без ориентиров, определяющих ценность существования.



Индивидуальный смысл утраты: результаты кластерного анализа корреляционной матрицы (объяснение в тексте).

ваемого типа, уже в дебюте структура синдрома может оцениваться в рамках эндоморфной аффективной патологии. В пользу такой квалификации свидетельствует персистирование феноменов круга негативной аффективности, а также все более отчетливая тенденция к социальной изоляции с признаками снижения инициативы и психической продуктивности, неотделимыми от сознания безнадежности. С учетом конституционального склада пациентов психогенная депрессия представляет собой «отправной пункт» дальнейшей динамики в рамках расстройств шизофренического спектра.

Психопатологическая дифференциация спровоцированных тяжелой утратой депрессий, проведенная на основе клинической характеристики кататимных комплексов, была подтверждена результатами психометрического тестирования.

Объективную значимость тяжелой утраты в психологической традиции принято связывать с личностным смыслом события. С тем чтобы оценить субъективное значение (смысл психотравмирующего события — тяжелой утраты) проведено психометрическое тестирование по упоминавшейся выше шкале оценки жизненных событий (ALE-scale).

С помощью математического аппарата корреляционного анализа в настоящем исследовании получены статистически достоверные доказательства чрезвычайной значимости стрессогенного события. Все пациенты (100%) оценивали утрату как «очень тяжелую», «одну из самых страшных трагедий», «случившихся в жизни катастроф». При этом на статистически значимой основе установлено также, что индивидуальный смысл психотравмирующего воздействия в субъективной оценке неоднозначен. Этот факт иллюстрирует приведенная на **рисунке** дендрограмма, образованная двумя кластерами: верхней и нижней частями кластерного «дерева» — «угроза» и «утрата». Можно видеть (нижняя ветвь дендрограммы, обозначенная литерой Б), что в одной части наблюдений (19 больных) восприятие тяжелой утраты характеризуется в определениях: «печальное», «болезненное», «угнетающее», «страшное», «невыносимое», «ужасающее». Такая совокупность признаков оценивается по шкале ALE как «утрата». Психологический смысл утраты в индивидуальной (и психометрической) оценке полностью соответствует клинической характеристике кататимного комплекса по типу эмоционального резонанса. В остальных наблюдениях (36 пациентов) стрессогенное событие (верхняя ветвь дендрограммы — литера А) по использованной в работе психометрической шкале на статистически надежной основе квалифицируется как «угроза» (пациенты выбирают прилагательные «пугающее», «волнующее», «беспокоящее», «угрожающее», «враждебное»). Однако в отличие от кластера «утрата» оценки, образующие кластер «угроза», обнаруживают различия, позволяющие развести их на две части. Как это демонстрирует **рисунок**, верхняя ветвь дендрограммы (литера А) образует развилку из двух ветвей, в которых стрессогенное событие оценивается как угроза материальному благополучию (a_1) либо как угроза близким межличностным (партнерским) отношениям (a_2). В клинической квалификации каждое из этих психологических определений соотносится с кататимными комплексами по типу аффективного диссонанса и дисбаланса соответственно.

Таким образом, результаты настоящего исследования позволяют по признаку направленности эмоциональных связей с объектом привязанности выделить в качестве принципиально значимого параметра, ответственного за пусковые механизмы спровоцированных тяжелой утратой депрессий, кататимные комплексы по типу аффективного диссонанса, аффективного резонанса и аффективного дисбаланса соответственно. Каждый из выделенных типов определяет не только психопатологическую структуру психогенной депрессии, но и позволяет прогнозировать динамику психогении, а следовательно — оценить ее нозологическую принадлежность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sommer R. *Diagnostik der Geisteskrankheiten*. Wien. 1894.
2. Freud S. *Trauer und Melancholie.* 1917.
3. Regier DA, Kaelber CT, Rae DS et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55:109-115.
   doi: 10.1001/archpsyc.55.2.109.
4. Spitzer RL, Wakefield JC. DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: Does it help solve the false positives problem? *American Journal of Psychiatry.* 1999;156:1856-1864.
5. Wakefield JC. DSM-5, psychiatric epidemiology and the false positives problem. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2015;24(3):188-196.
   doi: 10.1017/s2045796015000116.
6. Bonanno GA, Wortman CB, Nesse RM. Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psycol Aging.* 2004;19:260-271.
   doi: 10.1037/0882-7974.19.2.260.
7. Wakefield JC, Horwitz A. *The Loss of Sasness. How Psychitry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder.* Oxford University Press. 2007; 304.

8. Wakefield JC. DSM-5: proposed changes to depressive disorders. *Curr Med Res Opin*. 2012;28(3):335-343.
   doi: 10.1185/03007995.2011.653436.
9. He L, Tang S, Yu W. The prevalence, comorbidity and risks of prolonged grief disorder among bereaved Chinese adults. *Psychiatry Res*. 2014;30:219(2):347-352.
   doi: 10.1016/j.psychres.2014.05.022.
10. Shear MK. Complicated Grief. *N Engl J Med*. 2015;372:153-160.
11. Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord*. 2011;131:339-343.
    doi: 10.1016/j.jad.2010.11.032.
12. Newson RS, Boelen PA, Hek K, et al. The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *J Affect Disord*. 2011;132:231-238.
    doi: 10.1016/j.jad.2011.02.021.
13. Lombardo L, Lai C, Luciani M, et al. Bereavement and complicated grief: towards a definition of Prolonged Grief Disorder for DSM-5. *Riv Psichiatr*. 2014;49(3):106-114.
14. Middleton W, Rapfael B, Burnett P, et al. Psychological distress and bereavement. *J Nerv Ment Dis*. 1997;7(185):447-453.
    doi: 10.1097/00005053-199707000-00005.
15. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, et al. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-5 and ICD-11. *PLoS Med*. 2009;6(8):e1000121.
    doi: 10.1371/journal.pmed.1000121.
16. Tal I, Iglewicz A, Glorioso D, et al. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012;14(2):177-186.
17. Bornstein PhE, Clayton PJ, Halikas JA. The Depression of Widowhood after thirteen months. *British Journal of Psychiatry*. 1973;122:561-566.
    doi: 10.1192/bjp.122.5.561.
18. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry*. 1999;156:837-841.
    doi: 10.1176/ajp.156.6.837.
19. Helmchen H, Linden M. Subthreshold disorders in psychiatry: clinical reality, methodological artifact, and the double-threshold problem. *Compr Psychiatry*. 2000;41:1-7.
    doi: 10.1016/s0010-440x(00)80001-2.
20. Calhoun LG, Tedeschi RG. The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In: Calhoun LG, Tedeschi RG. (Eds.). *Handbook of posttraumauc growth*. 2006;3-23.
21. Andrews PW, Thomson JAJr. The bright side of being blue: depression as an adaptation for analyzing complex problems. *Psychol Rev*. 2009;116:620-654.
    doi: 10.1037/a0016242.
22. Kersting A, Kroker K, Horstmann J, et al. Complicated grief in patients with unipolar depression. *J Affective Disorders*. 2009;118(1):201-204.
    doi: 10.1016/j.jad.2009.01.033.
23. Sung SC, Dryman MT, Marks E, et al. Complicated grief among individuals with major depression: prevalence, comorbidity, and associated features. *J Affect Disord*. 2011;134(1-3):453-458.
    doi: 10.1016/j.jad.2011.05.017.
24. Ениколопов С.Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах. *Российский психиатрический журнал*. 1998;3:50-56.
25. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967;11:213-218.
    doi: 10.1016/0022-3999(67)90010-4.
26. Mazure KM. DSM-III-R Axis IV: Clinician reliability and comparability to patients reports of stressor severity. *Psychiatry*. 1995;2:58:56-65.
27. Zisook S, Shuchter SR. The many faces of depression following spousal bereavement. *J Affect Disord*. 1997;8:45:1-2:85-94.
    doi: 10.1016/s0165-0327(97)00062-1.
28. Spitzer C, Spelsberg B, Freyberger H. Dissociative experiences and psychopathology in conversion disorders. *J Psychosom Res*. 1999;46:3:291-294.
    doi: 10.1016/s0022-3999(98)00112-3.
29. Kafanelis BV, Kostanski M, Komesaroff PA, et al. Being in the Script of Menopause: Mapping the Complexities of Coping Strategies. *Qual Health Res*. 2009;19:1:30-41.
    doi: 10.1177/1049732308327352.
30. Maciejewski PK, Prigerson HG, Mazure CM, et al. Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176:373-378.
    doi: 10.1192/bjp.176.4.373.
31. Schmidt PJ, Murphy JH, Haq N, et al. Stressful life events, personal losses and perimenopause-related depression. *Arch Womens Ment Health*. 2004;32:19-26.
    doi: 10.1007/s00737-003-0036-2.
32. Vindhya U. Quality of Women's Lives: Some Findings from Two Decades of Psychological Research on Gender. *Feminism Psychology*. 2007;17:337-356.
    doi: 10.1177/0959353507079088.
33. Ussher J. Are We Medicalizing Women's Misery? A Critical Review of Women's Higher Rates of Reported Depression. *Feminism Psychology*. 2010;20:9-35.
    doi: 10.1177/0959353509350213.
34. Horowitz M, Stinson C, Frihandler B, et al. Pathological grief: an intensive case study. *J Psychiatry*. 1993;56(11):356-374.
35. Смулевич А.Б. *Депрессии при психических и соматических заболеваниях*. М. 2015.
36. Grilo CM, Stout RL, Markowitz JC, et al. Personality disorders predict relaps after remission from an episode of major depressive disorder: a 6-year prospective study. *J Clin Psychiatry*. 2010;12:1629-1635.
    doi: 10.4088/jcp.08m04200gre.
37. Смулевич А.Б. *Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии*. М. 2012.
38. Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л., Бохан Н.А. Проблема коморбидности аффективных расстройств и расстройств личности. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014;24:2:92-98.
39. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-627.
    doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617.
40. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*. 2007;62:553-564.
    doi: 10.1016/j.biopsych.2006.09.019.
41. Ferguson E, Matthews G, Cox T. The Appraisal of Life Events (ALE) Scale: Reliability and validity. *Br J of Health Psychology*. 1999;4:97-116.
    doi: 10.1348/135910799168506.
42. Головизнина О.Л. Клинико-психологическая дифференциация больных с психогенными (непсихотическими) депрессиями. *Российский психиатрический журнал*. 2004;4:4-8.
43. Магонова Е.Г. *Депрессия, связанная со стрессом (клиника, течение, терапия):* Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2011.
44. Бобров А.С., Ковалева А.В., Рожкова Н.Ю. Темперамент у больных с монополярной непсихотической депрессией. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2013;4:24-31.
45. Ганнушкин П.Б. *Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика*. М. 1933.
46. Ziehen Th. Die *Geisteskrankheiten im Kindesaitr*. 2-e Auflage. Verlag v. Reuther und Reichard. Berlin. 1926.
47. Dide M, Guiraud P. *Psychiatrie du medecin practicien*. Paris. 1929.
    doi: 10.1001/archneurpsyc.1930.02220120209014.
48. Блейлер Э. *Руководство по психиатрии*. Берлин. 1920.
49. Юнг К.Г. *Обзор теории комплексов*. М.—Киев. 1997;203-204.
50. Жане П. *Неврозы и фиксированные идеи*. СПб. 1903.
51. Maier HW. *Zeitschrift fürdie Gesamte Neurologie und Psychiatrie*. 1912;13:555-610.
52. Кречмер Э. *Медицинская психология*. М. 1927.
53. Lindeman E. Symptomotology and management of acute grief. *Am J Psychiatry*. 1944;101:141-148.
    doi: 10.1176/ajp.101.2.141.
54. Leibowitz M, Klein D. Hysteroid dysphoria. *Psychiatr Clin North Am*. 1979;2:555-575.
55. Parkes C, Weiss RS. *Recovery from bereavement*. 1983.
56. Rando T. Treatment of Complicated Mourning. *Research Press. Illinois*. 1993.

57. Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ et al. Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *Am J Psych.* 1996;153:94-102.

doi: 10.1176/ajp.153.7.94.

58. Allen JG. *Traumatic relationships and serious mental disorders.* New York — Wiley. 2001.

59. Birnbaum K. Űberwertige Vorstellungskomplexe mit paranoischen Sekundarsymptomen. In: *Handbuch der Geisteskrankheiten*. Bd. II, Teil II, Berlin. 1928;117-118.

60. Millon T. *Disorders of personality DSM-IV and Beyond.* New York, Toronto, Singapore; 1996.

61. Fromm E. *Man far Himself: An Inquiry Into the Psychology of Ethics.* 1947.

62. Краснов В.Н. *Расстройства аффективного спектра.* М. 2011.

63. Снежневский А.В. *Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование.* М.: Медицина; 1972;5-15.

64. Зеленина Е.В. *Соматовегетативный симптомокомплекс в структуре депрессий (типология, клиника, терапии):* Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 1997.

65. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. *Психиатрия.* Учебник. 1995.

66. Ясперс К. *Общая психопатология.* М. 1997.

67. Allen PT, Archangelskaya GV, Belyaev ST et al. Optimization of health protection of the public following a major nuclear accident: interaction between radiation protection and social and psychological factors. *Health Phys.* 1996; 71(5):763-765.

doi: 10.1097/00004032-199611000-00019.

68. Читлова В.В. *Тревожная депрессия и расстройства личности (коморбидность, типологическая дифференциация, терапия):* Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2013.

69. Tyrer P. The case for cothymia: Mixed anxiety and depression as a single diagnosis. *Br J Psychiatry.* 2001;179:191-193.

doi: 10.1192/bjp.179.3.191.

70. Vieta E, Colom F, Corbella B et al. Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disord.* 2008;7:253—258.

doi: 10.1034/j.1399-5618.2001.30504.x.

71. Хорни К. *Патологическая зависимость. Отчуждение от себя. Невроз и развитие личности.* М. 1998.

72. Lange J. *Die endogenen und reaktiven Geműtserkrankungen (Handbuch der Geisreskrankheiten.* IV. Berlin. 1928.

73. Пинаева Е.В. *Пограничная эротомания (вопросы клиники и терапии):* Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2002.

74. Tellendach H. *Melancholie.* Berlin, New York, Tokio. 1983.

doi: 10.1007/978-3-642-68407-4.

75. Reich W. *Charakteranalyse.* Vienna. 1933.

76. Berne E. *Transactional analysis in psychotherapy.* New York: Grove Press; 1961.

77. Abramson LY, Metalsky G, Alloy L.B. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review.* 1989;96(2):358-372.

doi: 10.1037//0033-295x.96.2.358.

78. Мидько А.А., Розанов В.А. К вопросу о феноменологических границах конструкта «безнадежная депрессия». *Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии.* 2014;1(2):6-15.

79. Хелл Д. *Ландшафт депрессии.* М. 1999.

80. Vogel M, Braungardt T, Grabe HJ. Detachment, compartmentalization, and schizophrenia: linking dissociation and psychosis by subtype. *J Tr Dissoc.* 2013;5:14(3):273-287.

doi: 10.1080/15299732.2012.724760.

81. Minkowski E. L'Anesthésie affective. *Annales Médico-Psychologiques.* 1946;104:80-88.

82. Crumbaugh JS, Maholick LT. An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *J of Clinical Psychology.* 1964;20:2:200-207.

doi: 10.1002/1097-4679(196404)20:2<200::aid-jclp2270200203>3.0.co;2-u.

83. Копейко Г.И. *Возрастные аспекты клинико-психопатологических проявлений юношеского аффективного психоза. Аффективные и шизоаффективные психозы (современное состояние проблемы).* Материалы научно-практической конференции с международным участием. М. 1998;125-136.

84. Häfner H. Die existentielle Depression. *Archiv fur Psychiatrie und Zeitschrift Neurologie.* 1954;191:351-364.

doi: 10.1007/bf00343347.

85. Weiss RS. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. *Cambridge.* 1973.

86. Fromm E. *Die Furcht vor der Freiheit.* 1941.