Победи депрессию прежде, чем она победит тебя

Автор:
Роберт Лихи

Победи депрессию прежде, чем она победит тебя

Роберт Лихи

Сам себе психолог (Питер)

В мире более 350 миллионов человек страдают депрессией. Это число неуклонно растет, и, к сожалению, треть людей, которые чувствуют невыносимую боль, безнадежность и напряжение депрессии, никогда не обращаются за лечением. Роберт Лихи, психотерапевт с мировым именем, рассказывает о причинах, симптомах и методах лечения депрессии. Реальные истории пациентов в сочетании с простыми пошаговыми инструкциями помогут вам разобраться со своей депрессией и навсегда расстаться с ней. Вы выясните, как победить чувство усталости, одиночества и безнадежности. Разработаете план развития уверенности в себе. В книге собраны самые мощные инструменты, которые помогут вам победить депрессию и снова почувствовать себя хорошо. Права на издание получены по соглашению с D4EO Literary Agency; www.d4eoliteraryagency.com. Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Роберт Лихи

Победи депрессию

прежде, чем она победит тебя

BEAT THE BLUES BEFORE THEY BEAT YOU:

How to Overcome Depression by Robert L. Leahy

Права на издание получены по соглашению с D4EO Literary Agency; www.d4eoliteraryagency.com (http://www.d4eoliteraryagency.com/). Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Перевела с английского О. Шилова

Научный редактор: Дмитрий Викторович Ковпак, врач-психотерапевт, к. м. н., доцент кафедры общей медицинской психологии и педагогики СЗГМУ им. И. И. Мечникова, председатель Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии

Серия «Сам себе психолог»

© 2011 by Robert L. Leahy

© Перевод на русский язык ООО Издательство «Питер», 2020

© Издание на русском языке, оформление ООО Издательство «Питер», 2020

© Серия «Сам себе психолог», 2020

* * *

«Книга “Победи депрессию прежде, чем она победит тебя” – руководство, мастерски написанное опытным клиницистом. В ней изложены типичные проблемы депрессии и даны четкие инструкции по их решению. Книгу необходимо прочитать всем страдающим от депрессии – а кто же не испытывал ее в какой-то момент своей жизни?»

Аарон Т. Бек, доктор медицины, почетный профессор факультета психиатрии Пенсильванского университета, лауреат премии Ласкера в области медицины

«Если у вас депрессия или вы ей подвержены – эта книга для вас. Написанная одним из ведущих мировых экспертов в области когнитивно-поведенческой терапии, книга дает всестороннее представление о депрессии и способах ее преодоления с помощью прошедших проверку временем стратегий».

Кристофер Дж. Фэберн, доктор медицины, профессор психиатрии Оксфордского университета, автор книги «Как перестать переедать»

«Доктор Лихи – уникальная фигура в области психического здоровья. Его новая книга „Победи депрессию прежде, чем она победит тебя“ благодаря сочетанию научности и простоте изложения поможет тем, кто страдает от депрессии».

Томас Джойнер, профессор психологии Университета штата Флорида, автор книги «Почему люди убивают себя»

«Книга „Победи депрессию прежде, чем она победит тебя“ дает четко изложенные, конкретные практические рекомендации по решению наиболее распространенных проблем депрессии. Основываясь на самых последних исследованиях и достижениях медицины, Лихи еще раз вручает вам инструменты самопомощи для преодоления депрессии. Это книга, которую можно взять в руки и начать использовать уже сегодня. Воодушевляющая, мотивирующая и просветляющая».

Эллисон Харви, Калифорнийский университет в Беркли

«Необычайно интересная ультрасовременная книга предоставляет простые в освоении техники помощи по преодолению депрессии. Я настоятельно рекомендую ее как практикующим врачам, так и их пациентам».

Теренс Уилсон, доктор философии, профессор психологии Ратгерского университета штата Нью-Джерси

* * *

Автор данной книги не дает медицинских советов и не рекомендует использование каких-либо техник для лечения физических или эмоциональных проблем без обращения к врачу. Его намерение состоит исключительно в изложении информации общего характера, которая поможет вам стремиться к эмоциональному и духовному благополучию. В случае использования информации из этой книги в личных целях (это является вашим конституционным правом) автор и издатель не несут никакой ответственности за ваши действия.

Аарону Т. Беку, основателю когнитивной терапии, чья работа спасла немало жизней.

Огромное спасибо за то, что вдохновили меня

Предисловие к русскому изданию

Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии совместно с издательским домом «Питер» и я персонально рады представить вам еще одну замечательную книгу профессора Роберта Л. Лихи, переведенную на русский язык и посвященную одной из самых актуальных проблем современности – терапии депрессии. Это уже шестая его книга, вышедшая в серии нашего совместного проекта. Теперь вы сможете воспользоваться целым собранием трудов, мини-

библиотекой этого эксперта мирового уровня в области когнитивно-поведенческой терапии, которое включает в себя как книги для широкого круга читателей, так и монографии для специалистов.

Мой дорогой друг и коллега Роберт Лихи уже много лет возглавляет Американский институт когнитивной терапии в Нью-Йорке, является профессором клинической психологии отделения психиатрии Медицинского колледжа Уэйл Корнелл и автором более двух десятков монографий, посвященных наиболее актуальным вопросам психотерапии.

Профессор Лихи был президентом Ассоциации поведенческой и когнитивной терапии, Международной ассоциации когнитивной психотерапии и Академии когнитивной терапии, а также стал лауреатом премии Аарона Т. Бека за вклад в развитие когнитивной терапии. Он является одним из наиболее опытных когнитивно-поведенческих психотерапевтов, мировым экспертом и методологом и одновременно известным практиком, клиницистом, уже несколько десятилетий помогающим своим пациентам избавиться от разнообразных проблем в области ментального здоровья, межличностных отношений и в повседневной жизни. Книга «Победи депрессию прежде, чем она победит тебя» написана в его фирменном стиле сочетания научного обоснования и доступной, яркой, изящной формы изложения, насыщенной метафорами и ценными практикоориентированными знаниями, которые будут полезны людям, страдающим от депрессии.

Работая с депрессивными расстройствами в течение трех десятилетий, профессор Лихи многому научился у своих пациентов, и думаю, что вы можете извлечь уроки из техник и стратегий, которые его многочисленные пациенты сочли полезными и помогающими. Книга отвечает не только на вопрос «кто виноват», но самое главное – на «что делать», помогая читателю получить конкретные и эффективные методы работы над своим состоянием. Каждая глава начинается с человеческой истории проживания расстройства настроения. В некоторых из них вы можете найти себя, своих близких или знакомых, лучше понять причины и механизмы возникновения, развития и течения депрессии. И, конечно, ключи к выходу из нее. Эта книга может стать вашим помощником с качественным набором проверенных инструментов. Она предлагает техники, которые стоит использовать каждый день, чтобы надежно избавиться от депрессивного расстройства. Автор поделился не только своими знаниями и клиническими навыками, но и собственным опытом эмоциональных перепадов, горьких потерь и их преодоления.

Со слов Будды, боль неизбежна, но страдание – это выбор. Ключевые положения когнитивно-поведенческой терапии – это человеческая способность осознавать и выбирать, учиться и переучиваться. Эта книга поможет вам освоить эти навыки. И с их помощью выйти из мрака депрессии.

Дмитрий Викторович Ковпак, врач-психиатр, психотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей медицинской психологии и педагогики СЗГМУ им. И. И. Мечникова, председатель Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации

Глава 1

Что такое депрессия?

«Все кажется таким безнадежным, – сказала Карен. Она взглянула на свои руки, и слезы полились из ее глаз. – Мне трудно вставать по утрам. Я завожу будильник, но не могу подняться с постели. Стоит мне подумать о работе, как сердце сжимается. Я с ужасом жду утра. Мне нечего больше ждать от жизни».

Каждое утро, просыпаясь, Карен чувствовала непреодолимую грусть. Она в одиночестве лежала в постели, размышляя о том, насколько плоха ее жизнь. «Что со мной не так? Почему у меня все не как у людей?» — эти мысли заполняли ее голову и заставляли думать об отсутствии смысла в жизни. Еще до наступления рассвета она начинала еще один день в страданиях. «Я плачу без всякой причины, – рассказывала она мне. – Мне просто хочется заснуть и больше не проснуться».

Карен впервые пришла ко мне на прием, когда ей было 32 года. Она уже больше года назад рассталась с Гэри – и через несколько месяцев должен был состояться развод. Их брак начался четыре года назад с неудач: Гэри был властным, игнорировал чувства Карен и критиковал почти все, что она делала. Она сказала мне, почти извиняясь: «Я пыталась быть хорошей женой». Затем она добавила в свою защиту: «Я все время работала и не всегда успевала вести

хозяйство так, как хотел Гэри». Он называл ее безответственной, ленивой и беспечной. При попытке сопротивления с ее стороны он унижал жену еще больше. Ничто не было для Гэри достаточно хорошо. Он чувствовал свое превосходство. А Карен ощущала себя раздавленной.

Поначалу она возлагала на брак большие надежды. Гэри казался уверенным в себе, ответственным человеком, которого есть за что уважать. «Свидания были идеальными, – делилась Карен. – Я помню, как он дарил мне цветы, водил в хорошие рестораны и делал комплименты». Она опустила глаза: «Но кажется, что это было давным-давно». Карен поняла, что совершает ошибку, еще за неделю до свадьбы: Гэри постоянно критиковал ее и даже сказал, что не уверен, что хочет на ней жениться. Но она не могла все отменить, ведь на свадьбу пригласили слишком много гостей.

Страсть быстро сошла на нет в первый же год. В браке было мало тепла, мало привязанности и очень мало секса. Гэри приходил домой поздно, иногда навеселе. Он говорил, что ужинал с деловыми партнерами. В конце концов Карен начала подозревать его в измене, но у нее не было доказательств. Они ругались почти по любому поводу: из-за обязанностей по дому, из-за покупок, из-за планирования дел. Как бы то ни было, Карен пыталась возразить: «Я тоже работаю». Но Гэри стоял на своем.

А затем, спустя три года, он сказал Карен, что хочет от нее уйти. На работе он познакомился с женщиной – менеджером по продажам в одной из компаний. «Другая женщина» была разведена и имела пятилетнего сына. Гэри встречался с ней после работы уже несколько месяцев. «Она меня понимает. Она мне больше подходит, – сказал он. – Я действительно хочу развестись».

Карен была потрясена до глубины души. Она ненавидела Гэри за измену и ложь. Но в то же время винила себя: «Если бы я была более привлекательной и интересной, он бы мне не изменял. Я не могу даже удержать мужчину!» Теперь она чувствовала, что у нее ничего не осталось, время играло против нее, и она была совершенно одна. «Я потеряла связь со своими друзьями, – рассказывала она мне. – Я всегда сидела по вечерам дома и ждала Гэри. А ведь до замужества я постоянно виделась с друзьями. Теперь у меня ничего нет».

Карен потеряла интерес и к другим вещам: «Раньше я ходила на фитнес. Это придавало мне сил и заставляло собой гордиться. Но я бросила занятия больше года назад». Она ела вредную пищу «для поднятия настроения», потому что еда

на несколько минут заставляла ее чувствовать себя немного лучше, но Карен потеряла контроль и набрала вес. «Посмотрите на меня, – говорила она. – Кому я такая нужна?»

Я попросил Карен обрисовать картину ее депрессии. «Я вижу себя лежащей на кровати в пустой комнате с задернутыми шторами, – сказала она. – Я совершенно одна, и я плачу». Она встретилась со мной взглядом и отвела глаза в сторону: «Именно такой и будет моя жизнь. Я навсегда останусь одна».

Когда я пишу эти строки, мне грустно вспоминать, как ужасно Карен себя чувствовала. Я видел ее боль и безнадежность. Она чувствовала, что развод доказал, будто она недостойна любви и никто ее больше не полюбит. Она не замечала, что у нее были крепкие отношения с другими людьми – друзьями, которые ее уважали и любили, а также то, что она была ценным сотрудником. Она не замечала свой ум, доброту и щедрость души. И не осознавала, что чувство грусти и ненависти к себе не может длиться вечно.

Но мне повезло. Я знаю, чем все закончилось в случае Карен, и это счастливое воспоминание. Она поборола свою депрессию – и в ее жизни появился новый мужчина, уверенность в себе и гораздо более реалистичная самооценка. Каким же образом Карен, которая чувствовала безнадежность, грусть и отчаяние, увидела свет в конце туннеля?

Карен спас не новый человек. Она сама спасла себя от депрессии. Она научилась управлять своей жизнью каждый день. Она начала замечать и изменять свои негативные мысли, что позволило ей чувствовать себя лучше и действовать успешнее. Когда она вновь сблизилась с друзьями в то время, когда ощущала себя недостойной любви, ее круг общения расширился. И она научилась исцелять себя сама, – как только получила соответствующие инструменты.

Эпидемия современности

История Карен может звучать знакомо – как рассказ вашего приятеля или как ваша собственная история. Вы можете сказать: «Я знаю, каково это – лежать в постели, поглощенным безрадостными мыслями, не имея ни на что сил. Я знаю, каково это – сожалеть о прошлом и бояться будущего, жить в мире тьмы,

чуждом всякой радости». Как и Карен, вы можете чувствовать себя недостойным любви, попавшим в безвыходную ситуацию. Вы можете даже считать, что проведете всю оставшуюся жизнь в одиночестве, или можете быть уверены в том, что если люди узнают вас настоящего, то никогда не полюбят. Как и Карен, вы можете днями напролет пытаться заглушить внутренний голос, говорящий, что у вас ничего не получится и что для вас не существует смысла в жизни.

Если это ваш случай, то вы не одиноки. Каждый год приблизительно у 11 % жителей Соединенных Штатов наблюдаются депрессивные расстройства, а 19 % страдает от депрессии в какой-то момент жизни (это означает, что в конечном итоге депрессия затронет 60 миллионов американцев[1 - S. B. Patten, Accumulation of Major Depressive Episodes over Time in a Prospective Study Indicates That Retrospectively Assessed Lifetime Prevalence Estimates Are Too Low, BMC Psychiatry 8, no. 9 (May 2009)A. J. Rush, M. H. Trivedi, H. M. Ibrahim, et al., The 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), Clinician Rating (QIDS-C), and Selfreport (QIDS-SR): A Psychometric Evaluation in Patients with Chronic Major Depression, Biological Psychiatry 54, no. 5 (2003).]). Лично я не знаю никого, кого бы она не касалась (напрямую или через близких людей). Почти наверняка любой человек в вашей жизни – член семьи, друг, коллега – в какой-то момент впадал в депрессию. Депрессия – это мировая эпидемия, которая лишает жизнь смысла и радости и способна даже убить.

У многих людей отмечаются симптомы депрессии (хотя их и недостаточно для постановки диагноза). Более того, на протяжении полугода каждый пятый взрослый и каждый второй ребенок или подросток сообщают о каких-либо симптомах депрессии[2 - Ronald C. Kessler et al., Mood Disorders in Children and Adolescents: An Epidemiologic Perspective, Biological Psychiatry 49, no. 12 (15 June 2001).]. Хотя депрессия не так распространена у маленьких детей, она становится проблемой для подростков и, по-видимому, нарастает с возрастом. Это вызывает тревогу, потому что половина страдающих депрессией подростков вырастут в депрессивных взрослых. Уровень самоубийств среди молодежи также трагически высок.

Почему мы депрессивны как никогда? Психолог Джин Твенге обнаружила, что повышение уровня депрессии за последние пятьдесят лет соответствует росту индивидуализма и потере социальных связей[3 - Jean M. Twenge, Birth Cohort, Social Change, and Personality: The Interplay of Dysphoria and Individualism in the 20th Century, Advances in Personality Science, ed. Daniel Cervone and Walter Mischel (New York: Guilford, 2002).]. В XIX веке почти никто не жил один, однако сегодня

около 26 % домохозяйств состоят из одного человека. Позже мы подробнее рассмотрим, каким образом одиночество и проблемы в отношениях способствуют развитию депрессии, однако здесь играют роль и другие исторические и культурные тенденции. Постоянно меняющаяся мода может заставить вас почувствовать свою несовременность, непрекращающийся поток негативных новостей по телевизору – омрачить мировосприятие, а снижение роли религии – способствовать появлению циничности. В своей последней книге «Эпидемия нарциссизма: жизнь в эпоху самомнения» Твенге прослеживает рост нереалистично высоких ожиданий и нарциссизма и связывает его с нарастанием тревоги и депрессии[4 - Jean M. Twenge and W. Keith Campbell, The Narcissism Epidemic: Living in the Age of Entitlement (New York: Free Press, 2009).]. Нарциссизм отражается в СМИ, например, в отретушированных фотографиях женщин с идеальным телом и кожей, которых на самом деле не существует. А также в постоянном подчеркивании своей замечательности – независимо от того, чем вы занимаетесь на самом деле. И это вызывает нереалистичные ожидания у многих молодых людей в начале карьеры насчет почти немедленного успеха. Также Твенге прослеживает нарастание чувства, что нам кругом все должны. В итоге, ожидая большего, мы чувствуем себя обделенными.

Нашу культуру отличает все менее развитое чувство общности. В 1950-е годы представители рабочего класса вместе играли в боулинг. Теперь же люди катают шары в одиночестве (если вообще ходят в боулинг). Они, словно загипнотизированные, сидят перед телевизорами, наблюдая за чьей-то «настоящей» жизнью в реалити-шоу. Наши личные связи существенно сократились – и это также связано с ростом тревоги и депрессии. Постоянные переезды, смена работы, потеря друзей детства и снижение роли общественных организаций (профсоюзов, групп родителей и учителей, клубов по интересам, церковных общин, волонтерских организаций) сделали нас более изолированными, более одинокими и более депрессивными.

Мы все больше погружаемся в себя и все меньше связаны друг с другом.

Наверное, мало утешительного в том, что миллионам людей известно, каково это – бояться наступления нового дня, бродить в сумраке, в то время как другие греются в лучах солнца. Но хорошая новость заключается в том, что депрессия сегодня вполне управляема – если получить правильное лечение. Как и Карен, вы можете обнаружить, что выход существует. Вы можете открыть для себя новый образ мышления, новые пути действий и способы общения с другими людьми. Вы можете обнаружить – к своему великому удивлению, – что у вас есть

мужество построить жизнь, достойную вашего существования в этом мире.

Дверь в вашу жизнь

За двадцать семь лет работы практикующим психотерапевтом многие люди спрашивали меня: «Разве вы сами не впадаете в уныние, работая с депрессивными людьми?» Как ни странно, как раз наоборот. Я прекрасно себя чувствую, работая с находящимися в депрессии людьми, потому что знаю, что им можно помочь.

Да, хорошая новость заключается в том, что при эффективном лечении можно преодолеть депрессию. И как только вы это сделаете, у вас появятся все шансы предотвратить ее повторение. Новые техники самопомощи помогут изменить негативное мышление и печальное настроение. Конечно, это непросто. И требует усилий. Но существуют мощные инструменты (точнее, много разных инструментов), которыми вы можете научиться пользоваться для помощи самому себе.

Большинству страдающих депрессией людей можно помочь с помощью новейших форм когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Мы с коллегами разрабатывали этот подход в течение последних тридцати лет. Сейчас он используется во всем мире в качестве психотерапии проблем выбора при депрессии и тревоге. Эта терапия помогает изменить ваш образ мышления (когнитивные функции) и ваши поступки (поведение). Однажды изменив образ мышления, вы измените свой способ восприятия и разорвете порочный круг бесконечной боли.

Вместо того чтобы проводить годы на кушетке психотерапевта, поглаживающего свою бороду и задающего вопросы не по теме, с помощью КПТ вы можете начать менять свою жизнь уже сегодня. Для многих людей КПТ имеет более длительный эффект, чем любой другой подход. Если лечить умеренную или тяжелую депрессию с помощью лекарств, но затем прекратить их принимать после выздоровления, высоки риски (76 %) снова впасть в депрессию в ближайшие двенадцать месяцев. Но если улучшение наступило благодаря когнитивной терапии, у вас меньшая вероятность рецидивов (только 30 %) после ее прекращения. А чтобы улучшить ситуацию еще больше, вы научитесь тому,

как можно значительно снизить риск повторного ухода в депрессию. В отличие от КПТ, таблетки не учат.

Если бы вы были одним из моих пациентов, я мог бы начать наш сеанс КПТ с вопроса: «Над какой проблемой вы хотите сегодня поработать?» Вместо пассивного слушания я бы взял на себя активную роль, попросив вас оценить ваши собственные мысли, проверить их на соответствие реальности, попытаться найти новые способы поразмыслить о ситуации и рассмотреть новые конкретные типы поведения, которые вы могли бы опробовать. Я бы дал вам домашнее задание по самопомощи, чтобы в промежуток между сеансами вы могли побыть сами себе психотерапевтом. Мы периодически оценивали бы ваши успехи, обсуждали, почему некоторые вещи не работают, и экспериментировали с новыми техниками. Мы бы не сдались. И подтолкнули бы вас вносить изменения в свою жизнь уже сегодня.

В этой книге я хочу применить к вам такой же активный, мотивирующий, наступательный подход. Работая с депрессией в течение почти трех десятилетий, я многому научился у своих пациентов и думаю, что вы можете извлечь уроки из техник и стратегий, которые многие мои пациенты сочли полезными. Эта книга – ваш ящик с инструментами. Она предлагает техники, которые можно использовать каждый день, чтобы избавиться от депрессии. Я бы хотел, чтобы вы, когда почувствуете нерешительность или утратите надежду, открыли этот ящик, нашли нужные инструменты и помогли себе сами. Секрет в том, чтобы сделать из вас собственного психотерапевта, «тренера по жизни», чтобы вам не нужно было одобрение других людей. Конечная цель состоит в обретении власти над собой.

В зависимости от степени депрессии для вас может оказаться лучше получить помощь извне, по крайней мере вначале. Продолжительная изнуряющая депрессия может оказать огромное влияние на качество жизни, и во многих случаях это хроническое заболевание является результатом некомпетентного лечения. Если депрессия выматывает вас, важно отнестись к ней серьезно и лечить ее настойчиво и всесторонне. В дополнение ко многим техникам КПТ, с которыми вы познакомитесь в этой книге, можно использовать лекарства или другие биологические методы лечения. Идеальный вариант – обратиться за помощью к квалифицированному когнитивно-поведенческому терапевту, а также к врачу, у которого можно проконсультироваться о других вариантах лечения, таких как прием лекарств. Вы можете найти список сертифицированных специалистов на сайте Академии когнитивной терапии

(www.academyofct.org (http://www.academyofct.org/)), а в Великобритании – на сайте Британской ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии (www.babcp.com (http://www.babcp.com/)). В приложениях представлено больше информации для изучения вариантов лечения.

На протяжении всей книги мы будем использовать разные техники (вы можете применить их на практике прямо сейчас). Мы также обсудим, как лекарства могут стать частью самопомощи. Рассмотрим, как улучшить отношения с партнером и выстроить более конструктивные и уважительные дружеские связи. Депрессия может затронуть любую сферу жизни, поэтому вам понадобятся инструменты, которые можно использовать каждый день вашей жизни. Если я лишь поддержу вас, вы почувствуете себя лучше всего на несколько минут. Но если я дам вам инструменты, вы сможете во всем разобраться и без меня.

Не ждите, пока кто-нибудь вас спасет. Вы можете спасти себя сами.

Анатомия депрессии

Депрессия – это не просто пара симптомов. Это сочетание различных мыслей, чувств, моделей поведения и опыта. Психологи и психиатры придумали целую систему для оценки и классификации этого состояния. Поставленный диагноз «большое депрессивное расстройство» означает, что вы находитесь в депрессии (грустное настроение или потеря интереса к привычным делам) на протяжении двух недель, что у вас есть по крайней мере четыре из следующих симптомов:

• ощущение собственной никчемности или чувство вины;

• трудности с концентрацией внимания или принятием решений;

• усталость или упадок сил;

• бессонница или гиперсомния (существенное увеличение продолжительности сна);

• потеря аппетита, снижение или увеличение веса;

• возбужденное или вялое состояние;

• мысли о смерти или самоубийстве.

Перед постановкой диагноза мы исключаем проблемы со здоровьем, которые могут вызвать похожие симптомы, например нарушение функции щитовидной железы. Мы также учитываем все происходящее в вашей жизни. Как правило, не ставим такой диагноз человеку, страдающему от потери любимого, если только депрессия не длится долго.

Виды депрессии

Как мы только что упомянули, у вас может оказаться большое депрессивное расстройство. Или же длящийся около двух лет период более мягкой депрессии, который мы называем дистимией. У вас также может одновременно наблюдаться дистимия и большое депрессивное расстройство, что дает диагноз «двойная депрессия». Многие женщины страдают от послеродовой депрессии.

Необходимо помнить еще об одном важном диагнозе – биполярном расстройстве (обычно мы называем его маниакально-депрессивным психозом). У людей с биполярным расстройством депрессивные состояния сменяются маниакальными, во время которых они испытывают душевный подъем в сочетании с излишне высокой самооценкой и большим количеством энергии. Их речь ускоряется, они фонтанируют идеями, могут вести себя крайне неразумно и перестают нуждаться в долгом сне. Они могут принимать рискованные решения или же у них крайне обостряется сексуальное влечение. Люди, имеющие некоторые из этих маниакальных симптомов, но не в самой тяжелой форме, находятся на гипоманиакальной стадии.

Если вы переживали эпизоды маниакального или гипоманиакального состояния, вполне возможно, что у вас биполярное расстройство. Психотерапевт или другой врач может определить его наличие с вашей помощью. Важно рассказать ему о маниакальных симптомах, потому что если у вас биполярное расстройство и вас лечат с помощью лекарств, то врач может посоветовать индивидуальный план терапии.

В случае биполярного расстройства упор на одни лишь антидепрессанты способен ухудшить ситуацию. Многие страдающие биполярным расстройством «зацикливаются» на возбужденном маниакальном состоянии, когда их сажают исключительно на антидепрессанты (наблюдаются перепады настроения от депрессии до возбужденной мании). Однако независимо от того, является ли течение заболевания униполярным (у вас никогда не было маниакального эпизода) или биполярным, изложенные в этой книге идеи помогут избежать подобных эпизодов в будущем.

Причины депрессии

Депрессия не знает границ. С ней может столкнуться каждый, невзирая на доход, образование, расу, пол, успех или красоту. Список знаменитостей, страдавших от депрессии, можно продолжать бесконечно: Бобби Дарин, Барбара Буш, Билли Джоэл, Джуди Гарленд, Базз Олдрин, Эрнест Хемингуэй, Чарльз Дарвин, Джон Адамс, Харрисон Форд, Авраам Линкольн, Дж. К. Роулинг, Теннесси Уильямс, Уинстон Черчилль, Марк Твен и другие.

Что вызывает депрессию? Многие думают, что нужно искать причину своей депрессии в родительском воспитании. В этой связи можно заметить, что можно провести годы на кушетке психотерапевта в попытках извлечь из памяти ужасные воспоминания о жестоком обращении с вами в детстве, но это может оказаться бессмысленным занятием: исследователи считают, что от 30 % до 60 % причин депрессии можно объяснить генетически[5 - P. F. Sullivan, M. C. Neale, and K. S. Kendler, Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-analysis, The American Journal of Psychiatry 157 (2000); Armen K. Goenjian et al., Heritabilities of Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety, and Depression in Earthquake Exposed Armenian Families, Psychiatric Genetics 18 (2008).]. Депрессия связана с химическим составом мозга. Различия в уровне серотонина, норадреналина и других химических веществ способны вызвать склонность к депрессии. Вместе с тем ряд других факторов, начиная с воспитания и заканчивая более поздним опытом, может повысить риск возникновения депрессивного эпизода. Например, родители вполне могли сделать вас более уязвимым для депрессии, не только передав гены, повышающие вероятность ее наступления, но и общаясь с вами таким образом, чтобы это вызывало у вас ощущение беспомощности или чрезмерную самокритику.

Наше понимание лежащего в основе депрессии химического состава мозга часто происходит из-за случайных открытий. Это еще раз доказывает, что, занимаясь наукой, можно порой обнаружить то, чего не искали! Первые две основные группы антидепрессантов – ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО) и трициклические антидепрессанты (ТЦА) – были обнаружены случайно. Ипрониазид, первый ИМАО, был опробован в пятидесятых годах для лечения туберкулеза. К большому удивлению врачей и пациентов, он улучшал настроение и снижал уровень депрессии. В конце пятидесятых годов швейцарские исследователи экспериментировали с ТЦА при лечении шизофрении. И опять же, к их великому удивлению, ТЦА нисколько не помогали при шизофрении, но действительно улучшали настроение пациентов. Польза лития также случайно была обнаружена в 1948 году австралийским психиатром Джоном Кейдом, делавшим его инъекции морским свинкам. Вопреки ожиданиям, литий оказывал успокаивающий эффект[6 - Edward Shorter, The History of Lithium Therapy, Bipolar Disorders 11, suppl. 2 (June 2009).]. Случайное открытие основных групп антидепрессантов указывает на то, что, обнаружив неожиданное, наблюдательный ученый может открыть новые возможности для миллионов людей.

Существует несколько теорий, связанных с причинами депрессии (предполагают различные биохимические пути ее возникновения). И конкретно ваше состояние может быть вызвано одной из этих разнообразных биохимических моделей или их комбинацией. Об этом следует помнить, так как это может повлиять на ваше лечение. Вы вместе с врачом можете испробовать целый ряд лекарств – если не работает одна группа, всегда можно перейти ко второй. Или же можно добавить лекарство из другой группы – иногда комбинация двух групп повышает эффективность терапии.

Смотрите на это так: существует три набора нейромедиаторов, важных при борьбе с депрессией: норадреналин, серотонин и дофамин. Все они входят в группу моноаминов. Представьте себе мозг, состоящий из нейронов (нервных клеток), взаимодействующих друг с другом через переходы, называемые синапсами. В нем имеются клетки, отправляющие сообщения (пресинаптические клетки) и получающие эти сообщения (постсинаптические клетки). Трициклики препятствуют обратному захвату (реабсорбции) нейромедиаторов, СИОЗС (группа антидепрессантов, называемых селективными ингибиторами обратного захвата серотонина) специфически ингибируют реабсорбцию серотонина; ИМАО блокируют метаболизм, или расщепление хранящихся в нейронах молекул[7 - JoEllen Patterson et al., The Therapist’s Guide to Psychopharmacology: Working with Patients, Families and Physicians to Optimize Care (New York: Guilford, 2006).].

Разумеется, стоящая за этими процессами наука очень сложна. Недавние исследования показывают, что на депрессию может оказывать влияние специфическая коммуникация между нейронами, активированная определенными генами. Исследователи из Йельского университета обнаружили, что антидепрессанты стимулируют рост нейронов, генерируя появление новых нервных клеток[8 - Jennifer L. Warner-Schmidt and Ronald S. Duman, Vascular Endothelial Growth Factor Is an Essential Mediator of the Neurogenic and Behavioral Actions of Antidepressants, Proceedings of the National Academy of Sciences 104, no. 11 (13 March 2007); Ronald S. Duman, Depression: A Case of Neuronal Life and Death? Biological Psychiatry 56, no. 3 (1 August 2004).]. Именно поэтому требуется некоторое время, чтобы антидепрессанты проявили свою эффективность. Природа депрессии более сложна и более увлекательна, чем думалось ранее.

Многие родители страдающих депрессией детей сами переживают депрессию, поэтому им может быть трудно выполнять лучшую работу в мире – воспитывать. Как правило, неласковые родители, не признающие чувств, излишне контролирующие или критически настроенные, воспитывают детей, которые потом вырастают в депрессивных взрослых[9 - Eva M. Pomerantz, Parent x Child Socialization: Implications for the Development of Depressive Symptoms, Journal of Family Psychology 15, no. 3 (September 2001); Valerie E. Whiffen and Teresa M. Sasseville, Dependency, Self-criticism, and Recollections of Parenting: Sex Differences and the Role of Depressive Affect, Journal of Social and Clinical Psychology 10 (1991); Jenny Firth-Cozens, The Role of Early Family Experiences in the Perception of Organizational Stress: Fusing Clinical and Organizational Perspectives, Journal of Occupational and Organizational Psychology 65, no.1 (March 1992).]. Если родители посылали вам противоречивые сообщения вроде «Я люблю тебя, но сейчас не надоедай мне», то риск впасть в депрессию у вас выше. Сексуальное насилие в детстве является значимым предиктором депрессии[10 - A. Bifulco, G.W. Brown, and Z. Adler, Early Sexual Abuse and Clinical Depression in Adult Life, British Journal of Psychiatry 159 (1991).]. И если родители развелись, расстались или умерли в вашем детстве или отрочестве, то вы, вероятнее всего, переживете депрессию, став взрослым[11 - Sidney J. Blatt and Erika Homann, Parent-child Interaction in the Etiology of Dependent and Self-critical Depression, Clinical Psychology Review 12 (1991).]. Важным фактором является то, как о вас заботились впоследствии: если потеря родителя привела к уменьшению заботы, теплоты и внимания, риск формирования депрессии намного выше[12 - T. Harris, G.W. Brown, and A. Bifulco, Loss of Parent in Childhood and Adult Psychiatric Disorder: The Role of Lack of Adequate Parental Care, Psychological Medicine 16 (1986).]. Хотя воспоминания детства могут зависеть от настроения на данный момент (в депрессивном

состоянии вероятность вызывания из памяти негативных событий прошлого выше), исследования показывают, что предвзятость воспоминаний не является основной причиной того, что сообщают страдающие депрессией взрослые о детских переживаниях[13 - Chris R. Brewin, Bernice Andrews, and Ian H. Gotlib, Psychopathology and Early Experience: A Reappraisal of Retrospective Reports, Psychological Bulletin 113, no. 1 (January 1993).].

Почти во всех изученных современных культурах женщины страдают от депрессии чаще мужчин в среднем в два раза (такое расхождение появляется у подростков и исчезает в пожилом возрасте). Причин тому несколько – от переживаемых женщинами гормональных изменений до того факта, что они, как правило, обладают меньшей властью в обществе, чем мужчины, больше учитывают желания других людей и, возможно, могут быть больше склонны к навязчивым мыслям. Однако и женщины, и мужчины могут получить одинаковую пользу от когнитивно-поведенческой терапии и лекарств.

Что вызывает депрессивный эпизод? Существует ряд факторов, способствующих повышению риска. Вдовство, развод или разлука являются основными предикторами депрессии, как и серьезный конфликт в отношениях. Переживающие конфликты в браке женщины в двадцать пять раз чаще страдают депрессией, чем в браке без конфликтов[14 - Constance Hammen, Depression in Women: The Family Context and Risk for Recurrence, The Economics of Neuroscience 6 (2004); M. M. Weissman, Advances in Psychiatric Epidemiology: Rates and Risks for Major Depression, American Journal of Public Health 77 (1987).]. Женщины, у которых трудности с воспитанием детей, находятся в группе риска. Потеря работы тоже выступает одной из причин[15 - Dave E. Marcotte, Virginia Wilcox-G?k, and D. Patrick Redmon, Prevalence and Patterns of Major Depressive Disorder in the United States Labor Force, The Journal of Mental Health Policy and Economics 2 (1999).]: для многих она означает не только снижение дохода, но и утрату чувства удовлетворения и социальных контактов. Она необязательно приводит к депрессии, но если вы находитесь в депрессии, то, как правило, рассматриваете безработицу как символ стыда, неудач и беспомощности.

В ходе одного исследования о значимом стресс-факторе за прошедшие девять месяцев сообщили 60 % находящихся в депрессивном состоянии людей (по сравнению с 19 % не страдающих депрессией людей). Даже ежедневные неприятности могут накапливаться и приводить к депрессии: проблемы на работе, трудные условия жизни, стресс из-за поездок, сильное финансовое давление, ссоры и конфликты. И хотя такие стресс-факторы неизбежны в жизни

большинства людей, гены могут сделать вас более уязвимыми к их влиянию[16 - Kenneth S. Kendler et al., The Structure of the Genetic and Environmental Risk Factors for Six Major Psychiatric Disorders in Women: Phobia, Generalized Anxiety Disorder, Panic Disorder, Bulimia, Major Depression, and Alcoholism, Archives of General Psychiatry 52, no. 5 (May 1995); Kenneth S. Kendler et al., Stressful Life Events, Genetic Liability, and Onset of an Episode of Major Depression in Women, American Journal of Psychiatry 152, no. 6 (June 1995).]. При наличии генетической предрасположенности провоцирующие стресс события будут вызывать у вас депрессию на 250 % чаще. Но гены могут также и защитить вас. Хотя, как я упоминал выше, у жертв жестокого обращения вероятность депрессии впоследствии увеличивается, многое зависит от вашей генетики. Если ни один из родителей не передал вам сильные гены для формирования депрессии – вы вряд ли ее испытаете. Гены могут помочь или навредить вам – они могут даже защитить вас от собственных родителей!

Последствия депрессии

Депрессия дорого обходится: приводит к увеличению числа случаев невыхода на работу, снижению производительности труда и повышению уровня инвалидности. Около 80 % людей, в настоящее время страдающих депрессией, говорят об ограниченности своей повседневной деятельности[17 - Laura A. Pratt and Debra J. Brody, Depression in the United States Household Population, 2005–2006, NCHS Data Brief Number (2008).].

Одно из исследований показало, что люди в глубокой депрессии теряли 5,6 часа продуктивной работы в неделю[18 - Walter F. Stewart et al., Cost of Lost Productive Work Time among US Workers with Depression, Journal of the American Medical Association 289 (2003).]. Возьмем, к примеру, Карен, с которой мы познакомились раньше. Иногда она не могла встать с постели, чтобы пойти на работу. Находясь на рабочем месте, она сидела за компьютером, непрерывно размышляя о том, насколько ужасна ее жизнь. Она откладывала все дела на потом, что только ухудшало ее самочувствие, поскольку она боялась увольнения.

Переживающие депрессию люди гораздо чаще ведут нездоровый образ жизни (курение, ничегонеделание, неправильное питание). «Чтобы почувствовать себя лучше, я ем мороженое и печенье, – рассказывала мне Карен. – Но потом я чувствую себя ужасно, потому что знаю, что потеряла над собой контроль». У некоторых такой нездоровый образ жизни повышает риск сердечно-сосудистых

заболеваний[19 - F. Bonnet et al., Anxiety and Depression Are Associated with Unhealthy Lifestyle in Patients at Risk of Cardiovascular Disease, Atherosclerosis 178, no. 2 (February 2005).]. Депрессия также увеличивает вероятность болезни Альцгеймера[20 - K. Andersen et al., Depression and the Risk of Alzheimer Disease, Epidemiology 16, no. 2 (March 2005).], инсульта[21 - M. J. Bos et al., Depressive Symptoms and Risk of Stroke: The Rotterdam Study, Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 79, no. 9 (September 2008).] и даже влияет на исход ВИЧ[22 - Jane Leserman, HIV Disease Progression: Depression, Stress, and Possible Mechanisms, Biological Psychiatry 54, no. 3 (1 August 2003).]. А пожилые люди с большей долей вероятности умирают раньше[23 - J. G. E. Janzing et al., The Relationship between Depression and Mortality in Elderly Subjects with Less Severe Dementia, Psychological Medicine 29, no. 4 (July 1999).].

Депрессия обычно не является разовым эпизодом. Как я упоминал ранее, у многих людей эпизоды повторяются, а некоторые затягиваются на месяцы или даже годы. До прихода ко мне у Карен уже было два периода депрессии. Депрессия является одним из самых распространенных заболеваний в мире. Ее можно сравнить по частоте лишь с перинатальными (связанными с родами) состояниями, инфекциями нижних дыхательных путей, ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, ВИЧ/СПИДом и желудочно-кишечными патологиями.

Самое трагическое последствие этого состояния – самоубийство. Страдающие депрессией люди гибнут в тридцать раз чаще остальных[24 - Keith Hawton, Suicide and Attempted Suicide, Handbook of Affective Disorders, ed. Eugene S. Paykel (New York: Guilford Press, 1992).]. Мой друг Кен стал одной из жертв депрессии.

Я познакомился с Кеном много лет назад, когда учился в аспирантуре Йельского университета. В то время меня интересовала работа с детьми. Это не было продиктовано всепоглощающим научным интересом, но взаимодействовать с ними было весело. Кен, работавший на исследовательском факультете, поддерживал меня и стал моим другом. Мы вместе обедали, я был вхож в его дом, мы обсуждали исследования и болтали обо всем, что приходило в голову. Он всегда мог посмеяться от души и отпустить забавный комментарий.

Кен никогда не говорил о личных проблемах. И никогда не выглядел грустным. Он не жаловался на свою работу. Во время обеда, насколько я помню, он обычно выпивал бокал мартини, иногда два, но я ни разу не видел его пьяным. Он и его жена Кэролайн периодически приглашали меня на ужин: мы болтали и смеялись.

Я всегда ощущал значимость нашей дружбы – когда парням не нужно говорить вслух, насколько они нужны друг другу, они просто знают это. Я многим обязан Кену, и мне жаль, что я не успел сказать ему, как много он для меня значил.

После получения докторской степени я покинул Нью-Хейвен и продолжил делать карьеру, получая гранты на исследования и издавая книги. Меня больше интересовала поведенческая терапия детей, и я подумывал о работе в этом направлении. Я посылал Кену письма, иногда мы разговаривали по телефону, но я был вдали от него в течение нескольких лет и по большому счету потерял связь с его жизнью.

Я преподавал в Университете Британской Колумбии в Ванкувере, когда мне позвонил коллега из Йеля:

– Кен умер. Он покончил с собой.

Я был потрясен.

– Никогда не замечал, что с ним что-то не так, – сказал я. Внезапно мои глаза наполнились слезами.

– Очевидно, он боялся, что его уволят, – продолжал коллега.

Пока жена и дочь спали, Кен вошел в гараж, пустил газ и покончил с собой.

Встретившись с Кэролайн, я увидел, что она раздавлена. Она сидела на кухне в их старом викторианском доме в пригороде Нью-Хейвена, задаваясь вопросом, как оплатить счета. Она обратилась к прихожанам церкви и друзьям, помогавшим пережить это трудное время. Мягкость черт, казалось, стерлась с ее лица. Когда она заговорила о Кене, ее взгляд стал отрешенным:

– Я так зла на него за то, что он нас оставил. Он знал, что я сделаю все, чтобы его поддержать. Но это было сильнее его.

Разговаривая с Кэролайн, я узнал совершенно другого Кена. Он был алкоголиком, впавшим в депрессию, одиноким и потерявшим надежду. Он – восходящая звезда в области клинической психологии – не смог найти

необходимую ему помощь. Он не видел выхода. Когда он ушел из жизни, Кэролайн была беременна.

Смерть человека – не просто статистика. Это утрата его места в мире всех нас, любивших его. Сьюзен, дочь Кена, взяла меня за руку и сказала:

– Боб-Лихи! (Как будто мое имя писалось через дефис!) Боб-Лихи, ты ведь еще не уходишь, правда?

Она показала мне своих кукол, и я обнял ее.

Это испытание – пережить смерть своего друга. Я хотел иметь возможность вспоминать, как мне было горько потерять его и что мне повезло знать его. И я хотел сделать свою жизнь настолько наполненной, чтобы вместить в нее эту потерю. Хотя мне нравилось работать с детьми и их родителями, я посчитал, что работа с депрессией будет для меня более значимой. И мне очень повезло, что основатель когнитивной терапии доктор Аарон Бек проводил обучение в Медицинской школе Пенсильванского университета. Я подумал: «Вот куда я пойду». Я так и сделал.

Я не боюсь грустить, думая о моем друге. Он дал мне силы делать то, чем я занимаюсь с тех пор. Пока память о нем живет в моем сердце, я знаю, что могу помочь другим найти выход из темных закоулков их жизни.

Как пользоваться этой книгой

Раздумывая о том, как написать книгу о самопомощи при депрессии, я понял, что пациенты приходят ко мне с конкретными проблемами. Они могут сказать: «Я чувствую безнадежность», или «Я ничего не могу с этим поделать», или «Мне так грустно, я больше не могу это выносить». Они не приходят в поисках теорий о депрессии или лекций по психологии. Они приходят с вопросом: «Что можно сделать, чтобы помочь себе?» Наверняка именно так и вы воспринимаете свою депрессию.

Вот почему я построил эту книгу вокруг конкретных проблем. Вы можете чувствовать себя одиноким, можете быть нерешительным или считать себя обузой для других. Вы можете испытывать раздражительность, или вам трудно

найти силы. Независимо от проблемы вам нужно решение. Вы хотите знать ответ на вопрос: «Что я могу сделать?»

Каждая глава начинается с истории человека, переживающего депрессию. Я хочу поделиться с вами опытом своих пациентов. Наверняка вы увидите себя в некоторых историях, а можете не увидеть ни в одной. Это нормально. Не существует двух абсолютно одинаково переживающих депрессию людей. Чтобы получить пользу от этой книги, вам необязательно иметь все симптомы депрессии. Более того, считайте себя счастливчиком, если вы их не обнаружите.

Читая каждую главу, вы найдете подробное описание симптома – каким образом он возникает и как может повлиять на вас, как устранить его, создав позитивные привычки мышления и поведения. Я использовал много разных подходов когнитивно-поведенческой терапии, чтобы собрать воедино техники и стратегии, которые собираюсь вам предложить. За последние тридцать лет было проведено огромное количество исследований на эту тему, и я многим обязан людям, поделившимся своими идеями при разработке этих подходов. Но я понял, что не существует универсальной методики для всех. Вот почему я пытался использовать лучшее из лучшего.

Как я уже упоминал, прописанные врачом лекарства также могут быть частью курса самопомощи, поэтому я включил информацию о медикаментозном лечении в приложение 1. Однако существует немало доказательств того, что когнитивно-поведенческая терапия помогает при депрессии и считается первоочередным методом. Читая каждую главу, попытайтесь решить для себя, какие техники будут вам полезны. Конечно, всегда лучше обратиться к квалифицированному терапевту КПТ, но самостоятельное использование некоторых из этих проверенных техник может стать хорошим началом. Все инструменты перед вами. Однако ваша депрессия может затруднить их использование. Вы можете ощутить упадок духа. Вы можете ощутить отсутствие сил. Но вы не узнаете, помогут ли эти инструменты решить проблему, пока не попробуете. И в самом деле, что вы теряете, попытавшись?

Депрессия принимает форму самокритики, нерешительности, упадка сил, грусти, ощущения безнадежности, ухода в себя, нарушения сна, раздражительности и других симптомов. Мы поможем вам избавиться от этих симптомов. Нет симптомов – нет депрессии. Вот как это работает!

Начало работы

К этой книге вы будете обращаться снова и снова. Она – руководство по избавлению от проблем и напоминание о том, что вы можете уже сегодня принять все нужные меры. Как и любое путешествие, программа самопомощи начинается с того места, где вы находитесь в данный момент. Поэтому предложу начать со следующего простого теста (см. табл. 1.1) для оценки состояния и определения сфер, в которых у вас больше всего трудностей (им вы сможете уделить больше внимание, изучая эту книгу). Нет правильных или неправильных ответов: просто опишите ваше самочувствие на прошлой неделе.

Пожалуйста, отметьте в каждом пункте по одному ответу, который лучше всего передает ваше самочувствие за последние семь дней.

Таблица 1.1

A. J. Rush, M. H. Trivedi, H. M. Ibrahim, et al. The 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), Clinician Rating (QIDS-C), and Selfreport (QIDS-SR): A Psychometric Evaluation in Patients with Chronic Major Depression, Biological Psychiatry 54, no. 5 (2003).

Экспресс-опросник по симптомам депрессии (QIDS) использовался в самом обширном из когда-либо проводимых исследований депрессии. Вы можете применять его по своему усмотрению и повторно обращаться к нему на протяжении следующих нескольких месяцев (или в любое время) для оценки своего состояния.

После прохождения опросника запишите свой результат, прежде чем начинать программу самопомощи. Затем повторяйте его каждую неделю. Закончив чтение этой книги, выделите себе около двенадцати недель на работу над изученными техниками, чтобы увидеть, сколько всего вокруг вас изменится. Не ждите чудодейственных средств или быстрых успехов. Пытаясь сбросить десять килограммов, вы даете себе достаточно времени и не рассчитываете избавиться от них за неделю. Точно так же вам нужно время для выработки новых продуктивных привычек для противостояния депрессии.

Цель этой книги – не только помочь справиться с депрессией, но и дать вам инструменты для ее предотвращения в будущем. Речь идет о закреплении успеха на годы. Это может показаться сложной задачей, но это не так! Это просто означает, что вам понадобится сделать новое мышление и поведение частью своей жизни. Как выразилась одна моя коллега, «мне следует вести бездепрессивный образ жизни». У нее получилось – и у вас тоже получится.

«По вашим словам, это слишком легко»

Если вы похожи на многих находящихся в депрессии людей, то вам уже говорили о том, что можно помочь самому себе, но толку не было. Поэтому вы можете рассматривать эту книгу с определенной долей скептицизма. Вполне оправданная позиция. Когнитивно-поведенческий подход не предназначен вас вдохновлять, он не должен нести изменяющее вашу жизнь прозрение. Вместо этого я призываю вас придерживаться здорового скептицизма. Вы не узнаете, работают ли эти техники, пока не повторите их несколько раз в течение определенного времени. Я просто прошу вас скептически относиться к собственному скептицизму.

Вам не станет лучше в мгновение ока. Пойти на поправку – значит поправляться постепенно. Это не всегда мгновенный результат. Возможно, прежде чем почувствовать себя лучше, вам придется немало постараться. Делая немного

больше, вы станете чуть менее самокритичным, а процесс – более обнадеживающим. Это будет прогресс, но не всегда устойчивый. Пока это просто движение вперед. И самый важный шаг в настоящий момент – отработка на практике новых позитивных типов мышления, поведения и взаимодействия с людьми.

«По вашим словам, это слишком легко», – иногда возражают мне пациенты. «Я не могу делать эти шаги, потому что у меня слишком сильная депрессия. Я не могу заниматься спортом, не могу позвонить друзьям, я не в состоянии работать. Моя депрессия мешает мне заниматься чем-то в принципе». Тогда я предлагаю: «Почему бы не побороться с депрессией? Почему бы не сделать что-то вопреки ей?» Иногда нужно принимать меры до возникновения мотивации. Я прошу таких пациентов рассматривать самопомощь как серию экспериментов. Станет ли хуже от попытки? И кто знает, что может случиться, если попробовать?

Поэтому давайте договоримся провести эксперимент — вы и я. Прорабатывайте главы этой книги, берите на заметку различные техники и регулярно применяйте их в течение нескольких месяцев. Рассмотрите медикаментозное лечение, описанное в приложении 1. Будьте готовы попробовать все доступные средства. А затем оценим результат.

Помощь уже рядом

Природа депрессии заключается в мысли о том, что такое ваше состояние «имеет смысл». Депрессия может выглядеть для вас как оправданная реакция на события вашей жизни. Так что вы можете медлить с поиском помощи, потому что не видите в ней необходимости (или потому что считаете, что все безнадежно). К сожалению, большинство страдающих депрессией (76 % с умеренной формой и 61 % с тяжелой формой) вообще не получает помощи[25 - Laura A. Pratt and Debra J. Brody, Depression in the United States Household Population, 2005–2006, NCHS Data Brief Number (2008).]. А если и получают, то некомпетентную (либо недостаточную медикаментозную терапию, либо неэффективную психотерапию).

Но знание – сила. Зная, что такое депрессия, что к ней приводит и как работает мозг в это время, вы обретаете над ней власть. Умея определять специфические симптомы депрессии, вы можете их корректировать. Зная техники, которые можно ежедневно использовать, можно улучшить свою жизнь прямо сейчас.

Не нужно ждать улучшения самочувствия. Не нужно продолжать страдать. Вы можете начать менять свою жизнь прямо сейчас – я даю вам для этого набор инструментов, которые вы можете использовать всегда. Если вы не уверены в их эффективности, позвольте мне рассказать еще одну историю.

Линда пришла ко мне много лет назад с жалобами на депрессию. Часто она была очень самокритичной, грустной, потерявшей всякую надежду и даже думала про самоубийство. Она считала, что ситуация безнадежна. Но мы вместе работали над ее депрессией – и Линда выздоровела. После окончания терапии я не слышал о ней много лет.

Но пару лет назад я получил от нее письмо. Она писала, что в последние годы ее семья переживала ужасные времена. Муж практически обанкротился, младшая дочь серьезно заболела, и в довершение всех бед умерла старшая дочь. Линда писала, что ей понадобились все изученные во время терапии инструменты, чтобы помочь себе пережить это, но с их помощью она справилась. Она приложила к письму фотографию своей семьи: она, муж и две дочери (одна из них сидела в инвалидной коляске). Линде пришлось преодолевать препятствия, с которыми сталкиваются не многие из нас, и сегодня она не испытывает депрессии.

Конец ознакомительного фрагмента.

notes

Примечания

1

S. B. Patten, Accumulation of Major Depressive Episodes over Time in a Prospective Study Indicates That Retrospectively Assessed Lifetime Prevalence Estimates Are Too Low, BMC Psychiatry 8, no. 9 (May 2009)

A. J. Rush, M. H. Trivedi, H. M. Ibrahim, et al., The 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), Clinician Rating (QIDS-C), and Selfreport (QIDS-SR): A Psychometric Evaluation in Patients with Chronic Major Depression, Biological Psychiatry 54, no. 5 (2003).

2

Ronald C. Kessler et al., Mood Disorders in Children and Adolescents: An Epidemiologic Perspective, Biological Psychiatry 49, no. 12 (15 June 2001).

3

Jean M. Twenge, Birth Cohort, Social Change, and Personality: The Interplay of Dysphoria and Individualism in the 20th Century, Advances in Personality Science, ed. Daniel Cervone and Walter Mischel (New York: Guilford, 2002).

4

Jean M. Twenge and W. Keith Campbell, The Narcissism Epidemic: Living in the Age of Entitlement (New York: Free Press, 2009).

5

P. F. Sullivan, M. C. Neale, and K. S. Kendler, Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-analysis, The American Journal of Psychiatry 157 (2000); Armen K. Goenjian et al., Heritabilities of Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety, and Depression in Earthquake Exposed Armenian Families, Psychiatric Genetics 18 (2008).

6

Edward Shorter, The History of Lithium Therapy, Bipolar Disorders 11, suppl. 2 (June 2009).

7

JoEllen Patterson et al., The Therapist’s Guide to Psychopharmacology: Working with Patients, Families and Physicians to Optimize Care (New York: Guilford, 2006).

8

Jennifer L. Warner-Schmidt and Ronald S. Duman, Vascular Endothelial Growth Factor Is an Essential Mediator of the Neurogenic and Behavioral Actions of Antidepressants, Proceedings of the National Academy of Sciences 104, no. 11 (13 March 2007); Ronald S. Duman, Depression: A Case of Neuronal Life and Death? Biological Psychiatry 56, no. 3 (1 August 2004).

9

Eva M. Pomerantz, Parent x Child Socialization: Implications for the Development of Depressive Symptoms, Journal of Family Psychology 15, no. 3 (September 2001); Valerie E. Whiffen and Teresa M. Sasseville, Dependency, Self-criticism, and Recollections of Parenting: Sex Differences and the Role of Depressive Affect, Journal of Social and Clinical Psychology 10 (1991); Jenny Firth-Cozens, The Role of Early Family Experiences in the Perception of Organizational Stress: Fusing Clinical and Organizational Perspectives, Journal of Occupational and Organizational Psychology 65, no.1 (March 1992).

10

A. Bifulco, G.W. Brown, and Z. Adler, Early Sexual Abuse and Clinical Depression in Adult Life, British Journal of Psychiatry 159 (1991).

11

Sidney J. Blatt and Erika Homann, Parent-child Interaction in the Etiology of Dependent and Self-critical Depression, Clinical Psychology Review 12 (1991).

12

T. Harris, G.W. Brown, and A. Bifulco, Loss of Parent in Childhood and Adult Psychiatric Disorder: The Role of Lack of Adequate Parental Care, Psychological Medicine 16 (1986).

13

Chris R. Brewin, Bernice Andrews, and Ian H. Gotlib, Psychopathology and Early Experience: A Reappraisal of Retrospective Reports, Psychological Bulletin 113, no. 1 (January 1993).

14

Constance Hammen, Depression in Women: The Family Context and Risk for Recurrence, The Economics of Neuroscience 6 (2004); M. M. Weissman, Advances in Psychiatric Epidemiology: Rates and Risks for Major Depression, American Journal of Public Health 77 (1987).

15

Dave E. Marcotte, Virginia Wilcox-G?k, and D. Patrick Redmon, Prevalence and Patterns of Major Depressive Disorder in the United States Labor Force, The Journal of Mental Health Policy and Economics 2 (1999).

16

Kenneth S. Kendler et al., The Structure of the Genetic and Environmental Risk Factors for Six Major Psychiatric Disorders in Women: Phobia, Generalized Anxiety Disorder, Panic Disorder, Bulimia, Major Depression, and Alcoholism, Archives of General Psychiatry 52, no. 5 (May 1995); Kenneth S. Kendler et al., Stressful Life Events, Genetic Liability, and Onset of an Episode of Major Depression in Women, American Journal of Psychiatry 152, no. 6 (June 1995).

17

Laura A. Pratt and Debra J. Brody, Depression in the United States Household Population, 2005–2006, NCHS Data Brief Number (2008).

18

Walter F. Stewart et al., Cost of Lost Productive Work Time among US Workers with Depression, Journal of the American Medical Association 289 (2003).

19

F. Bonnet et al., Anxiety and Depression Are Associated with Unhealthy Lifestyle in Patients at Risk of Cardiovascular Disease, Atherosclerosis 178, no. 2 (February 2005).

20

K. Andersen et al., Depression and the Risk of Alzheimer Disease, Epidemiology 16, no. 2 (March 2005).

21

M. J. Bos et al., Depressive Symptoms and Risk of Stroke: The Rotterdam Study, Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 79, no. 9 (September 2008).

22

Jane Leserman, HIV Disease Progression: Depression, Stress, and Possible Mechanisms, Biological Psychiatry 54, no. 3 (1 August 2003).

23

J. G. E. Janzing et al., The Relationship between Depression and Mortality in Elderly Subjects with Less Severe Dementia, Psychological Medicine 29, no. 4 (July 1999).

24

Keith Hawton, Suicide and Attempted Suicide, Handbook of Affective Disorders, ed. Eugene S. Paykel (New York: Guilford Press, 1992).

25

Laura A. Pratt and Debra J. Brody, Depression in the United States Household Population, 2005–2006, NCHS Data Brief Number (2008).

Купить: https://tellnovel.com/ru/lihi_robert/pobedi-depressiyu-prezhde-chem-ona-pobedit-tebya

Текст предоставлен ООО «ИТ»
Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию: Купить