

Ричард
О'Коннор

психотерапевт
с 30-летним стажем

Выйти из депрессии

Проверенная
программа
преодоления
эмоционального
расстройства

 **БОМБОРА**
ИЗДАТЕЛЬСТВО

Ричард О'Коннор
Выйти из депрессии.
Проверенная
программа преодоления
эмоционального расстройства
Серия «Практическая психотерапия»

*Текст книги предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=68448082
Выйти из депрессии. Проверенная программа преодоления
эмоционального расстройства: Эксмо; Москва; 2023
ISBN 978-5-04-176742-6*

Аннотация

Депрессия – не просто плохое настроение. Это один из способов адаптироваться к реальности, которая выбивает почву из-под ног. Ощущение беспомощности приводит к отключению всех систем, которые отвечают за жизнерадостность, и мы больше не можем испытывать удовольствие.

Ричард О'Коннор – психотерапевт с 30-летним стажем, подробно рассказывает о причинах депрессии, ее связях с другими заболеваниями и предлагает системный подход для ее преодоления, основанный на когнитивно-поведенческой терапии.

В формате PDF A4 сохранен издательский макет книги.

Содержание

Предисловие ко второму изданию	7
Замечание автора	9
Вступление	11
Часть I	25
1	25
2	50
Жизнь в депрессии	53
Депрессивные эмоциональные навыки	58
Депрессивные поведенческие навыки	61
Депрессивные когнитивные навыки	62
Депрессивные межличностные навыки	63
Депрессивное обращение с собой	64
Депрессивное обращение с телом	65
3	68
Конец ознакомительного фрагмента.	71

Ричард О'Коннор
Выйти из депрессии
Проверенная
программа преодоления
ЭМОЦИОНАЛЬНОГО
расстройства

Richard O'Connor

**Undoing depression. What Therapy Doesn't Teach You
and Medication Can't Give You**

*** * ***

Все права защищены. Книга или любая ее часть не может быть скопирована, воспроизведена в электронной или механической форме, в виде фотокопии, записи в память ЭВМ, репродукции или каким-либо иным способом, а также использована в любой информационной системе без получения разрешения от издателя. Копирование, воспроизведение и иное использование книги или ее части без согласия издателя является незаконным и влечет уголовную, админи-

стративную и гражданскую ответственность.

Copyright © 1997, 2010 by Richard O'Connor, MSW, PhD

This edition published by arrangement with Levine Greenberg
Rostan Literary Agency and Synopsis Literary Agency.

© Голокозова Татьяна, перевод на русский язык, 2023

© Оформление. ООО «Издательство „Эксмо“», 2023

Предисловие ко второму изданию

Сейчас, записывая эти строки в 2009 г., я испытываю одновременно удовлетворение и тревогу от того, что такой значительный объем материала из книги *«Побеждая депрессию»* остается актуальным даже спустя одиннадцать лет с момента ее первого издания. Удовлетворение – поскольку могу похлопать себя по плечу за изложение столь полезных, прошедших проверку временем советов; тревогу – потому что достигнутый на сегодняшний день прогресс в более глубоком понимании и эффективном лечении этого разрушительного состояния минимален. Действительно, кажется, будто процесс изучения депрессии за последнее десятилетие вообще сделал шаг назад в своем развитии. Стало ясно, что лекарственные препараты гораздо менее эффективны, чем мы ожидали. Предположение об обусловленности депрессии нехваткой серотонина в головном мозге не подтвердилось. А между тем эта болезнь продолжает распространяться в эпидемических масштабах.

Всемирный банк и Всемирная организация здравоохранения считают, что в ближайшем будущем депрессия станет самым дорогостоящим заболеванием, обогнав СПИД, рак и туберкулез.

Тем не менее для нового издания этой книги найдутся и хорошие новости. Ранее я не имел поддержки среди ученых

в дискуссиях о том, что «депрессивные навыки» – привычки, делающие депрессию крайне устойчивой к лечению, – формируются за счет укрепления определенных нейронных путей, которые можно изменить, поменяв образ жизни. Теперь же современная нейробиология это подтверждает. Старые нейронные пути ослабевают, если мы бросаем привычки, и заменяются новыми связями, обусловленными изменениями в нашем поведении. Мы способны перестраивать работу нашего мозга посредством направленного внимания и тренировок. В то же время последние открытия в психологии и поведенческой медицине позволили создать гораздо более конкретные, проверенные методы профилактики депрессивных привычек и обучения новым стратегиям выхода из состояний печали и горя. Таким образом, крайне важно, чтобы люди с депрессией обрели мужество и поддержку для принятия эффективных шагов против этого недуга, чем и определяется цель данной книги.

Замечание автора

Вданной работе я столкнулся с двумя специфическими лингвистическими проблемами. Одна из них связана с трудностью определения того, как называть человека, больного депрессией. В различных контекстах употребляются слова *пациент*, *клиент*, *жертва*. Однако каждый из этих терминов отражает преимущественно предположения кого-либо, кто навешивает подобный ярлык, а не описывает самого страдающего от депрессии. Единственный известный мне адекватный термин, подразумевающий человека в депрессии – «депрессивный», – вызовет в представлении некоторых людей концепцию «депрессивного характера», провокационную концепцию присутствия в организации личности чего-то, что может запустить данное заболевание. Я не согласен с мнением о том, будто существует депрессивный характер, и утверждаю, что депрессия влияет на характер и личность человека, поэтому использую термин «депрессивный» как описывающий нечто, способное стать образом жизни. Поскольку я сам принадлежу к людям, пострадавшим от депрессии, я имею право применять упомянутый термин без его скрытого оценочного суждения.

Другая проблема касается использования местоимений *он* и *она* при отсылке к лицу, пол которого не особенно важен в нашей ситуации. Так как депрессию чаще всего диагности-

руют у женщин, а сам феномен является одним из предметов горячих споров в гендерной политике, эта тема приобретает некоторую щекотливость. Употребление автором-мужчиной местоимения *она* в обращении к индивидуумам с депрессией может быть воспринято как закрепление стигмы в маскулинно центрированной науке и культуре. Однако обращение к больным депрессией исключительно с помощью местоимения *он*, по-моему, означает занижение очевидно более распространенных страданий среди женщин. Поэтому я решил чередовать местоимения мужского и женского рода в примерах, где это действительно не важно; однако встречаются и затруднительные случаи, и я возвращаюсь к применению *он*, имея в виду человека любого пола.

Я постарался сделать все возможное, чтобы гарантировать целостность и достоверность содержащейся в книге информации. Тем не менее ни издатель, ни автор не оказывают таким образом профессиональной помощи или услуг конкретному читателю. Идеи, методики и рекомендации, представленные в настоящей работе, не служат заменой консультации с врачом. Ни автор, ни издатель не несут ответственности за ущерб или какие-либо потери, предположительно спровоцированные информацией или рекомендациями из данной книги.

Вступление

«Почему так трудно вылечиться от депрессии?» – вопрос, которым снова и снова задаются пациенты и терапевты. Раз мы понимаем скрытый смысл и мотивы своего поведения и видим, как повторяем действия, препятствующие нашему восстановлению и достижению желаемого в жизни, *почему мы просто не остановимся?* Если у нас есть подходящие лекарства, не допускающие очередного погружения в самые темные глубины, если мы в состоянии начать относиться к своему будущему и к себе с чуточку большим оптимизмом, почему мы остаемся робкими, пассивными и замкнутыми? Почему люди упорствуют в саморазрушительном поведении, отдавая себе отчет в его пагубности? В качестве ответа на эти вопросы Фрейд был вынужден создать такую замысловатую и загадочную теорию, как влечение к смерти: согласно рассуждениям психоаналитика, в противоположность желанию творить, наслаждаться и жить мы обладаем равным по силе желанием разрушать, страдать и умирать. Однако весь мой практический опыт подсказывает гораздо более простое объяснение.

Люди упорствуют в самодеструктивном поведении, потому что не знают, что еще делать; по сути, все шаблоны депрессивного поведения записаны в самом мозге. Как же нам исправить

эту ситуацию?

Я убежден, что главная причина резистентности состояния больных депрессией, несмотря на терапию, медикаменты и поддержку любящих людей, – банальная неспособность представить альтернативу. Они знают на экспертном уровне, как жить в депрессии. Их самоощущение и мировоззрение целые годы заставляли их формировать довольно своеобразный набор навыков, в результате чего эти люди превратились в слепых с рождения индивидуумов. Они очень чутки к звукам, запахам и другим ощущениям, которые здоровые люди воспринимают как должное. Они умеют читать шрифт Брайля так же, как остальные читают печатные издания. Слепые с рождения люди обладают очень хорошей памятью. Но попросите их представить закат, или цветок, или работы Ван Гога – у них не возникнет никаких ассоциаций; это за пределами приобретенного ими опыта. Ожидание от больных людей прекращения депрессивных переживаний сродни ожиданию того, что слепой человек вдруг начнет видеть дневной свет. Но есть одно важное отличие: с течением времени эти люди все-таки способны справиться с поставленной задачей. Здесь, помимо всего прочего, изменениям мешают действующие в нас бессознательные силы, преимущественно страх. Мы развиваем защитные механизмы, искажающие реальность таким образом, чтобы мы могли смириться с депрессией, или поддерживающие подсознательное убеждение о том, что мы не заслуживаем лучшего

самочувствия. Обычно люди учатся и растут за счет опыта, но человек с депрессией под влиянием страха избегает его исцеляющего действия. По моему мнению, упражняясь, двигаясь мелкими шажками к преодолению больших вызовов, постепенно усваивая тот факт, что страхи не убивают и импульсы не перегружают, человек в депрессии обучается альтернативам депрессивного поведения и осознает: достаточно недепрессивное поведение подразумевает, что вы на пути к исцелению.

Депрессия становится для нас набором привычек, моделей поведения, мыслительных процессов, предположений и чувств, кажущихся нам абсолютно истинной нашей сущностью; мы не можем отказаться от них, не располагая заменой им. Излечение от депрессии – это то же, что излечение от болезни сердца или алкоголизма. Неунывающий пациент знает: медикаментозной терапии недостаточно – должны измениться и жизненные пищевые и спортивные привычки, способы борьбы со стрессом. Лечащийся от алкогольной зависимости понимает, что воздержания от спиртного мало: ему необходимо поменять образ мышления, стиль коммуникаций с другими людьми и методы работы с собственными эмоциями. Нас, страдающих депрессией, также определяет наша болезнь: навыки, сформированные нами в напрасном стремлении спастись от боли – подавление гнева, изоляция, выделение в приоритет других, склонность быть чересчур ответственными, – препятствуют нашему выздоров-

лению. Нам следует избавиться от депрессивных привычек, тянущих нас на дно и подвергающих опасности рецидива.

Через десять с небольшим лет после выхода первого издания этой книги наши знания о депрессии достигли ошеломительного развития (благодаря современным технологиям, позволившим ученым увидеть определенные процессы работы мозга изнутри). И здесь возникли две новости – хорошая и плохая. Начнем с плохой: *депрессия приводит к повреждению мозга*. Хорошая новость – *мы в состоянии устранить это повреждение* целенаправленной тренировкой и вниманием. Фактически мы можем выйти за рамки привычного для нас состояния и почувствовать себя как никогда лучше. Науке известно, что наш мозг не просто сохраняет все пережитое. Каждый опыт изменяет мозг структурно, электрически, химически. Мозг сам *превращается* в опыт. Соблюдая осторожность в том, каким опытом питать мозг, мы способны его преобразовать.

Одна из ценных вещей, необходимых нам из всей новейшей нейробиологии, – это понимание того, что *практика имеет решающее значение в восстановлении*. Можно потратить на терапию годы и получить ясное представление о причинах, из-за которых оказались на дне, но, если мы не будем вставать с кровати по утрам, депрессия также никуда не исчезнет. Лекарственные препараты, при условии их эффективного действия, помогают здесь частично, давая достаточно энергии выбраться из постели. Однако изменения

в мозге можно вызвать лишь тренировками. Систематический труд по формированию новых привычек создает связи между мозговыми клетками, прежде не соединенными друг с другом. Подобно системе шоссейных дорог, нейронные пути, поддерживающие депрессивное поведение, разработаны очень тщательно. Вы должны свернуть с привычной дороги и проложить новые маршруты, и, по мере развития новых связей в головном мозге при наличии достаточного количества регулярных тренировок, следование новым направлениям движения станет для вас автоматическим.

Победа над депрессией требует от нас нового набора навыков. Сегодня мы понимаем, что счастье – это навык, сила воли – это навык, здоровье – навык.

Благополучные взаимоотношения невозможны без определенных навыков, и эмоциональный интеллект – тоже навык. И это есть гораздо более ободряющее и конструктивное отношение к жизни, чем предположение, что такие качества достались нам от рождения в фиксированных количествах и мы не в силах изменить свою участь.

Навыки, содействующие избавлению от депрессии, охватят вашу жизнь в целом, и в результате постоянной работы вы продвинетесь значительно дальше элементарного выздоровления.

Моей целью является изложение «программы» для пре-

одоления депрессии. Из собственного опыта люди с алкогольной зависимостью знают, что отказа от спиртного недостаточно – они должны «реализовать программу». Подобно алкоголизму, депрессия – склонное к пожизненному течению состояние, которое можно вылечить лишь сознательным усилием, направленным на изменение своей личности. Следующие главы объясняют, как через ключевые аспекты нашей личности – чувства, мысли, поведение, взаимоотношения, привычные способы обращения с организмом и преодоления стресса – депрессия научила нас определенным паттернам, которые мы стали воспринимать как норму, как часть самих себя. Но мы не осознаем того, что в действительности такие паттерны укрепляют депрессию. Нам нужно забыть эти привычки и заменить их новыми навыками (я расскажу о них в подробностях), чтобы позволить настоящему выздоровлению случиться. Выполнение упражнений, описанных в книге, может послужить инструментом для «реализации программы» и возвращения к насыщенной и полной смысла жизни.

Я твердо убежден в том, что люди могут излечиться от депрессии, но медикаменты и стандартная психотерапия не дают максимальных результатов, – и теперь исследования подтверждают это. Мы имеем тенденцию винить себя за собственную болезнь – такова жуткая ирония депрессии; поэтому я надеюсь показать вам, что на самом деле это симптом заболевания, а не данность. Чтобы добиться полного восста-

новления, людям необходимо овладеть новыми инструментами и способами их применения. Я имел преимущество почерпнуть очень многое из накопленного за последние 30 лет исследовательского и клинического опыта, в котором разработаны новые стратегии мышления, действия, построения связей с другими, чтобы заменить старые модели функционирования, никогда не дававшие эффекта и лишь ухудшавшие ситуацию. Кроме того, мне удалось извлечь пользу из практики в клиниках, которая помогла мне понять, как применять эти схемы в повседневной жизни. Затем уже мой собственный опыт депрессии и выздоровления позволил мне усвоить из первых рук, что работает, а что нет.

Однажды, когда мне было 15 лет, я вернулся домой из школы и обнаружил, что моя мама совершила самоубийство в подвале. Мама заперла двери и прикрепила к окну записку: якобы она ушла за покупками, и мне следовало подождать ее у соседей. Я знал, что здесь что-то не так, и решил влезть в дом через окно. Как раз в этот момент с работы приехал отец. Мы вместе нашли тело матери.

Она надела на голову полиэтиленовый пакет и села за стол, где я обычно играл со своим набором юного химика. Провела газовую трубу от бунзеновской горелки в пакет и включила газ. Позже выяснилось, что она также приняла смертельную дозу снотворного, которое мой отец продавал, работая фармацевтическим представителем. Ее тело было холодным – видимо,

она начала готовиться утром, вскоре после нашего с отцом ухода из дома. Это не был крик о помощи: мама прошла через многое, прежде чем приняла решение добровольно уйти из жизни.

Вплоть до последних двух лет перед самоубийством мама казалась счастливой, уверенной и общительной. Я помню ее радость в процессе сборов на вечеринки или от исполнения песен сороковых на пару с отцом во время вечерних поездок на машине. Когда теперь оглядываюсь на свою жизнь, я понимаю, сколько всего было спровоцировано моим желанием понять, что же с ней произошло.

И еще понять происходившее со мной, потому что у меня была собственная депрессия, с которой я боролся. Я, вполне подготовленный и опытный психотерапевт, очень долго не осознавал, в каком состоянии нахожусь. Я сам являлся пациентом несколько раз, но никогда не давал названия своим проблемам; я всегда говорил себе, что эти встречи мне нужны для личностного роста. И это несмотря на долгие периоды, когда я слишком много пил, отстранялся от близких людей, едва прикасался к работе, просыпался каждое утро, ощущая ненависть к мысли о необходимости прожить этот день и свою жизнь. Много раз меня посещала мысль о суициде, но воспоминание о матери меня от этого удерживало. У меня были дети и семья, пациенты, коллеги, с которыми я был не в силах так поступить. И все же часто и долго жизнь мне казалась настолько ничтожной, безнадежной и

безрадостной, что я мечтал об уходе. Теперь надеюсь (в этом невозможно быть уверенным), что те дни для меня остались позади окончательно. Я не ползаю по глубочайшему дну, но все равно живу с последствиями депрессии. До сих пор я борюсь с эмоциональными депрессивными привычками. Принятие того факта, что это будет продолжительная битва, помогло мне успешнее справляться с кратковременными взлетами и падениями. И я вижу прогресс.

Я проработал в области психического здоровья 30 лет в качестве терапевта, наставника и директора агентства; изучил психоаналитическую и семейную системы, биохимический, когнитивный и тому подобные способы понимания людей; сотрудничал с некоторыми замечательными учителями и лечил некоторых замечательных пациентов. Я не претендую на роль всезнающего в области депрессии, однако вы вряд ли найдете людей с большим опытом, личным и профессиональным.

Кроме того, я считаю, что специалисты в сфере психического здоровья, не испытывавшие на себе влияния депрессии, никогда не смогут постичь ее полностью. Я многократно наблюдал, как «всеохватывающие» теории развивались, процветали и главенствовали в своей области лишь для того, чтобы оказаться отвергнутыми в момент появления новых, противоречащих данных. Многие психологи и психиатры словно отдают предпочтение построению теорий (подгоняют собственные наблюдения под уже существующую теорию).

рию или создают новую, призванную объяснить всё и сразу), а не поиску практических способов помощи своим пациентам. Они слишком сильно отклоняются от реального опыта. Теперь я вижу: ни одна простая, подразумевающая какой-либо единственный фактор теория депрессии не оправдывает себя. Депрессия провоцируется частично наследственностью, частично – опытом детства, отчасти – образом мышления, отчасти – строением мозга и в чем-то – нашими алгоритмами действий с эмоциями. И это сказывается на всей личности в целом.

Представьте, если бы знание медицины позволяло нам достоверно диагностировать болезнь сердца, но не давало бы понимания эффекта от физических нагрузок, холестерина, соли и жира, стрессов и переутомления. Больные хватались бы за любую соломинку, способную помочь им выздороветь. Одни при этом прекратили бы всякую физическую активность, вторые начали фанатично тренироваться. Третьи решили уходить от любых стрессовых ситуаций. Четвертые пристрастились бы к лекарствам, понижающим давление, не подозревая, что их нездоровая диета сводит на нет какие бы то ни было положительные действия медикаментов. Многие скончались бы преждевременно, а некоторые случайно почувствовали бы улучшение; и без тщательных, контролируемых научных исследований врачи так бы и не выяснили, что именно привело одних к смерти, а других – к восстановлению.

То же самое происходит с депрессией. У нас есть все мыслимые и немыслимые рекомендации, полезные и не очень, по большей же части – недоказанные. Некоторые из них направлены лишь на повышение продаж. Пациент с депрессией находится в неведении относительно собственных конкретных нужд, удовлетворение которых может помочь его исцелению. По сути, о том, как люди излечиваются от депрессии, известно довольно многое. Однако создать на основании этой информации стройную теорию крайне сложно, хотя использовать ее все равно нужно.

Депрессия – комплексное состояние, размывающее границы между психикой и телом, природой и воспитанием, персональным «я» и другими членами общества. Немало людей с депрессией, кажется, переживают ее как следствие травмы, лишений или потери в детстве. Большинство пациентов описывает трудности в детстве или в дальнейшей жизни, внесшие вклад в формирование низкой самооценки и чувствительности к отвержению, сомнений в себе и неспособности наслаждаться жизнью. Но эти наблюдения верны не для всех депрессивных больных: некоторые люди без какой-либо истории переживаний, производящие впечатление уравновешенных и включенных, заболевают резко, неожиданно в ответ на жизненные перемены. Очевидное влияние биохимической составляющей депрессии нельзя отрицать, следовательно, медикаменты в данных случаях помогают многим людям, и все же для большинства одного медика-

ментозного лечения будет недостаточно. Коренится ли причина депрессии в событиях детства или в настоящих нарушениях в работе мозга – выздоровление наступит лишь в результате непрерывного акта воли, самодисциплины, направленных на эмоции, поведение и взаимоотношения в моменте здесь и сейчас. Это тяжелая правда, ибо никто не заслуживает такого заболевания, и представляется несправедливым, что ни в чем не виновные люди вынуждены так мучиться. Вдобавок люди с депрессией всегда получают бесценные рекомендации перестать испытывать депрессивное состояние, взять себя в руки, не поддаваться слабости – то есть самые жестокие и бесчувственные советы, которые только можно придумать. Все, чего я хочу, – это дать ориентиры и обеспечить поддержку наряду с рекомендациями, чтобы помочь депрессивным больным найти необходимые для восстановления ресурсы.

Такие люди, как правило, с головой уходят в болезнь и не знают способа выбраться. Они тяжело трудятся, пытаются жить, решать проблемы, но эти усилия тщетны, поскольку им недостает навыков удерживать себя на большой глубине. В состоянии депрессии подлинная битва ведется между частями личности. Тени, призраки, кусочки собственной личности, которые не были интегрированы или отпущены, тянут людей на дно. Чем сильнее они напрягаются, чем чаще они делают то, к чему привыкли, тем значительнее усугубляется их положение. Когда близкие пытаются помочь обыкновен-

ными, логичными средствами, являющимися нормальными выражениями заботы и беспокойства, они встречают отвержение. И тогда депрессивные больные чувствуют еще большую вину и потерю контроля.

Людам в депрессии нужно освоить новые способы жизни с самими собой и окружающими – новые эмоциональные навыки. Эти навыки требуют тренировки, координации и гибкости.

В качестве замены беспорядочного барахтанья в панике на поверхности воды пациентам следует развить эмоциональные привычки, более схожие с плаванием: мягким, ритмичным парением и комфортным ощущением себя в воде. Депрессивные больные – великие борцы, но бороться – значит утопать. Полезнее научиться позволять воде держать вас.

Разумеется, эта книга для меня в высшей степени личная. Я хочу остановить потенциальных самоубийц, освободить людей от бессмысленной боли депрессии. Сегодня можно сделать гораздо больше того, что было доступно моей матери или мне, когда я был младше. Психотерапия и медикаменты дают надежду каждому. Обучение техникам самоконтроля, навыкам коммуникации, самовыражения и сопротивления собственным суждениям о себе и о мире может обеспечить людям, не знающим буквально ничего, кроме депрессии, шанс на полноценную жизнь.

Во время работы в общественной психиатрической клинике меня глубоко тронул тот факт, что пациентов, не зна-

ющих о своем депрессивном состоянии, громадное количество. Люди обычно ищут помощи не просто потому, что чувствуют себя плохо, а потому, что что-то в жизни идет не так: дети не слушаются, брак не клеится, на работе неприятности. Часто не нужно долго копать, чтобы понять: обратившийся за помощью уже в течение какого-то периода находился в депрессии; конфликт в семье, проблемы с работой – лишь проявление депрессии, а не ее причина. Если бы мы оказали помощь раньше, жизнь многих не превратилась бы в такую катастрофу. Это люди, к текущему моменту не испытывающие почти никакой радости, не имеющие надежд, стремлений, ощущающие себя в тупике, без сил и воспринимающие свое самочувствие как естественное положение вещей. Но это не норма.

Часть I

Что нам известно о депрессии

1

Понимание депрессии

Сегодня мы живем в условиях эпидемии депрессии. Каждый признак указывает на то, что все больше людей заболевают депрессией, дольше находятся в ней, тяжелее переносят и сталкиваются с ее проявлениями в жизни раньше, чем было прежде. Депрессия не исчезнет, даже если мы будем как угодно игнорировать, презирать или отрицать ее. Необходимо заняться ею как основной проблемой общественного здравоохранения. Но это нелегко, поскольку сама тема депрессии пугает общество (возникают мысли о погружении в сумасшествие), и в результате мы избегаем ее. У нас есть нормальное желание забыть об этом недуге и надеяться, что нам он не грозит. Можете ли вы заставить себя вспомнить ощущение боли? Большинство людей съеживаются от этого вопроса и на самом деле не в силах описать боль или вызвать ее ощущение в памяти. Мы подавляем ее, отталкиваем, чтобы не думать о ней и жить своей жизнью. Но при звуках стоматологической бормашины мы внезапно вспоминаем нена-

вистную боль во всех подробностях. Подобный ментальный фокус проделывается и с депрессией. Каждый проживал ее так или иначе, но считает, что должен отгородиться от воспоминаний. Нам предпочтительнее думать о депрессии как о беде, которая случается с кем-то другим – не с нами.

Однако сейчас она бушует уже ближе к вашему порогу, потому что заболеваемость растет. Для каждого поколения, рожденного с 1900 г., возраст начала депрессии все время снижается, а риск развития болезни на протяжении жизни повышается¹. Согласно официальным, наиболее скромным оценкам, примерно 6,7 % американцев столкнутся с большим депрессивным эпизодом в своей жизни². Добавим сюда так называемые умеренные формы депрессии, и, по моему мнению, показатель перевалит далеко за 25 %. Таким образом, каждый четвертый человек с большой долей вероятности переживет серьезную схватку с депрессией на определенных этапах жизни. И каждый пятый в депрессии прямо сейчас: исследователи считают, что критериям той или иной формы депрессии в любой момент времени отвечают почти 20 % населения. Причем в расчет не берутся люди,

¹ Gerald Klerman, «Evidence for Increases in the Rate of Depression in North America and Western Europe During Recent Decades,» in H. Hippius, G. Klerman, and N. Mattusek (eds.), *New Results in Depression Research* (Berlin: Springer Verlag, 1986).

² Paul Waraich, Elliot M. Goldner, Julian M. Somers, and Lorena Hsu, «Prevalence and Incidence Studies of Mood Disorders: A Systematic Review of the Literature,» *Canadian Journal of Psychiatry* 49:2 (2004).

испытывающие краткосрочную грусть, – в центре внимания только те, кто претерпевает настоящие трудности с ежедневным функционированием³.

Данная эпидемия не является результатом повышения осведомленности о депрессии. Это реально увеличивающееся распространение болезни в ужасающих масштабах⁴. И это не проблема одной Америки или даже стран Запада. Недавнее исследование по сопоставлению заболеваемости депрессией на Тайване, в Пуэрто-Рико и Ливане с другими государствами показало: у каждого последующего поколения наблюдалась тенденция более раннего возникновения депрессии, а риск ее появления в течение жизни продолжает расти⁵. Из общего числа людей, находящихся в глубокой депрессии, 15 % закончат жизнь самоубийством.

Клиническая депрессия – это серьезная, нередко смертельная болезнь, настолько частотная, что ее бывает трудно распознать. Экономисты в области здравоохранения считают ее такой же инвалидизирующей, как слепота или па-

³ U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, *Clinical Practice Guideline: Depression in Primary Care: Vol. 1. Detection and Diagnosis*. (Washington, DC: U.S. Govt. Printing Office, 1993).

⁴ Gerald M. Klerman and Myrna Weissman, «Increasing Rates of Depression,» *Journal of the American Medical Association* 261, 2229–2235 (1989).

⁵ Daniel Goleman, «A Rising Cost of Modernity: Depression,» *New York Times*, Dec. 8, 1992. Cross-National Comparative Group, «The Changing Rate of Major Depression,» *Journal of the American Medical Association* 268:21, 3098–3105 (1992).

раплегия⁶⁷. С точки зрения суммарной экономической нагрузки, депрессия – второе по наибольшей стоимости заболевание. Эти поражающие новости сообщают: Всемирный банк и Всемирная организация здравоохранения, которые оценили упущенные из-за депрессии годы здоровой жизни⁸. В США сумма ущерба от депрессии с учетом непосредственного лечения, необязательной медицинской помощи, утерянной производительности и сократившейся продолжительности жизни была определена в 83 млрд долларов за один 2000 год⁹.

По экономическим последствиям депрессия уступает только раку и приблизительно равна затратам на болезни сердца и СПИД¹⁰, при этом она не демонстрирует тенденции к понижению.

Последствия будут лишь ухудшаться: если имеющаяся динамика сохранится, современные дети начнут сталкиваться

⁶ Christopher J. L. Murray and Alan D. Lopez (eds.), *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Disease, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020* (World Health Organization, World Bank, Harvard University, 2006).

⁷ Паралегия – потеря функций конечностей, вплоть до паралича, в результате повреждения проводящих нервных путей. – (Прим. науч. ред.).

⁸ Там же.

⁹ Paul E. Greenberg, R. C. Kessler, H. G. Birnbaum, S.A. Leong, et al., «The Economic Burden of Depression in the United States: How Did It Change Between 1990 and 2000?» *Journal of Clinical Psychiatry* 64:12, 1465–1475 (2003).

¹⁰ American Association of Suicidology (<http://www.suicidology.org>), данные за 2005. «Avert»-веб-сайт: <http://www.avert.org/statsum.htm>, данные за 2006.

с депрессией в среднем в 20 лет, а не в 30 с чем-то, как это происходит сейчас¹¹. При этом лишь треть людей с длительной депрессией применяли антидепрессанты и еще меньшая группа из их числа когда-либо получали полноценную терапию¹².

Если все сказанное выше правдиво, если депрессия действительно так серьезна и широко распространена, вы можете задаться вопросом: где же крупный национальный фонд, ведущий борьбу с этой болезнью? Где телемарафон и ежегодный пробег по поводу депрессии? Или маленькие черные ленточки для каждого участника движения¹³? Ожидаемый ответ – связанная с депрессией стигматизация. Слишком много людей в обществе до сих пор считают депрессию слабостью или недостатком характера, полагая, что нам следует вытаскивать себя самостоятельно. А ажиотаж вокруг новых антидепрессантов только усугубляет проблему, так как внушает, будто излечение – дело простого приема таблеток. Чрезвычайно многие депрессивные больные занимают ту же

¹¹ Michael E. Thase, «The Long-Term Nature of Depression,» *Journal of Clinical Psychiatry* 60, 3-35 (1999).

¹² James H. Kocsis, Alan J. Gelenberg, Barbara Rothbaum, Daniel N. Klein, et al., «Chronic Forms of Major Depression Are Still Undertreated in the 21st Century: Systematic Assessment of 801 Patients Presenting for Treatment,» *Journal of Affective Disorders* 110, 55–61 (2008).

¹³ Надежду все же вселяет Американский фонд по предотвращению самоубийств «Из темноты», который понемногу привлекает к себе все больше внимания.

самую позицию: они стыдятся и смущаются своей болезнью. И в этом заключается жесточайшая особенность депрессии: мы виним себя за слабость или отсутствие характера вместо принятия факта болезни и осознания, что наше самообвинение – ее симптом. Таким образом, мы не движемся вперед, не сопротивляемся кожным людям, закрепляющим негативные стереотипы, и в итоге скрываемся со своим несчастьем, упрекая себя за него.

Вот он – грязный секретик экономики психического здоровья: если у вас депрессия, вы думаете, что не заслуживаете стоимости ее лечения. Вы испытываете тяжелую вину за собственную непродуктивность и ненадежность; скорее всего, близкие продолжают говорить вам о необходимости выйти уже из этого состояния и вы верите, что действительно должны это сделать.

Вряд ли вы охотно отдадите сотню долларов за час у терапевта, а если страховка не покроет расходы – вы не станете бороться. Все же вашему терапевту нужна плата, и, чтобы страховая компания выплатила свою часть, вам потребуется абсолютно твердый и решительный настрой. Компания сыграет на чувстве вины, сославшись на ваше состояние, и вам будет трудно добиться чего-либо большего, кроме самого минимального лечения. Она постарается отговорить вас от сделанного запроса с целью сохранить собственные деньги; что в результате также усилит вашу депрессию. Уже наблюдаются кое-какие обнадеживающие признаки «парите-

та» и для услуг в сфере психического здоровья, но, пока не будут внесены изменения на законодательном уровне и обнародованы новые постановления, регулируемое медицинское обеспечение будет и дальше искать способы радикального сокращения охвата амбулаторной помощи.

Десятилетие с 1987 по 1997 г. принесло с собой небывалые перемены в лечении депрессии в США, и я уверен, подобные перемены продолжались и позднее. Процент людей, получавших помощь при депрессии, вырос тогда в три раза, то есть с количества меньше одного процента до 2,33 % (при фактически одновременном плавном понижении процента пациентов, получавших медицинскую помощь любого иного рода). Но рост статистики был вызван появлением на рынке новых препаратов. В 1987 г. 37 % пациентов, лечившихся от депрессии, принимали антидепрессанты, а в 1997 г. – уже 75 %. В то же время процент проходивших психотерапию снизился с 70 до 60 %, и, как следствие, среднее количество терапевтических сессий уменьшилось¹⁴. СИОЗС¹⁵ в 1987 г. не были общедоступными, но в следующие десять

¹⁴ Mark Olfson, Steven C. Marcus, Benjamin Druss, Lynn Elinson, et al., «National Trends in the Outpatient Treatment of Depression,» *Journal of the American Medical Association* 287, 203–209 (2002).

¹⁵ СИОЗС – Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Класс антидепрессантов, включающий в себя такие вещества как сертралин, эсциталопрам, пароксетин и т. д. Доступны в России под различными торговыми наименованиями. Рецептурные препараты, должны применяться строго по назначению врача. – (Прим. науч. ред.).

лет их прописывали уже почти 60 % пациентов. К 1998 г. в США ежегодно выписывалось более 130 млн рецептов на антидепрессанты, причем самыми продаваемыми препаратами были Prozac, Paxil и Zoloft¹⁶¹⁷. К 2004 г. одна треть всех визитов женщин Америки к врачу заканчивалась назначением антидепрессантов¹⁸. К 2005 г. их принимало 10 % населения США¹⁹. К такой ситуации привело сочетание двух факторов – рекламы новейших антидепрессантов, направленной непосредственно на потребителя, и появления нового вида медицинского страхования, часто требующего посещения врача общей практики (не психиатра) и меньше компенсирующего расходы на психотерапию. Большинство специалистов сходятся в том, что лучшим вариантом является сочетание лекарств и психотерапии, но по этому поводу проводилось мало исследований, поскольку их финансировали фармацевтические компании Соединенных Штатов, а они не были заинтересованы в подобном результате. Итак, психотерапия при депрессии превратилась в исключение, а рецепт от терапевта стал нормой. Депрессия была признана химической бо-

¹⁶ T. J. Moore, «No Prescription for Happiness,» *Boston Globe*, E1 (Oct. 17, 1999).

¹⁷ Прозак, паксил и золофт – препараты класса СИОЗС. В РФ доступны как оригинальные препараты, так и дженерики под различными торговыми наименованиями. – (Прим. науч. ред.)

¹⁸ Shankar Vedantam, «Antidepressant Use by U.S. Adults Soars,» *WashingtonPost* (Dec. 3, 2004).

¹⁹ Mark Olfson and Stephen C. Marcus, «National Patterns in Antidepressant Medication Treatment.» *Archives of General Psychiatry* 66 (8), 848–856 (2009).

лезную, и теперь нет необходимости обращать внимание на стрессы в вашей жизни.

Затем начали появляться сообщения о недостаточной эффективности медикаментов. В результате испытаний мы узнали, что антидепрессанты оказались лишь чуть более действенными, чем плацебо, а в более ранних тестированиях использовались параметры, созданные для получения преувеличенно высоких результатов. У большинства людей, принимавших антидепрессанты долгое время, случился рецидив болезни.

Мы выяснили, что побочные эффекты были куда более глубокими и серьезными, нежели нам говорили, и впоследствии осознали: от депрессии нельзя отделаться как от химического дисбаланса.

Несмотря на большую осведомленность населения и выписываемые препараты, депрессия все равно остается мало диагностируемой. Исследование, демонстрирующее значительное развитие способов лечения, тут же подчеркивает, что множество людей не лечатся вовсе. Многие не понимают, что болеют депрессией. В период работы в общественной психиатрической клинике провинциальной части Коннектикута каждую неделю я видел двух или трех новых пациентов, жаловавшихся на плохой сон или другие физические симптомы, чувство тревоги или подавленности, потерю цели или надежды, ощущение одиночества и изолированности, страдания от чувства вины, навязчивых мыслей и суи-

цидальных настроений, – но они не называли это депрессией. Они делали неутешительный вывод, что жизнь ухудшилась и с этим уже ничего не поделать. Такие пациенты ходят по врачам из-за дискомфорта и болей, бессонницы, слабости и получают бесполезные рецепты, назначения бесполезных медицинских процедур или просто объявляются ипохондриками. Иногда они прибегают к алкоголю и наркотикам как к средствам самолечения. Их семьи не знают, чем можно помочь: ни сочувствие, ни наставления не дают эффекта.

Люди с депрессией оказываются внутри замкнутого круга, не имеющего какого-либо очевидного выхода. Такая жизнь действительно ужасна, особенно если вы обвиняете себя, не осознавая, что болеете.

Нелеченая депрессия отрицательно скажется на всей вашей жизни. Мужчины с ранним началом (до 22 лет) большого депрессивного расстройства с меньшей вероятностью вступят в брак и построят близкие отношения, чем мужчины с поздней депрессией или без нее. Женщины с ранним развитием депрессии с меньшей вероятностью закончат колледж, чем их ровесницы, и их будущий ежегодный заработок будет существенно ниже²⁰. Настоящая драма сферы психического здоровья, где так много пациентов, которым мы не мо-

²⁰ Ernst R. Berndt, Lorrin M. Koran, Stan N. Finkelstein, Alan J. Gelenberg, S. G. Kornstein, et al., «Lost Human Capital from Early-Onset Chronic Depression,» *American Journal of Psychiatry* 157, 940–947 (2000).

жем помочь, в том, что депрессию можно вылечить эффективно и действенно. Многие качественные, объективные исследования подтвердили: терапия работает. Большая часть людей поправляются быстро; и хотя полное выздоровление – нередко медленный и трудный процесс, он все же вполне в пределах наших возможностей.

Дженет положили в психиатрическую больницу в остром депрессивном состоянии. Она была крайне расстроена и растерянна, не могла сконцентрироваться, съездить в магазин или позаботиться о своих детях. Она страдала от навязчивых суицидальных мыслей и порывов, хотя сознательно не хотела себя убивать. Дженет не могла спать, ощущала безысходность и беспомощность, утратила всякий интерес к обычным занятиям. Она была убеждена, что сходит с ума.

Казалось, все началось недавно, после того как Дженет узнала об измене мужа. Несмотря на его раскаяние и заверения, что больше такого не повторится, мир женщины словно рухнул. За несколько недель ее способность делать обычные дела значительно ухудшилась. Муж отвез ее к семейному врачу, и вместе они организовали экстренную госпитализацию.

Спустя неделю в стенах психиатрической палаты Дженет почувствовала себя гораздо лучше. Незадолго до выписки она поехала домой на один день. Визит протекал гладко, пока Дженет не обнаружила письмо любовницы мужа, которое она написала, пока Дженет была в больнице. Муж снова попытался убедить

жену, что все кончено. Но ее состояние радикально ухудшилось, из-за чего она провела в больнице еще несколько недель.

Депрессия – интереснейшее состояние. Ее нужно воспринимать именно как болезнь. Химия головного мозга людей с депрессией отличается от химии мозга других людей. Такие же биохимические различия можно найти в головном мозге животных, выглядящих подавленными. Судя по всему, длительная депрессия ведет к гибели мозговых клеток и сокращению определенных частей мозга (Глава 4). Помощь людям в понимании того, что они болеют, позволит им освободиться от чувства вины и самообвинения, сопровождающих депрессию. Кроме того, люди, находящиеся в состоянии депрессии, способны научиться методам реакции на стресс и предпринять меры, которые снизят риск будущих рецидивов.

Если это болезнь, то как мы ее подхватываем? Если бы у мужа Дженет не было романа на стороне, слегла бы она вообще когда-нибудь с депрессией? До заболевания у нее не наблюдалось никакой предрасположенности к этой болезни. Теперь Дженет считает, что у нее был срыв и она психически больна, но не из-за того ли это все, что ее муж – идиот? Причина депрессии коренится в самой Дженет или в ее браке? Если в браке, то как таблетки помогут ей чувствовать большую уверенность и работоспособность? А если дело в Дженет, то не та ли это часть ее личности, которая видит

правду более ясно, нежели она сама и ее муж готовы признать?

Большинство людей, испытывавших настоящую депрессию, легко принимают убеждение, что с ними случилось что-то биохимическое по своей природе. Перемена в настроении, в восприятии себя и мира кажется очень глубокой и переполняющей, что придает интуитивный смысл ощущению, будто какая-то сила извне вмешалась в организм. Мы не чувствуем себя самими собой. Нечто мощное извне вторглось и изменило нас.

Однако многие люди, впервые сталкивающиеся с депрессией, также признают, что это незнакомое чувство все же до жути им знакомо. Они вспоминают много случаев из детства или подросткового возраста, когда ощущали то же самое – одиночество, беспомощность, покинутость. Эти люди запомнили родителей добрыми и любящими и не понимают, почему чувствовали себя тогда нелюбимыми. Может быть, они приняли установку, что должны быть идеальными, тяжело трудились, но потерпели поражение и снова ощутили тщетность своих усилий. Став взрослыми, они могли решить, что уже переросли это чувство, но это оказалось не так. Уинстон Черчилль называл свою депрессию «черным псом»: знакомая собака, которая по вечерам неслышно подкрадывается и устраивается у ваших ног.

Депрессия – болезнь тела и духа, прошлого и настоящего. В психиатрии ведется развернутое сражение двух противо-

положных лагерей: тех, кто хочет лечить мозг, и тех, кто хочет лечить разум; причем последние проигрывают битву²¹. Сторона, лечащая мозг, поддерживается Большой фармой²², традиционной медициной и средствами массовой информации. Но их исследования почти всегда не оправдывают ожиданий. К сожалению, пациент застревает где-то между. Семейный врач, имеющий поддержку фармацевтической промышленности, скорее всего, скажет: «Принимайте эти таблетки». Когда они не срабатывают, пациент добавляет еще одну неудачу в свою богатую копилку.

Психотерапевт, вероятно, скажет: «Давайте поговорим об этом». Пациент, с одной стороны, почувствует над собой шефство, а с другой – непонимание, ибо как обычный разговор может снять эту ужасную боль?

На самом деле здесь не стоит вопрос выбора, так как оба пути верны. Психотерапия и медикаменты производят схожие изменения в работе головного мозга²³. У депрессии есть

²¹ У Лурманн есть увлекательная, хорошо написанная, хоть и мрачная книга об этом расколе в психиатрии. Т. М. Luhrman, *Of Two Minds: The Growing Disorder in American Psychiatry* (New York: Knopf, 2000).

²² *Большая фарма* (в лат.) – сленговое обобщенное название крупнейших фармацевтических компаний (и комплекса мер по лоббированию их интересов). – (Прим. науч. ред.)

²³ Посмотрите, к примеру, J. M. Schwartz, P. W. Stoessel, L. R. Baxter, K. M. Martin, and M. E. Phelps, «Systematic Changes in Cerebral Glucose Metabolic Rate After Successful Behavior Modification Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder,» *Archives of General Psychiatry* 53, 109–113 (1996); Kimberly Goldapple,

биохимическая основа, но то, насколько сильно она повлияет на человека, зависит от его жизненных условий. Так, текущий эпизод может быть спровоцирован внешним событием, однако событие запустило изменения в функционировании мозга.

Когда Роберту было за тридцать, он слег в постель на четырнадцать месяцев. Мужчина был ужасно подавлен, хотя не признавал этого. Будучи высокоинтеллектуальным человеком, Роберт стал напряженно размышлять над смыслом жизни. Он не находил ответа – и не видел причины подниматься. Он не чувствовал подавленности, а отмечал лишь ощущение пустоты. Жена делала все возможное, чтобы вытащить его из кровати: показывала врачам, водила к членам семьи, взывала к долгу перед их ребенком. Между ними началась ожесточенная битва на выносливость. Наконец, когда однажды жена сдалась, Роберт решил встать и пойти на работу.

Я познакомился с Робертом спустя 15 лет после описанных событий. У него были и другие срывы по несколько недель. Они с женой жили порознь несколько лет, пока она окончательно не устала от его холодности.

Роберт пришел на терапию, потому что боялся вернуться к своему прежнему состоянию. Теперь он жил один, и его дом был буквально набит

мусором. Бывали дни, когда он не мог подняться с постели. А если все же вставал, то медлил и не мог ни с чем справиться. Его беспокоила жена, настроенная на неприятную бракоразводную борьбу. Роберт по-прежнему не видел смысла в жизни, однако хотел уладить дело с разводом. Он был решительно настроен против любых медикаментов, и, поскольку на протяжении всего нашего взаимодействия он не столкнулся с большим депрессивным эпизодом²⁴, я не настаивал на этом.

У Роберта было типичное для мужчин с депрессией семейное прошлое: критикующий, отстраненный, враждебно настроенный отец и поверхностная, нарциссичная мать. Он чувствовал, что не в силах когда-либо и как-либо удовлетворить отца или заинтересовать мать. Так как дети не могут воспринимать своих родителей объективно, они принимают их обращение за часть самих себя: если к вам долгое время относятся как к мусору, вы начинаете чувствовать себя мусором. Вместо осознания того, что отец слишком придирчив, ребенок определяет себя как ненормального, несоответствующего; вместо понимания того, что мать холодна, ребенок считает себя недостойным любви. Эти чувства сохраняются во взрослом возрасте и становятся основой для депрессии, существования без радости и надежды.

²⁴ Большой депрессивный эпизод – не фигура речи, а отдельное клиническое состояние. Диагностические критерии большого депрессивного эпизода можно найти в DSM-V, под кодом 296.23 (F32.2). – (Прим. науч. ред.)

Я решил поработать с сильными сторонами Роберта: его интеллектом, пытливостью ума и его пониманием, что мир чувств был для него неизведанной территорией. Я предложил ему немного почитать для лучшего понимания собственного состояния. В итоге Роберт увлекся книгой Элис Миллер «Пленники детства»²⁵, видя, с какой точностью она описывает его родителей и далекое прошлое. Он узнал, что депрессия – это не чувство, а неспособность чувствовать, и начал понимать, что его желание залечь в постель было ответом на те или иные межличностные ситуации. Роберт захотел обучиться лучшим способам реагирования.

Постепенно Роберт начал новые отношения с девушкой по имени Бетти. С его позволения она посетила меня; ее преданность была очевидна, и особенно мне понравился ее подход «жесткой любви». Она помогала обучать Роберта чувствам. Когда он злился на нее, она не давала ему уйти. Шутками и поддразниванием Бетти выводила мужчину из состояния холодности. Со своей стороны, Роберт был так тронут ее любовью, что не позволял себе превращаться в отстраненную, замкнутую ледышку, как привык обычно поступать. Вместо непрерывных размышлений о смысле жизни он впервые начал наслаждаться этой жизнью.

Через несколько месяцев в терапии наступил кризис.

²⁵ Миллер, Алис. *Драма одаренного ребенка и поиск собственного Я*. – Академический проект, 2019.

Не найдя работу, Бетти решила переехать из нашего городка. В другом штате у нее была семья, которая могла поддержать ее в новом начинании. Роберт тоже мог поехать. Однако его охватили навязчивые мысли. Он боялся, что его жена проникнет в дом и совершит кражу чего-то, что тот не хотел отдавать. Тем не менее логически Роберт понимал: эти беспокойства ничтожны в сравнении с открывшимися возможностями. С новым пониманием депрессии Роберт видел: он вытеснял тревогу по поводу перемен и действий с помощью вещей, казавшихся более простыми. Тем не менее ему было трудно отпустить многое из своей жизни, и мне пришлось заставить его вообразить, какой она будет без Бетти.

Я встретился с Робертом спустя три года, когда он приезжал в город на очередное слушание по своему все еще тянувшемуся разводу. Они с Бетти жили вместе, Роберт работал и был счастлив. За эти три года у него не возникло ни одного признака депрессии.

Что же так помогло Роберту? Терапия, отношения с Бетти или что-то еще? Насколько деструктивным был его брак? (У меня сложилось мнение, что его срывы частично были попытками сбежать от придирок жены.) Помогли бы Роберту лекарства, если бы он стал их употреблять?

Чтобы понять суть происходящего, нам следует спросить себя: что в Роберте и Дженет было такого, что заставляло их отвечать на жизненный стресс так, как они отвечали? Это то, что отличает их от других людей. Многие женщины на

месте Дженет засомневались бы в своем браке, а не в себе. Другие бы проигнорировали роман своего мужа. Что сделало Дженет такой уязвимой? Как мог Роберт быть абсолютно пассивным такое долгое время, а потом в один день выйти из своего состояния? В какой степени холодность и неспособность чувствовать, казавшиеся частью его личности, усиливали депрессию?

Лауреат Пулитцеровской премии Уильям Стайрон в книге «*Зримая тьма*» описал свой личный опыт борьбы с депрессией. Он назвал ее «сумасшествием», считая слово «депрессия» не подходящим для отражения всех переживаний: «Скажите, что чье-то расстройство настроения перешло в бурю – подлинную завывающую бурю в мозге, на которую, как ничто иное, действительно походит клиническая депрессия, – и даже несведущий обыватель выразит сочувствие, а не привычную реакцию вроде „Ну и что?“, „Это пройдет“ или „У нас у всех бывают плохие дни“»²⁶.

Стайрон прав. Люди стыдятся депрессии; они убеждены, что должны справиться с ней, при этом чувствуют себя слабыми и ненормальными. Разумеется, все это – симптомы заболевания. *Депрессия – серьезное и угрожающее жизни заболевание, гораздо более распространенное, чем мы привыкли считать.* Если же определять пациентов с депрессией как слабых или ненормальных, позвольте мне назвать несколько

²⁶ William Styron, *Darkness Visible: A Memoir of Madness*. (New York: Random House, 1990).

известных депрессивных больных: Авраам Линкольн, Уинстон Черчилль, Элеонора Рузвельт, Зигмунд Фрейд, Терри Брэдшоу, Дрю Кэри, Билли Джоэл, Т. Бун Пикенс, Джоан К. Роулинг, Брук Шилдс, Майк Уоллес, Чарлз Диккенс, Джо-зеф Конрад, Грэм Грин, Эрнест Хемингуэй, Герман Мелвилл, Марк Твен.

В амбулаторных учреждениях огромная часть жалоб, с которыми приходится работать сотрудникам, – это жалобы, связанные с депрессией. В моей клинике я наблюдал значительную разницу между сообщениями пациентов и выставляемыми диагнозами: только 12 % больных могли сразу назвать депрессию как основную свою проблему; 45 % пациентов узнавали о наличии у них депрессии только после диагностики.

Обычно люди просят о помощи не потому, что осознают себя в состоянии депрессии, а потому, что депрессия у них приводит к точке жизненного кризиса – проблемам в браке, проблемам с наркотиками или алкоголем, трудностям на работе.

К нам приходят люди, которые выглядят печальными, уставшими и раздавленными, имеют проблемы со сном, отличаются раздражительностью, чувствуют безысходность и вину за все вместе взятое. Депрессия развивается в нас медленно, так, что ни мы сами, ни близкие люди не в состоянии заметить изменения, пока их не обнаружит сторонний

наблюдатель. Когда я впервые решил попробовать лекарства и проконсультировался у знакомого психиатра, я спросил, есть ли, на его взгляд, вероятность наличия у меня депрессии. Он выразил изумление по поводу подобного неведения с моей стороны.

Чаще всего депрессия поражает молодых людей, однако 10 % детей сталкиваются с депрессивным эпизодом до 12 лет, а среди пожилых людей о симптомах депрессии сообщают 20 %. Поразительно, как много детей и пожилых остаются недообследованными. Около 6 млн пожилых людей в США страдают от той или иной формы депрессивного расстройства, причем три четверти не получают диагностики и лечения, несмотря на систематическое стандартное медицинское обслуживание. Нередко от депрессии у пожилых отмахиваются как от неизбежной, но, по сути, она провоцируется больше плохим здоровьем и сном, нежели горем, утратой или изоляцией. Почти три четверти пожилых людей, совершающих суицид, посещают врача за неделю до ухода из жизни, и только в 25 % случаев врач общей практики диагностирует у них депрессию²⁷. В учреждениях длительного лечения большинству пациентов назначаются определенные антидепрессанты, но неизвестно, по причине ли их депрессивного состояния или лишь для того, чтобы сделать их менее чувствительными к условиям жизни? Можно ли назвать депрес-

²⁷ Daniel Goleman, «Depression in the Old Can Be Deadly, but the Symptoms Are Often Missed,» *New York Times*, C10 (Sept. 6, 1995).

сией их адекватное видение того, что мир относится к ним как к бесполезным и ненужным?

В какой-то определенный момент жизни 25 % всех женщин и 11,5 % всех мужчин переживают депрессивный эпизод. Такой низкий в сравнении с женщинами процент распространенности болезни среди мужчин на самом деле может быть ошибкой в диагностике. Общество запрещает мужчинам выражение или переживание чувств, связанных с депрессией. В итоге они выплескивают их через злоупотребление психоактивными веществами, насилие и саморазрушительное поведение. В США на одну женщину, покончившую с жизнью, приходится четверо мужчин, также совершивших суицид, – радикально обратное соотношение по сравнению с заболеваемостью депрессией²⁸. А в культуре амишей, где «мачо» поведение осуждается, распространенность заболевания депрессией одинакова для обоих полов. Более подробное обсуждение таких гендерных различий представлено в Главе 11.

Суицид, наихудший из результатов депрессии, согласно официальным данным, является десятой по счету самой распространенной причиной смерти в Соединенных Штатах²⁹.

²⁸ J. A. Egeland and J. N. Sussex, «Suicide and Family Loading for Affective Disorders,» *Journal of the American Medical Association* 25, 4915–4918 (1985). David B. Cohen, *Out of the Blue: Depression and Human Nature* (New York: Norton, 1994). American Association of Suicidology (<http://www.suicidology.org>), данные за 2005.

²⁹ Robert N. Anderson and Betty L. Smith, «Death: Leading Causes for 2002,»

Ежегодно в США совершается 33 000 самоубийств, но истинное количество, вероятно, вдвое больше (так как полиция и судмедэксперты предпочитают не называть неоднозначные смерти самоубийствами). Один человек из каждых двух сотен в итоге совершает суицид. Я считаю, что иногда суициды могут быть рациональным выбором людей, переживающих непреодолимую боль или серьезную нетрудоспособность; однако у нас нет надежных данных о количестве суицидов, совершенных людьми в настоящей депрессии, и суицидов, которые стали результатом «рационального» выбора. Мой опыт говорит, что гораздо больше самоубийств спровоцировано депрессией. Что касается подростков, то число их самоубийств за последние 25 лет выросло вчетверо. Несколько лет назад в городке, неподалеку от которого я работаю, за один год произошло восемь подростковых самоубийств. Это были молодые люди в состоянии алкогольного опьянения, только что окончившие школу и не подававшие ранее никаких «тревожных признаков». Рассерженный, ожесточенный ребенок, столкнувшийся с неожиданным разочарованием, напившийся да еще с огнестрельным оружием под рукой, – бомба замедленного действия.

Когда я еще работал в Чикаго, я познакомился с Джейн, чей 20-летний сын застрелился, пока она спала в соседней комнате. Этого молодого человека никто не мог бы назвать подавленным; скорее он часто попадал

в неприятности. В возрасте 15 лет его отправили в исправительную школу за череду мелких подростковых правонарушений. После выпуска он жил то с Джейн, то со своими друзьями. Иногда работал, много пил и ввязывался в драки. В вечер самоубийства с Джимми случились две неприятности, вероятно, подтолкнувшие его к краю. Первая: на местной тусовке он встретил свою бывшую девушку, которая изо всех сил старалась вести себя с ним грубо. Затем в другом баре молодой человек столкнулся со своим отцом. Будучи типичным городским пьяницей, отец едва узнал своего сына; а когда узнал, попросил денег.

Джимми вернулся домой около полуночи. Мать проснулась и спросила, не нужно ли ему чего-нибудь. Он пил пиво, читал журнал и, насколько Джейн могла заметить, выглядел как обычно. Она пошла спать. Джимми ушел в свою комнату и написал короткую записку, больше напоминавшую завещание, нежели предсмертное письмо. Он отдавал своему брату мотоцикл, змею и охотничье ружье. А потом застрелился из этого самого ружья.

Джейн непрестанно спрашивала меня: «Почему?!» Я не мог искренне ответить на ее вопрос, так как мне это казалось слишком жестоким, но, по моему мнению, она и ее сын были такими же жертвами случая, как и все остальные.

Если вы возьмете любого импульсивного зависимого от алкоголя молодого человека, чья жизнь катится в никуда, напоите его, отвергнете

и оставите наедине с оружием, он с большой долей вероятности застрелит себя. Кто именно покончит с собой в данный вечер – вопрос теории вероятности.

Находятся ли в депрессии подобные молодые люди? Определенно, но они не могут ни признать этого, ни показать.

Симптомы Джейн были в точности такие, как у большинства пострадавших от суицида, которых мне приходилось видеть. Конечно, она не смирилась, но научилась жить с этим. Джейн была в депрессии больше года, страдала от ужасных головных болей (психосоматический симптом, имитировавший ранение ее сына), не могла работать, находилась в постоянном напряжении, ходила от одного врача к другому в поисках облегчения собственной боли. Антидепрессанты не помогали; все, что я мог делать, – это слушать ее, пока она горевала. Постепенно боли Джейн стали менее частыми и у нее появилось немного больше энергии для жизни. Я вспоминаю эту несчастную женщину каждый раз, когда слышу о самоубийстве среди молодых людей.

Проживание депрессии

У каждого человека есть представление о том, как ощущается депрессия. Все время от времени испытывают хандру. Грусть, разочарование, усталость – нормальные явления в жизни. Между хандрой и депрессией есть сходство, но есть и разница, подобная разнице между насморком и пневмонией.

Депрессивные расстройства затрагивают человека «в целом»: они влияют на тело, чувства, мысли и поведение. Депрессия может заставить нас ощущать, будто бессмысленно искать помощи. Хорошая новость в том, что 80–90 % больных с депрессией можно оказать значимую помощь, а плохая в том, что только один человек из трех ищет этой помощи. Еще хуже то, что почти половина американского общества рассматривает депрессию как недостаток характера, а не болезнь или аффективное расстройство³⁰. Удручает тот факт, что лишь половина всех депрессивных случаев точно диагностируются и только половина из диагностированных больных получают адекватное лечение.

³⁰ Jane Brody, «Personal Health: Myriad Masks Hide an Epidemic of Depression,» *New York Times* (Sept. 30, 1992); National Mental Health Association, «NMHA Survey Finds Many Americans are Poorly Informed About Depression, Slow to Seek Help,» *Hospital and Community Psychiatry* 43:3, 292–293 (March 1992).

Мы можем перепутать депрессию, грусть и горе. Тем не менее противоположностью депрессии является не счастье, а живость – способность проживать полный спектр эмоций, включая счастье, возбуждение, печаль и горе³¹. Депрессия сама по себе не эмоция – это потеря чувств, огромное тяжелое одеяло, изолирующее вас от мира и ранящее в то же время. Это не грусть и не горе – это болезнь. Когда мы чувствуем себя крайне плохо – расстроенными, замкнутыми и беспомощными, – мы испытываем то, что испытывают люди в депрессии, но они не могут без посторонней помощи излечиться от этого состояния.

Отличительным признаком депрессии является устойчивое ощущение грусти или пустоты, иногда переживаемое как напряжение или тревога. Жизни не хватает удовольствия. Люди с умеренной депрессией могут уходить в еду, секс, работу, игру, но эти занятия кажутся пустыми; люди с более тяжелой депрессией уклоняются от всех видов деятельности, испытывая чрезмерную усталость, напряжение или озлобленность. Часто это мучительная усталость, ощущение собственной непродуктивности, невозможности сконцентрироваться.

Скорбь по потере кого-то или чего-то важного для вас ранит, как депрессия, но при последней наблюдаются заниженная самооценка, ощущение безнадежности и самообви-

³¹ Миллер, Алис. *Драма одаренного ребенка и поиск собственного Я*. – Академический проект, 2019.

нение, нехарактерные для горевания. В депрессии вы чувствуете себя жертвой судьбы и одновременно не заслуживающими чего-либо лучшего. В скорби вы не теряете понимания того, что однажды исцелитесь.

Депрессия нередко сопровождается множеством физических симптомов, и ключевыми являются нарушения сна. Это трудности с засыпанием или ранние подъемы без ощущения полного восстановления сил. Иногда люди спят, напротив, очень много, но при этом не чувствуют себя отдохнувшими. Нехватка сна ведет к утомлению, эмоциональным всплескам, трудностям с мышлением – другим симптомам депрессии. Может повышаться или понижаться аппетит. В некоторых случаях появляются проблемы в сексуальной сфере, ноющие боли и дискомфорт, не исчезающие на фоне медицинского лечения. Схожие симптомы могут вызывать физические болезни вроде болезни Лайма, диабета, заболеваний щитовидной железы, анемии. Если вы подавлены, важно убедиться, что под симптомами не скрывается физическая проблема, поэтому вам следует посетить врача и проверить свое здоровье. Однако, если депрессия есть, не полагайте, что она уйдет, когда вы решите проблемы со здоровьем.

У больных депрессией часто появляются суицидальные мысли и порывы, причем самоубийство может стать реальной опасностью. Некоторые люди многократно мучаются подобными импульсами, считая их пугающими и болезненными, а другие переживают их как бы оторванными от эмо-

ций, возникающими из ниоткуда. Импульс повернуть руль и неожиданно выехать на встречную полосу ужасающе просторен, однако об этом никто не говорит.

В качестве способа облегчения депрессии могут использоваться алкоголь и другие вещества. Но облегчение в лучшем случае кратковременно, а сам человек обычно ненавидит себя еще больше за слабость перед искушением.

Алкоголь – депрессант, длительное злоупотребление им может привести к хронической депрессии, поэтому он не подскажет вам правильных решений в жизни, зато усугубит вашу депрессию.

Может показаться, что по всем этим симптомам не так уж сложно распознать депрессивного больного. Это так, особенно если человек сам признает свою болезнь. Депрессия ощущается как что-то инородное, требующее преодоления, когда она резко отличается от нормального состояния. Однако очень часто депрессия становится частью личности постепенно: человек не может вспомнить и представить иного состояния, кроме депрессивного.

Жизнь в депрессии

Симптомы депрессии болезненны и изнурительны, но ее влияние на мир вокруг нас делает ее трудной для лечения. Она заставляет нас видеть жизнь иначе, чувствовать себя

неуклюжими и слабыми, изменяет мышление, лишает социальных навыков и разрушает взаимоотношения; она истощает всю нашу уверенность в себе, проникая в нас, подобно метастатическому раку. Поскольку депрессия влияет на наше восприятие, мы становимся слепы к тем изменениям, которые она вызывает в нас. Лишь очень редко мы вспоминаем, что были моменты, когда мы чувствовали счастье, уверенность, энергию.

Мы все сплетаем в одно целое свои истории из жизни, пытаюсь понять наш опыт в этом мире, предсказать будущее и осмыслить прошлое. Например, рассмотрим, как влияет на человека простое утверждение «Я нравлюсь Мэри». Если я думаю, что нравлюсь Мэри, я могу предположить, что она будет счастлива видеть меня в будущем, будет наслаждаться совместным времяпрепровождением и поймет мою точку зрения. Этот пример облечен в слова, но он также повлияет на мое самоощущение, поведение, даже на тело. Если я полагаю, что нравлюсь Мэри, я наверняка буду чувствовать себя рядом с ней комфортно; я буду уделять ей больше внимания, чем другим людям; я буду ощущать безопасность и расслабленность в ее обществе, а мое тело снизит выработку гормонов стресса. Также влияние претерпят мои ожидания: при обычных условиях я буду ожидать, что Мэри продолжит испытывать симпатию ко мне, будет любить некоторые вещи, которые нравятся мне, согласится с моими взглядами. Таким образом, создаваемые нами предположения превра-

щаются в самосбывающиеся пророчества: в данном случае я отношусь к Мэри так, как если бы она нравилась мне, я более раскрепощен и расслаблен рядом с ней, и наши положительные эмоции друг к другу будут расти.

Однако люди с депрессией имеют целый набор искаженных предположений о мире, а так как их предположения суть самореализующиеся пророчества, они поддерживают и укрепляют их депрессию. Мы отличаемся в том, как воспринимаем мир и себя, как понимаем и выражаем наши чувства и общаемся с другими людьми. Больные депрессией считают себя неспособными жить по собственным стандартам, видят мир враждебным и отвергающим и пессимистично относятся ко всему меняющемуся вокруг. Во взаимоотношениях они обладают нереалистичными ожиданиями, не умеют сообщать о своих потребностях, путают несогласие с отвержением, тревожны и нерешительны в выражении себя. Наконец, они находятся в неведении по поводу человеческих эмоций, потому что не знают, каково это – чувствовать себя нормальным. Такие люди боятся, что выражение искренних чувств приведет к отдалению или отвержению со стороны других. Они учатся тому, что я называю «навыками депрессии» – отрицанию или подавлению чувств, построению фальшивого фасада перед миром, удовлетворению малым, отказу от предъявления своих требований. Их предположения становятся такими подробными и запутанными, что люди сами создают мир депрессии, печали и безысходности,

разочарований и самообвинения, апатии и поглощенности мыслями.

Суть этой книги в том, чтобы показать, как мы можем исправить и восстановить себя посредством обучения новым моделям мышления, ощущения и действий – самосозидающего поведения. При первом применении эти новые навыки могут показаться вынужденными и искусственными, но они перейдут в привычку, станут частью личности, заменив ваши старые жизненные паттерны. По мере работы наши ожидания и наше восприятие поменяются. Мы перейдем от мысли *«Я ничего не умею делать правильно»* к мысли *«Я такой же, как и другие люди»*. Существует много новых, захватывающих исследований по перепрограммированию мозга посредством целенаправленной тренировки любого нового навыка, заботы о себе в некритикующей и осознанной манере. При регулярной практике новые модели поведения будут становиться более простыми и естественными. Так как депрессия – огромный запутанный клубок ниток, мы вольны начать с чего угодно – хотя бы с подъема с кровати по утрам – и ожидать, что та одна ниточка, за которую мы потянули, благотворно повлияет на остальные сферы нашей жизни.

Прежде чем продолжить движение, позвольте мне объяснить, что я имею в виду, говоря о депрессивных навыках. Попытки жить даются людям с депрессией гораздо тяжелее, чем другим, причем их усилия приносят им мало радости. Но по ходу их упорной работы они совершенствуются в опреде-

ленных навыках. Больные депрессией похожи на тяжелоатлетов, которые сосредотачиваются на верхней части тела и наращивают мышечную массу рук и туловища, однако ноги остаются тонкими и слабыми – их легко сбить и повалить. Чтобы справиться с депрессией люди часто гиперадаптируются и развивают навыки, которые в лучшем случае просто поддерживают текущее положение вещей, но чаще ухудшают ситуацию.

Многие люди, пережившие эпизод тяжелой депрессии, рассказывали, что страдали на протяжении нескольких лет и даже десятилетий, прежде чем признались в этом кому-либо. Они ощущали такую изолированность и так винили себя, что полагали, будто ничего сделать нельзя и никто не поймет их состояния. Между тем они «сходили» за нормальных: проживали жизнь, натягивая маску счастливого человека и достигая успехов в учебе, карьере, семье. Базовый депрессивный навык – умение поддерживать подобный фальшивый фасад. Не все больные депрессией весьма искусны в этой непрерывной актерской игре, но все стараются ежедневно. Разумеется, в результате они чувствуют себя еще более отчужденными от окружающих.

«Эй! Я больше не могу продолжать этот спектакль! Мне плохо, я нуждаюсь в помощи!» – вот частое значение суицидальной попытки, нервного срыва или госпитализации в психиатрическую больницу.

Это становится трансформирующим опытом, четким посланием себе и другим: за видимостью уверенности и хорошего настроения скрывается страдание.

Мы обучаемся депрессивным навыкам из необходимости. Они послужили когда-то какой-то цели, но потом застряли у нас в голове. Они входят в порочный круг, поддерживающий депрессию, и затрудняют исцеление. Самодеструктивный элемент многих таких навыков очевиден, но я все же в двух словах прокомментирую здесь некоторые из них.

Депрессивные эмоциональные навыки

● *Изоляция аффекта.* «Аффект» – просто другое название эмоции. Изоляция вбивает клин между проживанием и чувством. Мы осознаем происходящее вокруг, но не проживаем эмоцию, сопровождающую, как ожидается, то или иное событие. Изоляция необходима хирургам, спасателям, полицейским и другим людям, вынужденным оставаться спокойными в крайне стрессовых ситуациях. Но люди с депрессией учатся скрывать или даже не ощущать свои эмоции, поскольку в прошлом эти эмоции сыграли с ними злую шутку. В некоторых семьях и ситуациях опасно позволять людям знать о ваших чувствах, потому что это дает им в руки оружие против вас. Однако, отключая эмоции, вы превращаетесь в холодную рыбку, в человека-айсберг, и потенциальные будущие друзья поостерегутся, прежде чем узнать вас

лучше.

● *Соматизация.* Это использование тела для выражения чувств или межличностного послания. Все встречали людей с ничем не снимаемой болью, с не проходящей после отдыха усталостью, раздражающихся в ответ на множественные стимулы, легко начинающих испытывать тошноту или симптомы раздраженного кишечника. Их тела говорят: *«Ты не можешь ничего сделать, чтобы помочь мне»*, или *«Мое страдание дает мне особые привилегии»*, или *«Мое страдание означает, что вы не можете ожидать, что я выполню свою часть работы»*. Соматизация позволяет людям взаимодействовать со своими эмоциями без необходимости брать на себя ответственность за них.

● *Отрицание.* Пример: Отец с депрессией, чей взрослый сын лишился водительских прав по причине вождения в нетрезвом виде, возит сына по городу, смиренно проглатывая его оскорбления: *«Ты никудышный водитель. Ты можешь ехать быстрее? Всегда опаздываешь. Ничего не можешь сделать нормально»*. Рассказывая мне об этом, отец был больше смущен отвратительным поведением своего сына, чем собственной пассивной реакцией на абьюз. Когда я спросил о его чувствах в ответ на подобное обращение с ним сына, он даже не осознавал того, что испытывает злость, и оставался подавленным. Избитая истина о том, что депрессия – это гнев, направленный внутрь себя, нередко очень даже верна.

● *Вытеснение* имеет две разновидности. Одна противоположна изоляции: это проживание чувства без осознания стимулировавшего его опыта. Большой депрессией внезапно становится грустным, не понимая причины, а сторонний наблюдатель объективно видит событие, вызвавшее это чувство. Критика, разочарование, оскорбление попадают в сознание человека в депрессии и мгновенно уходят из него. Само событие быстро забывается – оно вытеснено, а вот эмоция задерживается. Таким образом, мы приходим к другой, более привычной разновидности вытеснения – «забыванию» всего слишком болезненного. Это типичное явление для травмы – сексуального насилия, боевых действий, катастроф. Конечно, они не стираются из памяти, а возвращаются в виде ночных кошмаров или как-либо по-другому. Депрессивный пациент, прошедший через травматический опыт, будет прибегать к вытеснению, чтобы держать связанные с событием чувства вне своего сознания.

Другие депрессивные эмоциональные навыки включают *интеллектуализацию*, *проекцию*, *экстернализацию* и *интернализацию* (старый стереотип с долей правды: мужчины винят других, женщины винят себя – и никто из них не объективен), *гневоголизм* (переход от вспышек гнева к физическому насилию, при этом человек не берет на себя ответственность за свое поведение и ждет быстрого прощения), *ангедонию* (утрата всякой радости), *безднадежность* и *апатию*, которые могут отрезать вас от ваших чувств. Более подробно

я рассказываю об этом в Главе 6.

Депрессивные поведенческие навыки

● *Прокрастинация.* Она относится к поведенческой сфере, потому что защищает вас от необходимости подвергать риску ваше лучшее «я». У вас всегда есть отговорка: *«Если бы у меня было больше времени...»*

● *Апатичность.* Уход в туманность телевизионных передач, сна или усталости означает потерю огромного количества возможностей. Но для человека в депрессии возможности могут быть вызовами, которых нужно избегать.

● *Работа до потери сознания, неспособность расставлять приоритеты, бездумное толкание себя на действия* – и всегда без проверки правильности направления, поэтому ответственность за принятые решения здесь также не берется.

● *Навязчивое и компульсивное поведение.* Психологи понимают эти явления как способы прикрепить реальные страхи, связанные с жизнью, к поведению или мыслям, которые можно более или менее контролировать. Как мы увидим далее, депрессия и страх тесно связаны между собой, провоцируя друг друга в потенциально бесконечном цикле обратной связи.

● *Поиск жертвы, насилие и вымещение.* Насилие – частая реакция на стыд. Оно помогает снова почувствовать себя сильным, не сталкиваясь с тем, что изначально послужило

причиной стыда. К сожалению, жестокость ведет к еще большему стыду.

● *Виктимизация и самоповреждение.* Садистское обращение с собой или позволение другим такого обращения с вами может вернуть вам чувство реальности и ощущение сосредоточенности, спокойствия и контроля в периоды серьезного дистресса.

Все перечисленные выше поведенческие навыки депрессии рассматриваются в Главе 7.

Депрессивные когнитивные навыки

● *Пессимизм.* Ожидание худшего защищает от разочарования. Многие люди с депрессией глубоко разочарованы предательством³² или жестокостью со стороны близких. Другие события, например неудачи в достижении целей, также могут разбить ваши надежды.

● *Негативный разговор с самим собой.* Мысли по типу «Я не могу», «Я безнадежен», «У меня никогда не получится», «Я ужасен», «Я в ловушке» крутятся в голове депрессивного больного как чересчур громкая фоновая музыка. Подробнее Внутренний Критик описывается в Главе 9.

● *Пассивность.* Люди с депрессией склонны чувствовать, что на их поступки влияют мощные внешние силы, а не соб-

³² Миллер, Алис. *Драма одаренного ребенка и поиск собственного Я.* – Академический проект, 2019.

ственный выбор и поставленные цели, и потому считают себя действительно неответственными за свою судьбу.

● *Избирательное внимание.* Обращая внимание избирательно только на то, что подтверждает наши ожидания, мы избегаем стресса и чувствуем себя более защищенными в мире, построенном нами самими для нас же. Этот автоматический, бессознательный процесс делает нас слепыми к возможностям добиться успеха, к симпатии и уважению со стороны окружающих, красоте физического мира и т. д. Это помогает депрессивному больному сохранять равновесие.

● *Депрессивная логика.* Подробный разбор приводится в Главе 8.

Депрессивные межличностные навыки

● *Набор сообщников* – ограничение своего социального круга до тех, кто не ожидает от вас многого.

● *Социальная изоляция* – избегание контактов, которые могут бросить вызов вашему депрессивному мышлению.

● *Зависимость* – перекладывание ответственности за свою жизнь на кого-либо.

● *Контрзависимость* – ощущение, что вы ни в ком не нуждаетесь. Разновидность фальшивой независимости, когда на самом деле присутствует огромный страх нужды в ком-либо вообще, замаскированный под холодность или мнимое превосходство.

● *Пассивная агрессия.* Эту тему я детально излагаю в Главе 7.

● *Проницаемые границы.* Вместо того чтобы определять, как поступки, чувства и ожидания других должны действовать на вас, вы просто позволяете им оказывать на себя влияние.

Депрессивное обращение с собой

● *Недостижимые цели, низкие ожидания.* Мы полагаем, что должны быть в состоянии добиться огромных результатов, одновременно считая себя некомпетентными и неумелыми. Но мы продолжаем попытки обрести успех: *«В этот раз все будет по-другому, в этот раз я справлюсь и буду счастлив».*

● *Никаких целей, много вины.* И наоборот, мы можем не ставить себе абсолютно никаких целей, чтобы избежать разочарования. Но при этом депрессивные больные не относятся к тому типу счастливых людей, которые плывут по течению, не испытывая вины за отсутствие максимальной реализации своего потенциала.

● *Пассивная агрессия, направленная на себя.* Например, когда я создаю беспорядок на кухне и сознательно оставляю его с намерением убрать позже, ощущая чрезмерную подавленность и загруженность в текущий момент, а потом начинаю злиться на себя. Будущий я будет злиться на меня про-

шлого, оставившего этот беспорядок. Более того, будущий я почувствует безнадежность и беспомощность, лишний раз убедившись в том, что он никогда не изменится и не возьмет свою жизнь в свои руки.

Депрессивное обращение с телом

- *Циклическое истощение или срывы.*
- *Недостаток физической нагрузки.*
- *Пренебрежение медицинской помощью или обращение к шарлатанам.*
- *Защита при помощи еды – заедание эмоций.*
- *Злоупотребление наркотиками или алкоголем.*

Все перечисленные способы пренебрежения своим телом или злоупотребления его ресурсами являются депрессивными навыками в том смысле, что они избавляют нас от необходимости встречаться с реальностью. Это непосредственные выражения нашего убеждения: мы не заслуживаем хорошего отношения. Больше информации по данной теме вы найдете в Главе 11.

Депрессия – это замещение естественных, спонтанных и искренних проявлений собственного «я» такими вот саморазрушающими навыками. Это потеря некоторых частей себя, поступательное онемение чувств и переживаний, которые мы со временем оценили как неприемлемые и лиш-

ли проживания. Лечение происходит через восстановление недостающих кусочков. *«Истинная противоположность депрессии не веселость или отсутствие боли, а живость – свобода проживать спонтанные эмоции»³³*, то есть способность испытывать весь спектр человеческих эмоций в ответ на происходящее (быть радостным, когда происходит хорошее; злиться, если вам наступили на ногу; грустить от разочарования; чувствовать тепло и любовь рядом со своей семьей).

По мере того как пациенты усваивают на собственном опыте в психотерапии и реальной жизни, что прорыв сквозь сдерживавшиеся эмоции, каким бы болезненным и неприятным он ни был, может вытащить из депрессии, они начинают менять свое взаимодействие с эмоциями.

В частности, болезненные и неприятные чувства больше не избегаются, но проживаются. Это ведет к возвращению связи с утерянными частями себя, реинтеграции и выздоровлению. А поскольку мы теперь знаем, что деструктивные эмоциональные привычки формируются и опосредуются новыми нейронными путями в мозге, мы также понимаем, что способны оставить эти привычки и заменить их более здоровыми жизненными навыками. Так новые навыки, поначалу неудобные и неловкие, благодаря практике будут встроены в

³³ Там же. Курсив добавлен.

нашу нервную систему.

Диагностирование депрессии

Распознавание эмоциональной проблемы и постановка психиатрического диагноза – весьма разнящиеся процессы. В какой момент подавленное настроение, время от времени переживаемое всеми, становится заболеванием, которое требует лечения?

На сегодняшний день диагностика в психиатрии базируется на «*Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам*» (издание четвертое), общеизвестном как *DSM-IV*³⁴³⁵. Путь к стандартной номенклатуре для эмоциональных состояний и ментальных расстройств был сложным, отчасти из-за того, что многие из этих состояний сами по себе противоречивы. Алкоголизм – это болезнь, привычка или слабость? Булимия – это болезнь или результат культурного спора об эталоне красоты женского тела? Почему ветераны боевых действий во Вьетнаме страдают от посттравматического стрессового расстройства с такой очевидно более высокой частотой, чем солда-

³⁴ Оригинальный текст второго издания написан в 2010 г. В настоящее время используется пересмотренная версия упомянутого руководства, *DSM-V*. – (Прим. науч. ред.)

³⁵ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (Washington, DC: APA, 1994).

ты предыдущих войн? Нужно ли против воли госпитализировать бунтующих подростков, которые не ладят с родителями? Следует ли людей с проблемами хронического злоупотребления психоактивными веществами признать нетрудоспособными и предоставить им социальные льготы? Эти вопросы требуют ответов, заставляющих нас задуматься над нашими глубинными ценностями: можем ли мы сами принимать решения в нашей жизни или они запрограммированы нашей наследственностью, нервной системой или опытом раннего детства? Если наши решения предопределены, что же тогда с общественным договором, виной, преступлением и наказанием?

Конечно, депрессия как диагноз не затронула столько животрепещущих вопросов, однако и она является предметом полемики. К примеру, до третьего издания DSM, вышедшего в 70-х гг., многие психиатрические диагнозы испытывали глубокое влияние теории Фрейда. Так, предполагалось, что дети не могут болеть депрессией, поскольку, по Фрейду, причиной заболевания считалось суровое, строгое Супер-Эго, которое якобы не развивается в психике человека до достижения им двенадцатилетнего возраста. Дальнейшие версии DSM рассматривали этот вопрос и целый ряд других пробелов в организации диагностирования, применяя феноменологический подход: если определенный кластер симптомов встречался достаточно часто, чтобы быть проблемой, требующей внимания, и если объективный наблюдатель мог до-

стоверно идентифицировать тот же самый набор симптомов у тех же пациентов, кластеру симптомов давали название. Причем у этого кластера могло не быть убедительного объяснения, раскрывающего причины частотного возникновения симптомов в данной конкретной совокупности. Безусловно составители нового DSM надеялись, что устойчивая система классификации, при которой мы с максимальной вероятностью исследовали бы и наблюдали одни и те же явления, способствует поиску более надежных объяснений механизмов, лежащих в основе симптомов, и улучшениям в терапии болезней.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.