



Ричард О'Коннор
Депрессия отменяется. Как вернуться
к жизни без врачей и лекарств

Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=8899261

*Депрессия отменяется. Как вернуться к жизни без врачей и лекарств / Ричард О'Коннор: Манн,
Иванов и Фербер; Москва; 2015
ISBN 978-5-00057-413-3*

Аннотация

Депрессия – тяжелейшая и распространенная болезнь. Ее появление вызвано множеством факторов. Но есть один фактор, который часто упускают из виду: наши собственные привычки. Эта книга поможет вам заменить шаблоны саморазрушающего поведения и вернуться к жизни, научившись мыслить, чувствовать и поступать по-новому.

На русском языке публикуется впервые.

Содержание

Предисловие	5
От автора	6
Введение	7
Часть I	12
Глава 1	12
Глава 2	20
Жизнь в депрессии	21
Эмоциональные навыки депрессии	22
Поведенческие навыки депрессии	23
Когнитивные навыки депрессии	24
Межличностные навыки депрессии	24
Депрессивное отношение к себе	25
Депрессивное отношение к своему телу	25
Глава 3	27
Глубокая депрессия	28
Дистимическое расстройство	29
Иные депрессивные расстройства	30
Различие без отличий	31
Биполярное расстройство	31
Депрессия, тревожность и стресс	34
Другие виды депрессии	36
Расстройство адаптации	36
Глубокая депрессия с психотическими симптомами	37
Атипичная депрессия	37
Депрессия, паника и фобии	37
Послеродовая депрессия (ПРД)	38
Сезонное аффективное расстройство (САР)	39
Глава 4	40
Заболевание, вызывающее само себя	41
Стрессы	43
Порочный круг	43
Травма, стресс и депрессия	45
Что хорошего в депрессии	47
Часть II	49
Глава 5	49
Глава 6	53
Научитесь чувствовать	55
Функции защитных реакций	56
Конец ознакомительного фрагмента.	57
Источники	

Ричард О'Коннор

Депрессия отменяется. Как вернуться к жизни без врачей и лекарств

Richard O'Connor

Undoing Depression

What Therapy Doesn't Teach You and Medication Can't Give You

Little, Brown and Company

Издано с разрешения Levine Greenberg Literary Agency и Synopsis Literary Agency

Книга рекомендована к изданию Наталией Куриковой

Правовую поддержку издательства обеспечивает юридическая фирма «Вегас-Лекс»

© Richard O'Connor, PhD, 2010

© Перевод на русский язык, издание на русском языке, оформление. ООО «Манн, Иванов и Фербер», 2015

* * *

Предисловие

Я начал свои публикации на эту тему почти двадцать лет назад. И мне одновременно приятно и страшно, что и сейчас очень многое по-прежнему актуально. Приятно, потому что можно с удовлетворением похлопать себя по плечу: мои наработки выдержали проверку временем. Страшно, потому что прогресс в понимании этого разрушительного заболевания и совершенствовании методов его лечения невелик. Иногда кажется, что мы все еще отстаем. Лекарственные препараты на деле значительно менее эффективны, чем рассчитывали специалисты. Предположение, что недостаток серотонина вызывает болезнь, также неверно. Депрессия продолжает распространяться, принимая масштаб эпидемии. По оценкам Всемирной организации здравоохранения и Мирового банка, она скоро станет самым дорогим заболеванием на планете – дороже СПИДа, рака и туберкулеза.

Несмотря на это, есть и обнадеживающие новости. Раньше непросто было научно обосновать утверждение, что «навыки депрессии» – то есть привычки, из-за которых так сложно выздороветь, – это, в сущности, нервные связи, изменяющиеся с улучшением образа жизни. Сегодня неврология подтвердила этот факт: когда мы избавляемся от привычек, старые нервные связи постепенно исчезают, заменяясь новыми, а трансформация поведения фиксирует их. С помощью концентрации внимания и практики *можно менять собственный мозг*. В то же время последние наработки в области психологии и поведенческой медицины дали миру действенные способы избавления от страданий и относительно конкретные, обоснованные методики, помогающие избежать депрессивных привычек. Теперь еще важнее поощрять больных депрессией усиленно заниматься собой, а также дать им такую возможность. Это цель моей книги.

От автора

Работая над книгой, я столкнулся с двумя языковыми проблемами. Одна – в том, что очень непросто найти термин, описывающий человека в состоянии депрессии. В различных контекстах можно говорить о пациенте, клиенте, жертве, страдающем, но все эти определения больше отображают точку зрения человека, использующего их в качестве ярлыка. Единственный известный мне описательный термин – «депрессивный». Однако у некоторых специалистов он ассоциируется с неоднозначной концепцией депрессивного характера, подразумевающей, что в самой личности человека есть какие-то черты, вызывающие это заболевание. Я не согласен с тем, что существует депрессивный характер, но утверждаю: депрессия влияет на характер и личность, поэтому использую термин «депрессивный» для описания такого образа жизни. Поскольку я причисляю себя к депрессивным людям, оставляю за собой право использовать это слово без каких-либо оценочных суждений.

Вторая проблема – употребление местоимений «он» и «она», когда пол человека, в общем-то, не имеет значения. Поскольку депрессию намного чаще диагностируют у женщин и этот феномен – предмет горячих споров в гендерной политике, тема становится деликатной и в моей книге. Если у автора-мужчины при описании больных депрессией преобладает местоимение «она», это может показаться отголоском бывшего господства мужчин в науке и культуре. Однако я считаю, что использовать в этом контексте только слово «он» – значит ретушировать очевидно большие страдания женщин. Мне неудобно и странно постоянно писать «он/она», поэтому я решил использовать местоимения мужского и женского рода попеременно, когда пол не имеет значения. В некоторых случаях это затруднительно, и тогда я прибегаю к абстрактному «он» для обозначения обоих полов.

Мы постарались собрать и изложить в книге информацию максимально полно и точно. Тем не менее ни издатель, ни автор не оказывают конкретным читателям профессиональных услуг и не дают советов. Идеи, процедуры и рекомендации, которые вы найдете на страницах этой книги, не должны заменять консультаций вашего лечащего врача. Все вопросы, связанные со здоровьем, требуют медицинского наблюдения. Ни автор, ни издатель не несут ответственности ни за убытки, ни за ущерб, вызванные любой информацией или советами, содержащимися в этой книге.

Введение

Почему выздоровление дается с таким трудом? Этот важный вопрос постоянно задают себе и пациенты, и психотерапевты. Если мы понимаем скрытый смысл и мотивы, лежащие в основе нашего поведения; видим, что оно повторяется вновь и вновь, не позволяя нам хорошо себя чувствовать и жить так, как мы хотим, *почему просто не перестать так себя вести?* Если в нашем распоряжении есть нужные лекарства, не дающие погружаться в черную бездну, если мы можем смотреть на себя и свое будущее хоть чуточку оптимистичнее, почему остаемся робкими, пассивными и замкнутыми? Почему упорно продолжаем вредить себе своим поведением, если видим, что это не ведет ни к чему хорошему? Чтобы ответить на этот вопрос, Фрейд пришлось изобретать мудреные теории об инстинкте смерти, провозглашающие, что кроме желаний созидать, наслаждаться и жить в нас живут противоположные и не менее сильные желания разрушать, мучиться и умирать. Мой опыт подсказывает намного более простой ответ. Люди упорствуют в саморазрушении, потому что *не умеют* вести себя по-другому, а все модели депрессивного поведения фиксируются в головном мозге. Как это исправить?

Я убежден: главная причина, по которой страдающие депрессией не могут выйти из этого состояния – несмотря на психотерапию, лекарства и поддержку близких, – в том, что они просто не способны представить себе альтернативу. Мы знаем, как «создавать» депрессию – в этом мы специалисты. Собственное восприятие мира годами влияет на личность и формирует очень специфический набор навыков. Мы начинаем вести себя, словно слепые от рождения. На самом деле незрячие люди очень тонко чувствуют звуки, запахи и многое другое; могут читать шрифт Брайля как обычную книгу; у них отличная память. Но бессмысленно просить их представить себе закат, цветок или картину Ван Гога: им не к чему обратиться, это выходит за пределы их опыта. Надеяться, что мы перестанем впадать в депрессию, – словно ждать от слепого человека внезапного прозрения. Но есть одно важное различие: со временем мы *можем* это сделать.

Положительным изменениям мешает многое, в том числе и неосознанные силы – главным образом страх. У нас вырабатываются защитные реакции, которые искажают реальность и заставляют смириться с депрессией или создают подсознательную убежденность, что мы не заслуживаем лучшего самочувствия. Люди учатся и растут над собой, накапливая опыт, но в состоянии депрессии человек боится и избегает опыта, полезного для выздоровления. По моему мнению, если упражняться, принимать вызовы и идти маленькими шажками, постепенно привыкая к тому, что страх не может убить, а порывы не разрушают, вполне реально увидеть альтернативу депрессии. Нарастающие дозы здорового поведения означают, что болезнь проходит.

Депрессия становится набором привычек, поведенческих навыков, мыслительных процессов, допущений и чувств, которые начинают восприниматься основой нашей личности. Их нельзя отбросить, не испытывая при этом определенного беспокойства, – их необходимо чем-то заменить. Выход из депрессии – как выздоровление после проблем с сердцем или алкоголизма. Грамотный кардиологический больной знает, что одних лекарств мало: придется навсегда изменить систему питания, заняться физкультурой, научиться справляться со стрессом. Человек, борющийся с алкоголизмом, понимает, что одно воздержание не поможет: надо овладеть эмоциями, изменить образ мыслей и отношения с окружающими. Больных депрессией в какой-то степени формирует и сама болезнь. Навыки, вырабатывающиеся вместе с этим недугом в тщетной попытке избежать боли – например, сдерживать гнев, изолировать себя, ставить на первое место других людей, быть сверхответственным, –

мешают выздоровлению. Это значит, что придется отказаться от депрессивных привычек, которые тянут на дно и делают человека уязвимым для рецидива заболевания.

В последнее десятилетие новые технологии помогли ученым заглянуть в работу мозга и привели к некоторому прогрессу в знаниях о депрессии. Сначала плохая новость: *депрессия повреждает мозг*. А теперь хорошая: *повреждения можно обратить*, практикуя сосредоточенность и внимание. На самом деле можно даже превзойти свою норму и почувствовать себя лучше, чем когда бы то ни было. Сегодня ученым известно, что мозг не просто сохраняет наш опыт. Каждое новое переживание меняет его: структурно, электрически, химически. опытом становится *сам мозг*. Если следить, какие переживания в него поступают, его можно изменить.

Из новых знаний о мозге можно почерпнуть еще один факт: *чтобы произошли изменения, важна практика*. Можно годами ходить к психотерапевту и в итоге довольно хорошо разобраться, почему мы зашли в тупик, но, проснувшись утром, по-прежнему ощутить депрессию. Лекарства могут дать силы встать с постели, но меняет мозг именно практика. Когда мы занимаемся чем-то новым, между ранее обособленными клетками головного мозга возникают связи. Соединения, поддерживающие депрессивное поведение, используются так активно, что похожи на сеть автострад, поэтому придется свернуть с шоссе и исследовать другие дороги. При должной практике в мозге появятся новые пути, и он станет выбирать их автоматически.

Чтобы преодолеть депрессию, потребуется новый набор навыков. Теперь мы понимаем: счастье – это навык, сила воли – навык, здоровье – навык. Навыки нужны для успешных отношений и эмоциональной отзывчивости. Мы знаем это, потому что практика не просто улучшает наше состояние, но и меняет мозг. Такой подход к жизни очень вдохновляет и помогает адаптироваться гораздо сильнее, чем мнение, что эти качества скупо розданы от рождения и от судьбы не уйдешь. Навыки, необходимые для излечения депрессии, станут пронизывать всю жизнь, и, если не бросать упражнений, в награду можно получить гораздо больше, чем просто выздоровление.

Моя цель – предложить больным депрессией *программу*. Члены обществ анонимных алкоголиков знают на своем опыте, что недостаточно просто бросить пить: лечебной программой надо жить. Как и алкоголизм, депрессия – хроническое заболевание, которое проходит, только если целенаправленно стараться изменить себя. В книге я объясняю, как депрессия влияет на ключевые элементы личности – чувства, мысли, поведение, отношения, обращение с собственным организмом, борьбу со стрессом. Как возникают привычки и как мы начинаем считать их естественными, частью самих себя, не понимая, что они лишь усиливают болезнь. Чтобы произошло настоящее выздоровление, надо от них избавиться и заменить новыми навыками, которые я детально опишу. Для больных депрессией приведенные ниже упражнения могут стать жизненной программой и помочь вернуть себе все богатство красок.

Я твердо верю, что человек способен справиться с депрессией, хотя одних лекарств и традиционной психотерапии для этого недостаточно. Теперь я могу подкрепить свою уверенность результатами научных исследований. Страшная ирония депрессии состоит в том, что заболевший начинает винить в этом самого себя. Надеюсь, мне удастся показать, что такое мнение – не непреложный факт, а лишь один из симптомов заболевания, и для полного выздоровления людям нужны новые инструменты и практика их использования. У меня было преимущество: я мог обращаться к многочисленным исследованиям и клиническому опыту, накопленным за последние 30 лет. Они подсказали новый стиль мышления, действий, отношений и чувств – стиль, призванный заменить старый, неэффективный образ жизни, который зачастую только все портит. Работа в клинике помогла понять, как применять нова-

торские методики в реальной жизни. Наконец, мой собственный опыт борьбы с депрессией и выздоровления позволил проверить на себе, что полезно, а что нет.

Когда мне было пятнадцать, мама совершила самоубийство в подвале нашего дома. Я вернулся из школы и обнаружил, что дверь заперта, а в окне – мамина записка, что она ушла в магазин и мне надо подождать у соседей. Я почувствовал неладное, решил залезть в дом через окно, и тут приехал с работы отец. Тело мы нашли вместе.

Мама сидела за столом, за которым я играл с набором юного химика. На голове у нее был полиэтиленовый пакет: в него она засунула трубку лабораторной горелки и открыла газ. Потом я узнал, что перед этим мама приняла летальную дозу снотворного, которым торговал отец – представитель фармацевтической компании. Тело успело остыть: видимо, она начала готовиться уже с утра, вскоре после того, как мы ушли из дома. Это не было попыткой привлечь внимание или мольбой о помощи: она хорошо позаботилась о том, чтобы уйти из жизни наверняка.

За два года до этих событий мама казалась счастливой, уверенной в себе и открытой. Я помню, как она радовалась, собираясь на вечеринки, как пела шлягеры сороковых, когда вечером они с папой ехали на машине. Сегодня, размышляя об этом, я понимаю, как сильно мою жизнь определила необходимость понять, что с ней произошло.

Нужно было понять и себя, потому что мне приходилось бороться с депрессией. Довольно хорошо подготовленный и опытный психотерапевт, я очень долго ее не осознавал. Несколько раз оказывался на месте пациента, но никогда не ставил себе диагноза, убеждая себя, что помощь специалиста нужна лишь для личного роста. И это несмотря на то, что иногда я много пил, отстранялся от близких, едва мог работать. Случалось, по утрам мне была отвратительна сама мысль, что настал новый день и жизнь продолжается. Я много раз подумывал о самоубийстве, однако не смог бы простить этого поступка себе, как не смог простить матери. У меня семья, дети, пациенты, коллеги, и я не имел права причинить им такую боль. Тем не менее я подолгу чувствовал себя несчастным, безнадежным и безрадостным, и очень хотелось найти выход. Думаю, эти дни, наконец, в прошлом, хотя любой, кто хоть раз пережил депрессию, понимает: никогда не знаешь наверняка. Хотя я не опустился на самое дно, последствия дают о себе знать: я продолжаю бороться с депрессивными эмоциональными привычками. Однако если понимаешь, что борьба будет долгой, проще справиться с кратковременными падениями. И прогресс очевиден.

Я тридцать лет занимался психическим здоровьем людей: был психотерапевтом, заведующим отделением, директором клиники. Я изучал психоанализ, системную семейную психотерапию, биохимические и когнитивные методики, практику осознанности и множество других способов понимания людей. У меня были отличные учителя и прекрасные пациенты. Не претендую на окончательное решение всех связанных с депрессией проблем, но вы не много найдете людей с подобным опытом, как личным, так и профессиональным.

Сегодня я убежден, что специалист по психическому здоровью не поймет депрессию, если не испытал ее на себе. В области моей профессиональной деятельности постоянно зарождаются, процветают и господствуют «всеобъемлющие» теории, которые затем

рушатся в свете новых противоречащих данных. Видимо, многим психологам и психиатрам интереснее не искать практические способы лечения своих пациентов, а заниматься теоретизированием, подгоняя наблюдения под уже существующие концепции или разрабатывая новые постулаты, которые все объяснят. Они весьма далеки от реальной жизни. Теперь я понимаю, что простая, монофакторная теория депрессии невозможна. Это заболевание отчасти обусловлено генетически, отчасти – детским опытом, стилем мышления, строением головного мозга, умением справляться с эмоциями, другими моментами. Депрессия затрагивает все наше существо.

Представьте, что благодаря медицине мы сможем достоверно выявлять болезни сердца, при этом ничего не зная о влиянии физических упражнений и холестерина, соли и жира, стресса и усталости. Пациенты, которым поставили диагноз, будут хвататься за любую соломинку в надежде выздороветь. Некоторые прекратят заниматься спортом, а некоторые возьмутся за него с утроенной силой. Одни будут избегать стрессовых ситуаций, а другие кинутся принимать лекарства для снижения давления крови, не подозревая, что нездоровое питание сводит на нет всю пользу от таблеток. Многие умрут раньше времени. Кому-то посчастливится выздороветь. Без хороших контролируемых научных исследований врачи не узнают, что приводит к смерти, а что – к выздоровлению.

По отношению к депрессии мы находимся именно в таком положении. Нам дают всевозможные ничем не обоснованные советы, одни из которых полезны, другие – нет. Часть из них придумали просто для того, чтобы что-то продать. Пациенты не имеют представления, что именно поможет им поправиться, хотя на самом деле об исцелении от депрессии известно многое. Не все вписывается в красивые рамки теорий, разрозненные факты сложно объединить, но тем не менее этими знаниями можно воспользоваться.

Депрессия – сложное состояние, размывающее принятые на Западе представления о границах между телом и разумом, врожденными качествами и воспитанием, нашей личностью и другими людьми. По-видимому, у многих пациентов этому состоянию предшествовали травмы, перенесенные в детстве лишения и утраты. Большинство жалуются на трудное детство или сложности в старшем возрасте, повлиявшие на низкую самооценку, чувствительность к неприятию, неуверенность в себе и неспособность наслаждаться жизнью. Но эти наблюдения верны не для всех. У некоторых больных в анамнезе нет стресса, они кажутся очень стойкими, хорошо интегрированы в общество, и депрессия развивается у них внезапно, неожиданно – в ответ на жизненные перемены. Очевидно, что заболевание имеет и биохимическую составляющую, поэтому многим помогают медицинские препараты, хотя большинству пациентов одних таблеток мало.

Но где бы ни были корни депрессии – в детских переживаниях или в текущем состоянии мозга, – выздоровление придет только благодаря постоянным волевым усилиям и самодисциплине; управлению эмоциями, поведением и отношениями с другими. Это суровая правда, потому что пациент не виноват в своем самочувствии. Получается несправедливо: чтобы помочь себе, ни в чем не повинным пациентам придется крепко потрудиться. Вдобавок людям в состоянии депрессии постоянно советуют взять себя в руки, собраться, не давать слабину, а это самый жестокий и нечуткий совет, который только можно представить. Кроме рекомендаций я хочу дать руководство и поддержку, чтобы помочь заболевшим найти в себе необходимые для выздоровления ресурсы.

Депрессия делает человека беспомощным, как будто не умеющим плавать. Он напрягается, пытается решить проблемы, но все усилия бесплодны, потому что не хватает умения удержаться на плаву. При этом заболевании идет настоящая битва между разными сторонами нашего «я». Человека тянут вниз тени, духи, аспекты личности, с которыми он не справляется и не может от них избавиться. Чем больше пациент старается, тем больше повторяет то, что умеет делать, и тем хуже становится его положение. Когда близкие пытаются помочь

и выражают естественную заботу и беспокойство, больной депрессией их отталкивает, а потом чувствует еще большую вину за то, что не справился самостоятельно.

Люди, страдающие депрессией, должны научиться жить иначе и с собой, и с окружающими: приобрести новые эмоциональные навыки. Это требует практики, согласованности, гибкости. Вместо того чтобы в панике шлепать руками по воде, нужно освоить эмоциональные привычки, похожие на спокойные, ритмичные движения пловца; научиться держаться на плаву, чувствовать себя комфортно в этой стихии. Такие люди обычно отличные борцы, однако бороться – значит утонуть. Лучше постараться сделать так, чтобы вода сама поддерживала человека.

Для меня, безусловно, эта книга глубоко личная. Я хочу, чтобы потенциальные самоубийцы остались живы, хочу избавить людей от ненужных страданий. Сейчас для этого можно сделать намного больше, чем во времена моей мамы или даже в моей молодости. Надежду дают психотерапия и медицинские препараты. Освоение методик самоконтроля, навыков коммуникации и самовыражения, проверка представлений о мире и себе самом может подарить человеку, не знающему почти ни о чем, кроме депрессии, шанс жить полной жизнью.

Когда я работал в психиатрической клинике, был глубоко поражен, как много людей даже не подозревают, что у них депрессия. Обычно они обращаются за помощью не потому, что отвратительно себя чувствуют, а потому, что в их жизни что-то начинает идти не так: не слушаются дети, появляются проблемы в семье или на работе. Но вскоре становится ясно: у посетителя уже некоторое время депрессия, а семейный конфликт и профессиональные сложности – ее проявление, а не причина. Если бы помощь пришла раньше, жизнь не пошла бы под откос. Эти люди практически заходят в тупик – перестают испытывать радость, теряют надежду, утрачивают амбиции, чувствуют беспомощность и постоянное расстройство и при этом *думают, что так и должно быть.*

А так быть не должно.

Часть I

Что мы знаем о депрессии

Глава 1

Понять депрессию

Вокруг нас бушует эпидемия депрессии. Все указывает на то, что это заболевание начинается раньше, длится дольше, протекает тяжелее и поражает больше людей, чем было до сих пор. Депрессия не собирается отступать, как бы мы ее ни игнорировали и ни презирали. К ней надо относиться как к важнейшей медицинской проблеме, однако это не так просто. Пугает сама идея: мы воспринимаем депрессию как погружение в безумие и поэтому избегаем этой темы. Появляется естественное желание забыть о проблеме – в надежде, что у нас к ней иммунитет. Можете вспомнить, когда вам было больно? Большинство людей при этом вопросе вздрагивают, но не в состоянии описать боль или пробудить это ощущение в своей памяти. Мы подавляем его, отталкиваем от себя, стараемся не вспоминать и поэтому можем спокойно жить. Но когда слышим звук, например, стоматологической бормашины, чувство боли внезапно оживает во всех подробностях. Тот же самый психологический трюк проделываем и с депрессией. Мы все ее ощущаем, но считаем, что надо изгнать ее из памяти. Проще думать, что депрессия может поразить кого угодно, кроме нас.

Но заболеваемость постоянно растет, и она подбирается все ближе и ближе. С 1900 года «возраст первой депрессии» с каждым поколением снижается, а риск столкнуться с ней в течение жизни увеличивается^[1]. По самым официальным, осторожным оценкам примерно 6,7 % американцев² хоть раз в жизни испытывают тяжелую глубокую депрессию^[2]. Если прибавить к этому так называемые легкие формы, думаю, показатель превысит 25 %. Итак, каждый четвертый встреченный вами человек, вероятно, в какой-то момент своей жизни сталкивался с серьезной депрессией, а у каждого пятого она есть прямо сейчас. По данным исследователей, почти 20 % населения соответствуют критериям одного из видов депрессии в каждый момент времени, и это не просто плохое настроение, которое пройдет на следующей неделе, а реальные жизненные проблемы^[3].

Эпидемия депрессии – не показатель результата растущей информированности о заболевании. Это реальный рост в жестких показателях^[4]. Причем подобный феномен проявляется не только в американской или западной культуре. Недавнее сравнительное исследование, проведенное на Тайване, в Пуэрто-Рико, Ливане и ряде других стран, показало, что с каждым поколением депрессия начинается все раньше, и в течение жизни риск заболевания продолжает расти^[5]. Пятнадцать процентов больных глубокой депрессией кончают жизнь самоубийством.

Клиническая депрессия – серьезное, часто смертельное заболевание, которое сложно выявить. Однако специалисты по экономике здравоохранения полагают, что оно приводит к не меньшей нетрудоспособности, чем слепота или паралич конечностей^[6]. Депрессия занимает второе место среди самых дорогих заболеваний с точки зрения экономического бремени для общества. Эта неожиданная информация пришла из Всемирной организации здра-

¹ Примечания, не заключенные в фигурные скобки, – авторские библиографические примечания. *Здесь и далее, если не указано иное, прим. ред.*

² Статистические данные в этой книге отображают положение дел в США. В какой-то мере их можно считать усредненными по отношению к европейским странам.

воохранения и Всемирного банка, измеривших потерянные из-за болезни годы здоровой жизни^[7]. По их оценкам, прямые затраты на лечение, необходимая медицинская помощь, снижение производительности труда и сокращение продолжительности жизни в 2000 году только в США составили 83 млрд долларов в год^[8]. По экономическому урону депрессию опережает только рак, и она сопоставима с заболеваниями сердца и СПИДом. Ежегодное число самоубийств в США (33 тыс. человек!) примерно в два раза выше, чем смертность от СПИДа^[9], и сокращения не наблюдается. При этом влияние депрессии лишь усиливается: если текущая тенденция сохранится, у сегодняшних детей она появится уже где-то в двадцатилетнем возрасте, а не после тридцати, как раньше^[10]. Несмотря на это, всего треть больных продолжительной депрессией когда-либо принимали антидепрессанты, и лишь немногие из них получали адекватное лечение^[11].

Вы можете спросить: если я прав и депрессия и в самом деле так опасна и распространена, где же Большой национальный фонд, возглавляющий борьбу с этим заболеванием? Где телемарафон Джерри Льюиса³ или Ежегодный пробег против депрессии? Ответ очевиден: проблема в стигматизации⁴ заболевания. Слишком многие продолжают считать депрессию слабостью характера и уверены, что человек должен сам вытягивать себя за косичку из болота. Шумиха, раздутая вокруг новых антидепрессантов, только повредила делу: стало нормой мнение, что для выздоровления достаточно просто принять таблетку. Такое отношение разделяют очень многие: иметь депрессию стыдно, неудобно. И это довольно жестоко: вместо того чтобы признать свою болезнь и понять, что самобичевание – ее симптом, человек клянет себя за слабость и бесхарактерность. Поскольку так думают сами больные, нельзя сделать шаг вперед и изменить убеждения людей, бездумно подпитывающих свои негативные стереотипы. Мы прячемся, чувствуем себя несчастными и проклинаем себя же за это.

В этом маленький грязный секрет экономики психиатрии: если у вас депрессия, вы считаете, что не стоит тратить деньги на лечение, и при этом чувствуете себя виноватым в своей ненадежности и низкой работоспособности. Государству выгодно, чтобы вы чувствовали вину за свое состояние, и оно рассчитывает сэкономить на медицинской помощи, усугубляя тем самым вашу депрессию.

С 1987 по 1997 год отношение к депрессии в США сильно трансформировалось, и эта тенденция, скорее всего, продолжится. Доля лечащихся от депрессии утроилась. Однако это произошло исключительно за счет появления на рынке новых лекарств. В 1987 году антидепрессанты принимали 37 % лечащихся от депрессии. В 1997 году таковых было уже 75 %. Тем временем доля лиц, получающих психотерапию, сократилась с 70 до 60 %, снизилось и среднее число терапевтических сеансов^[12]. К 2004 году каждый третий визит американок к врачам оканчивался назначением антидепрессанта^[13]. Большинство экспертов согласны, что наиболее эффективно работает сочетание медикаментозного и психотерапевтического лечения. Однако исследований такой комбинации практически не проводится, поскольку науку финансируют фармацевтические компании, не заинтересованные в обосновании подобных выводов. Таким образом, психотерапия при депрессии стала исключением, а рецепт от врача – нормой. Депрессия превратилась в чисто химическую проблему, а необходимость заниматься жизненными стрессами отпала.

Затем начали просачиваться сведения, что лекарства, в общем-то, не так уж и хороши. Мы узнали, что при тестировании они оказались лишь немного эффективнее таблеток с сахаром и что исследователи пользовались показателями, специально придуманными ради пре-

³ Льюис, Джерри (Lewis Jerry, род. 1926, США) – актер, режиссер и писатель. С 1966 г. много лет проводил ежегодные телемарафоны по сбору средств на борьбу с мускульной дистрофией.

⁴ Стигматизация – приписывание кому-либо определенных, чаще всего негативных характеристик по формальным обстоятельствам.

увеличения достоинств этих препаратов, а в долгосрочной перспективе у принимавших их людей возникали рецидивы заболевания. Выяснилось, что побочные эффекты намного более распространены и серьезны, чем нам пытались внушить, и от депрессии нельзя отмахнуться как от некоего химического дисбаланса в организме.

Несмотря на растущую осведомленность населения и всевозможные таблетки, депрессию продолжают диагностировать удивительно редко. В исследовании, показавшем значительный рост популярности лечения, отмечено и то, что большинство больных вообще не получают помощи. Многие вообще не подозревают, что больны. Когда я работал в центре психического здоровья сельских районов штата Коннектикут, к нам два-три раза в неделю приходили новые пациенты, жалующиеся на беспокойство и подавленность, проблемы со сном и другие физиологические симптомы. Они утратили амбиции и надежду, ощущали себя одинокими и отверженными, их мучили чувство вины и навязчивые мысли. Некоторые даже подумывали о самоубийстве, но все равно не называли это депрессией. Они просто пришли к выводу, что в жизни все не так и с этим ничего не поделаешь. Такие люди шли к врачу с болью и недомоганием, бессонницей, упадком сил и получали бесполезные рецепты и процедуры, если их вообще не отправляли домой как ипохондриков. Некоторые занимались самолечением с помощью алкоголя и наркотиков. Их семьи не знали, что делать: не помогало ни морализаторство, ни сочувствие. В итоге человек фактически в состоянии депрессии попадал в порочный безвыходный круг. Такая жизнь очень мучительна, особенно если обвинять во всем себя и не понимать, что дело в болезни.

Без должного лечения эта проблема разрушает жизнь. Мужчины, у которых рано (до 22 лет) началась глубокая депрессия, в два раза реже женятся и вступают в интимные отношения, чем те, у которых депрессия началась позже или не случилась совсем. Женщины с ранним приходом депрессии в два раза реже оканчивают вуз, и их доходы значительно ниже^[14].

Настоящая трагедия в том, что в области психического здоровья, где, в принципе, мало что можно сделать, депрессия – одно из немногих заболеваний, поддающихся успешному и эффективному лечению. Многие качественные, объективные исследования показали, что терапия работает и большинство пациентов быстро идут на поправку. Хотя часто полное выздоровление – медленный и сложный процесс, оно достижимо.

Дженет поступила в психиатрическую больницу с острой депрессией. Она была очень взволнованна и смущена, не могла собраться с мыслями, не могла ходить за покупками и заботиться о детях. Ее преследовали суицидальные мысли и порывы, хотя сознательно она не хотела лишиться себя жизни. Дженет не могла заснуть, чувствовала безнадежность и беспомощность, совершенно потеряла интерес к повседневной деятельности. Она была убеждена, что сходит с ума.

Все это, по-видимому, началось после того, как Дженет обнаружила, что муж ей изменяет. Вероятно, ему стало стыдно, и он пообещал, что это больше не повторится, но для нее мир рухнул. За несколько недель ее способность нормально функционировать резко ухудшилась. Муж отвез ее к семейному врачу, и они вместе пришли к выводу, что нужна неотложная госпитализация.

Проведя неделю в психиатрической клинике, Дженет стала чувствовать себя намного лучше. Незадолго до выписки она съездила на выходные домой. Все шло хорошо, пока она не нашла письмо от любовницы мужа, написанное во время ее нахождения в больнице. Муж снова попытался убедить Дженет, что все в прошлом, однако ее состояние резко ухудшилось, и пришлось провести в лечебнице еще несколько недель.

Депрессия – непростое состояние, которое полезно рассматривать как заболевание. Биохимические процессы в головном мозге во время депрессии отличны от нормы, и аналогичные отличия можно найти у выглядящих «депрессивными» животных. В долгосрочной перспективе она, по-видимому, приводит к отмиранию мозговых клеток и сокращению некоторых областей мозга (см. главу 4). Если помочь пациенту понять, что он болен, можно в значительной мере избавить его от чувства вины и самобичевания, сопровождающих депрессию. Люди могут научиться иначе реагировать на стресс, принимать меры, чтобы значительно уменьшить приступы в будущем.

Но если это заболевание, почему оно появляется? Если бы муж Дженет не ходил налево, впала бы она в депрессию или нет? До начала болезни ничто не указывало на ее уязвимость. Дженет полагает, что у нее был срыв, и считает себя психически больной, но разве это не потому, что муж оказался подонком? Дело в самой Дженет или в ее браке? Если второе – каким образом таблетки могут помочь ей почувствовать себя увереннее и способнее? Если дело в Дженет, может быть, какая-то часть ее личности видит правду яснее, чем она и ее муж способны признать?

Очень многие пережившие настоящую депрессию легко соглашаются, что в них произошли некие биохимические изменения. Перепады настроения, искажение восприятия себя и мира представляются им такими глубокими и всеобъемлющими, что интуитивно кажется разумным считать: наше «я» подверглось нападению чего-то чужеродного. Мы не чувствуем себя собой. Что-то очень мощное извне вторглось и изменило нас.

Но при первом столкновении с этим заболеванием большинство признают, что чувство, кажущееся таким чужим, зловеще знакомо. Они вспоминают, как много раз в детстве и подростковом возрасте ощущали себя точно так же – одинокими, беспомощными, покинутыми. Может быть, в их воспоминаниях родители остались добрыми и любящими, и они сами удивляются, почему чувствовали себя настолько нелюбимыми. Вероятно, они считали, что надо быть идеальными, и очень сильно старались, но терпели поражение и понимали тщетность своих попыток. Став взрослыми, они решили, что выросли из этого, но вот все повторяется. Уинстон Черчилль называл свою депрессию черным псом – знакомым зверем, который вечером тихо входит в комнату и садится у ног.

Депрессия – это заболевание разума и тела, прошлого и настоящего. В психиатрии идут бои между противоборствующими лагерями: одни хотят лечить головной мозг, а другие – психику, и вторые проигрывают^[15]. Сторона, желающая лечить мозг, имеет полную поддержку фармацевтической индустрии, классической медицины и жадных до сенсаций СМИ. К несчастью, пациенты вынуждены метаться меж двух огней. Семейный врач при поддержке фармацевтических компаний, скорее всего, посоветует: «Примите эту таблетку», – и если она не сработает, страдалец получит очередное поражение в и без того долгом списке. Специалист по психическому здоровью, видимо, скажет: «Давайте об этом побеседуем», – и пациент может почувствовать, что к нему относятся снисходительно, его не понимают, ибо как простой разговор может облегчить это ужасное состояние?

Это не вопрос «или – или». Верны оба подхода. Психотерапия и лекарственные препараты могут вызывать в работе головного мозга схожие изменения^[16]. Во время депрессии имеют место биохимические процессы, но личность становится уязвимой для заболевания из-за жизненного опыта. Текущий приступ может восприниматься как внешнее событие, но это событие было приведено в действие изменением в работе мозга.

Роберту было за тридцать, когда он на 14 месяцев слег в постель. Он не хотел признаваться самому себе, что это была глубокая депрессия. Высокоинтеллектуальный человек, он вдруг занялся поиском смысла жизни. Не в состоянии ответить на экзистенциальные вопросы, не находил причин вставать, хотя не чувствовал и подавленности – просто пустоту. Жена

делала все, чтобы вытащить его из кровати, – приглашала докторов, членов семьи, взывала к чувству долга по отношению к детям. Между супругами началось горькое противоборство. Но однажды, когда жена уже сдалась, Роберт решил встать и вернуться к работе. Я познакомился с ним пятнадцать лет спустя. У него бывали и другие приступы, на недели сваливающие его в постель, но они никогда больше не были такими продолжительными. Несколько лет назад он развелся: жена устала от его холодности.

Роберт решил начать лечение, потому что боялся скатиться к старым привычкам. Теперь он жил один, и его дом был буквально завален хламом. Бывали дни, когда он просто не мог встать, а если это удавалось, начало любых дел он по-прежнему все время откладывал и не мог с собой справиться. Его беспокоила жена, развернувшая грязный бракоразводный процесс. Он все так же не видел в жизни никакого смысла, но хотел разобраться с разводом. Роберт категорически возражал против любых лекарств, а поскольку во время нашей совместной работы у него ни разу не было существенных приступов депрессии, я не настаивал.

Семейный анамнез Роберта очень типичен для депрессивных мужчин: критичный, отстраненный и враждебный отец и самовлюбленная ограниченная мать. Он чувствовал, что не способен ни удовлетворить папу, ни заинтересовать маму, но, поскольку дети не могут смотреть на родителей объективно, они встраивают в свою личность отношение родителей к ним. А если к вам долго относятся как к мусору, вы начинаете себя чувствовать соответственно. Ребенок не понимает, что отец слишком придирчив, – просто чувствует, что не соответствует его стандартам. Вместо того чтобы осознать холодность матери, ребенок думает, что его никто не сможет полюбить. Эти ощущения переходят во взрослую жизнь и становятся основой характерологической депрессии – существования без радости и надежды.

Я решил использовать сильные черты Роберта: его ум, интеллектуальный интерес к смыслу жизни и понимание, что мир чувств для него – чужая территория. Чтобы он смог лучше понять свое состояние, предложил кое-что почитать. Роберта захватила книга Алис Миллер *Prisoners of Childhood*⁵: она очень точно описывала его детство и родителей. Он узнал, что депрессия не чувство, а неспособность чувствовать, и начал понимать, что, когда его тянет в постель, это реакция на какое-то межличностное событие. Теперь он хотел научиться реагировать правильно.

Впоследствии у Роберта начались отношения с Бетти. С его разрешения девушка пришла ко мне. Ее привязанность к моему пациенту была очевидна, но особенно меня обрадовал ее подход – «жестокость из милосердия». Она помогла Роберту открыть двери в мир чувств, не давала ему отступать, поддразнивала и подшучивала над ним, вытаскивая из холодности. Он же был так взволнован ее очевидной любовью, что не позволял себе действовать по привычному сценарию – как отчужденная, поглощенная собой глыба льда. Вместо постоянных раздумий о смысле жизни он впервые начал этой жизнью наслаждаться.

⁵ Издана на русском языке: Миллер А. Воспитание, насилие и покаяние. М.: Класс, 2010.

Кризис в лечении наступил через несколько месяцев. Бетти решила переехать из нашего маленького городка, в котором для нее не было работы. В другом штате у нее были родственники, которые помогли бы начать все с нуля. Роберт тоже мог бы туда приехать, но внезапно у него появились навязчивые мысли. Его пугало, что жена проникнет в дом и похитит что-то – то, что не должно попасть ей в руки, по его мнению. Головой Роберт понимал, что это беспокойство – суший пустяк по сравнению с открывающимися перспективами. Он научился понимать депрессию и видел, что просто транслирует беспокойство, связанное с переменами и обязанностями, на более простые вещи. Тем не менее ему было очень сложно выбросить все это из головы, и мне пришлось заставить его представить жизнь без Бетти во всех подробностях.

Я вновь встретил Роберта через три года: он приехал в наш городок на очередное судебное заседание в нескончаемом бракоразводном процессе. Они с Бетти жили вместе, он работал и был счастлив. Как минимум три года у него не было никаких признаков депрессии.

Так что же помогло Роберту? Психотерапия? Его отношения с Бетти? Что-то другое? Насколько деструктивным был его брак? Ведь то, что Роберт слег, было как минимум отчасти уходом от нытья жены. Может быть, лекарства помогли бы ему быстрее, а может, и эффективнее?

Для понимания ситуации надо задаться вопросом: что заставило Роберта и Дженет реагировать на жизненные стрессы именно так, как они это делали? Этим они и отличаются от других. Многие жены в положении Дженет поставили бы под вопрос свой брак, а не самих себя. Другие просто отмахнулись бы от романа мужа. Что сделало Дженет такой уязвимой? Почему Роберт так долго лежал в бездействии, а потом в один прекрасный день взял себя в руки? До какой степени вклад в депрессию внесли его холодность и неспособность чувствовать, казавшиеся частью его личности?

Уильям Стайрон, лауреат Национальной книжной премии, написал книгу *Darkness Visible*⁶, посвященную своей схватке с депрессией. Он описывал свои переживания словом «безумие», считая, что «депрессия» просто не может выразить это состояние: «Это слабая тень слова для такой серьезной болезни... Плохое настроение перерастает в шторм – настоящую ревущую бурю в голове. Клиническая депрессия напоминает ее как ничто другое – и тогда даже несведущий обыватель выразит сочувствие, а не стандартную реакцию на слово “депрессия” – что-то вроде “Ну и что?”, или “Пройдет”, или “У всех бывают неудачные дни”»^[17].

Стайрон прав. Людям стыдно, что у них депрессия, они считают, что должны взять себя в руки, чувствуют себя слабыми и неполноценными. Конечно, все эти чувства – симптомы заболевания. *Депрессия – тяжелейшая, угрожающая жизни и намного более распространенная болезнь, чем может показаться.* Если вы считаете, что депрессия – это слабость и неполноценность, позвольте привести в пример ряд личностей, перенесших это состояние: Авраам Линкольн, Уинстон Черчилль, Элеонора Рузвельт, Зигмунд Фрейд, Терри Брэдшоу, Дрю Кэри, Билли Джоэл, Томас Бун Пикенс, Джоан Роулинг, Брук Шилдс, Майк Уоллес, Чарльз Диккенс, Джозеф Конрад, Грэм Грин, Эрнест Хемингуэй, Герман Мелвилл, Марк Твен.

В большинстве амбулаторных учреждений больные с депрессией составляют весомую долю пациентов. Мы в клинике наблюдали значительное расхождение между причиной обращения и диагнозом: только 12 % впервые обратившихся говорили, что депрессия –

⁶ Издана на русском языке: *Стайрон У.* Зримая тьма. М.: АСТ, 2013.

их основная проблема, однако у 45 % наших пациентов в результате диагностировали одно из депрессивных нарушений. Обычно человек приходит не потому, что распознал у себя депрессию, а когда она достигла той точки, в которой наступает жизненный кризис: семейные неурядицы, злоупотребление алкоголем и наркотиками, проблемы на работе. На приеме мы видим грустного, усталого, проигравшего человека, который не может спать, раздражителен, потерял надежду и проклинает за все это самого себя. Депрессия часто зреет в нас так медленно, что ни мы сами, ни наши близкие – никто не замечает изменений, с первого взгляда бросающихся в глаза объективному наблюдателю. Когда я впервые решил попробовать лекарственную терапию и проконсультировался со знакомым психиатром, то поинтересовался, не кажется ли ему, что у меня депрессия. Он удивился тому, что я об этом не знал.

Чаще всего депрессия наносит удар в начале взрослой жизни, однако 10 % детей переносят первый приступ еще до 12 лет, а 20 % пожилых людей сообщают о депрессивных симптомах. И тех и других на удивление мало лечат. По некоторым оценкам, от одной из форм депрессии страдают 6 млн лиц старшего возраста, но $\frac{3}{4}$ этих случаев остаются невыявленными и люди не получают лечения, несмотря на регулярный медицинский уход. От депрессии в пожилом возрасте отмахиваются как от неизбежности, но на самом деле она вызывается плохим здоровьем и нарушениями сна, а не горем, потерями или социальной изоляцией. Почти $\frac{3}{4}$ совершивших самоубийство пожилых людей в неделю перед смертью были у врача, но только в 25 % случаев доктор смог увидеть депрессию^[18]. В домах престарелых большинству пациентов дают какой-либо антидепрессант. Но в чем причина – в их депрессии или в том, что их хотят сделать менее чувствительными к условиям жизни? Если они видят, что мир обращается с ними как с ненужными и забытыми, и правы в этом, можем ли мы называть это депрессией?

25 % женщин и 11,5 % мужчин однажды испытывали приступ депрессии. Однако относительно низкая заболеваемость среди мужчин в действительности может содержать ошибку, связанную с методами диагностики. Наше общество запрещает мужчинам выражать и даже испытывать чувства, ассоциирующиеся с депрессией, и поэтому они уходят в алкоголизм и наркоманию, обращаются к насилию и саморазрушающему поведению. На каждую женщину, совершившую самоубийство, приходится четверо самоубийц-мужчин – резкая противоположность публикуемым данным^[19]. В культуре амишей⁷, где строить из себя мачо не принято, распространенность депрессии у обоих полов одинакова. Межполовые различия рассмотрены более подробно в главе 11.

Самоубийство – худший исход депрессии – официально стоит на десятом месте среди причин смерти в США^[20]. Я уже упоминал, что ежегодно в США регистрируется 33 тыс. самоубийств, однако истинная распространенность явления, вероятно, в два раза выше, так как полиция и судмедэксперты предпочитают не называть суицидом неоднозначные случаи смерти в одиночестве. Отнимает у себя жизнь один человек из каждых двухсот, и, хотя лично я считаю, что иногда самоубийство может быть рациональным выбором, избавлением от неизлечимой болезни или тяжелой инвалидности, размытость статистики свидетельствует: у нас нет надежных данных, сколько суицидов было вызвано депрессией, а сколько «рациональными» мотивами. По моему опыту, первых намного больше. Среди подростков частота самоубийств за последние 25 лет выросла в четыре раза. Несколько лет назад в маленьком городке рядом с моей клиникой восемь молодых людей покончили с собой в течение одного года. Они, как правило, недавно окончили школу, часто находились в состоянии интоксикации и до этого не подавали «аварийных сигналов». Рассерженный, огорченный, переживший внезапное разочарование ребенок напивается, берет в руки оружие, и до трагедии недалеко.

⁷ Амиши – христиане-протестанты, своеобразные староверы. Живут большей частью в США, отдельными колониями-поселениями, по старообрядческим канонам.

Когда я работал в Чикаго, познакомился с Джейн. Ее двадцатилетний сын застрелился, когда она спала в соседней комнате. Это был молодой парень, и никто не сказал бы, что у него депрессия: скорее, он был хулиганом. У него уже были приводы в полицию за мелкие правонарушения, в 15 лет его даже отправили в исправительную школу. После этого он жил то у Джейн, то у друзей, периодически работал, много пил и часто дрался.

Той ночью с Джимми произошли два неприятных события, которые, наверное, подтолкнули его к пропасти. Во-первых, в местном притоне он встретил бывшую девушку, и та изо всех сил старалась его достать. Потом в другом баре он столкнулся с отцом. Папаша, настоящий городской алкоголик, едва узнал сына. А когда узнал, попросил денег.

Домой он вернулся около полуночи. Мама проснулась, встала и спросила, чем может помочь. Он пил пиво и читал журнал, и вообще вел себя совершенно нормально, поэтому Джейн пошла спать. А Джимми отправился в свою комнату и написал короткое сообщение – скорее завещание, чем предсмертную записку. Он хотел, чтобы его мотоцикл, змея и охотничье ружье остались брату. Потом взял это ружье и застрелился.

Джейн постоянно спрашивала меня – почему. Я не мог сказать ей то, что казалось мне настоящим ответом на этот вопрос, потому что это было бы слишком жестоко. На мой взгляд, и она, и ее сын во многом стали жертвами случайности. Если взять группу импульсивных выпивающих молодых людей, в жизни которых есть алкоголь и неприятие, но не видно перспектив, и оставить их наедине с оружием, некоторые из них застрелятся. Кто именно отнимет у себя жизнь в конкретную ночь, решает лишь закон средних чисел. Есть ли у них депрессия? Безусловно, но они не могут в этом признаться или проявить ее.

Джейн похожа на большинство моих знакомых, переживших самоубийство близкого человека. С этим определенно нельзя смириться, но постепенно учишься с этим жить. Больше года она страдала от депрессии, мучилась ужасными головными болями (психосоматический симптом, имитирующий раны сына), не могла работать. Ее подавлял стресс, и она ходила от врача к врачу в поисках утоления боли. Антидепрессанты не помогали. Все, что я мог сделать, – это слушать ее скорбь. В конце концов приступы головной боли стали реже, и у нее стало появляться чуть больше жизненных сил. Но каждый раз, когда слышу о подростковых самоубийствах, я вспоминаю о ней.

Глава 2

Переживание депрессии

Ощущения депрессии каждый испытывал на себе. Всем нам иногда бывает грустно. Печаль, разочарование, усталость – нормальная часть жизни. Между грустью и клинической депрессией есть много общего, но разница между ними – как между насморком и пневмонией.

Депрессивные нарушения – это болезнь «человека в целом»: она поражает организм, чувства, мысли и поведение и вдобавок может заставить нас считать, что помощи искать бесполезно. Хорошая новость в том, что 80–90 % больных депрессией можно помочь. Однако есть и плохая новость: только один страдающий из трех стремится вылечиться. Еще хуже, что почти половина людей рассматривают депрессию как недостатки характера, а не болезнь или эмоциональное нарушение^[21]. И совсем плохо то, что всего половина всех случаев депрессии получает точную диагностику, а из этих случаев лишь каждый второй – адекватное лечение.

Мы путаем депрессию с грустью и горем. Однако противоположность ей не счастье, а жизнелюбие: способность испытывать полный спектр эмоций, включая радость, восторг, печаль и скорбь^[22]. Депрессия не эмоция, а потеря чувствительности, большое тяжелое одеяло, которое, наваливаясь, отрезает человека от мира и одновременно ранит. Это не грусть и не боль – это болезнь. Когда нам очень плохо, мы грустим; заняты собой и беспомощны – испытываем то же, что и люди в депрессии, однако они не способны избавиться от этого настроения без помощи извне.

Яркой чертой депрессии считается стабильно печальное настроение или пустота, иногда воспринимаемая как напряженность или беспокойство. Жизнь не приносит удовольствия. Люди с легкой степенью заболевания могут механически есть, работать, играть и заниматься любовью, но не видят в этом смысла. При более глубоком поражении человек отказывается от всего этого, чувствуя, что слишком устал, напряжен, что ему слишком горько. Часто появляются ноющая усталость, неспособность сосредоточиться, ощущение собственной бесполезности.

Переживание потери близкого человека или чего-то важного ранит, как депрессия, однако у действительно больных людей обычно занижена самооценка, присутствует чувство безнадежности, самобичевание, а это редко встречается в случае простого горя. В состоянии депрессии вы можете ощущать себя бессильной жертвой судьбы, но вдобавок считать, что лучшего и не заслуживаете. Если у вас горе, вы обычно помните, что однажды это пройдет.

С депрессией часто связан набор физических симптомов, ключевой из которых – нарушение сна. Некоторые не могут заснуть или рано просыпаются, без чувства свежести. Другие могут спать слишком долго, но и они не отдыхают. Очевидно, что бессонница ведет к повышенной утомляемости, эмоциональному отчуждению, замутненному мышлению, а это тоже симптомы депрессии. Может усиливаться или портиться аппетит, могут возникать проблемы в половой жизни, наблюдаются хронические и острые боли, не снимающиеся стандартным лечением. Тем не менее некоторые соматические проблемы – болезнь Лайма, диабет, заболевания щитовидной железы, анемия – вызывают симптомы, аналогичные признакам депрессии, а депрессия может провоцировать физические изменения, похожие на симптомы других болезней. Если вы чувствуете депрессию, важно убедиться, что в ее основе не лежат проблемы со здоровьем, поэтому надо пройти осмотр у лечащего врача. Однако если вы в курсе своих заболеваний и при этом испытываете депрессию, не думайте, что она исчезнет после того, как вы справитесь с физическими проблемами.

У больных часто присутствуют суицидальные мысли и порывы, вполне реален риск самоубийства. Некоторых такие идеи преследуют многократно, они их боятся, и это причиняет им боль. У других такие мысли появляются как гром среди ясного неба, без какой бы то ни было связи с эмоциями. Желание крутануть руль и врезаться во встречный поток возникает пугающе часто, хотя никто в этом не признается.

Для снятия депрессии многие прибегают к алкоголю или другим одурманивающим веществам, но это в лучшем случае приносит лишь временное облегчение, чаще же всего человек начинает еще больше ненавидеть себя за то, что поддался искушению. Алкоголь вначале используется в качестве антидепрессанта, но продолжительное употребление может привести к хронической депрессии и, без сомнения, не способствует принятию правильных жизненных решений – а это достаточный повод для депрессии.

После перечисления всех этих признаков может показаться, что человека в состоянии депрессии легко узнать. Это и правда несложно, если человек видит ее сам. Когда нормальное психическое состояние резко переходит в патологическое, депрессия воспринимается как нечто чуждое – как проблема, с которой нужно справиться. Но нередко болезнь постепенно становится частью «я»: человек не помнит и не может представить себе ничего другого, кроме этого депрессивного состояния.

Жизнь в депрессии

Симптомы депрессии причиняют боль, истощают, но особенно затрудняет выздоровление ее воздействие на внутренний мир. Из-за нее мы смотрим на жизнь по-другому. Болезнь меняет наш образ мыслей, заставляет чувствовать себя слабым, ни на что не годным. Она отбирает социальные навыки и вредит отношениям, полностью лишает уверенности в себе. Депрессия пронизывает все наше существо, как метастазы. А поскольку она вредит восприятию, мы становимся слепы к изменениям внутри нас, лишь изредка вспоминая, что когда-то были счастливы, уверены, активны.

Чтобы понять смысл своего существования в этом мире, предвидеть будущее и осмыслить прошлое, мы сплетаем легенды. Очень простая история – «Я нравлюсь Мэри». Если я так думаю, я допускаю, что она будет рада со мной встретиться и сможет понять мою точку зрения. Эта история выражена словами, но она влияет на мои чувства, поведение, даже на мой организм. Если я думаю, что нравлюсь этой девушке, мне, вероятно, будет хорошо рядом с ней. Я буду относиться к ней с большим вниманием, чем к другим, смогу чувствовать себя с ней в безопасности и расслабиться, а мой организм выделит меньше гормонов стресса. Это повлияет и на мои ожидания: в нормальных условиях я предположу, что буду ей симпатичен и дальше; что ей доставит удовольствие то же, что и мне; что она согласится с моим мнением. Поэтому истории, которые мы создаем, становятся самоисполняющимися пророчествами: в данном случае я отношусь к Мэри так, как если бы она мне нравилась, с ней я более открыт и расслаблен, и наша привязанность друг к другу будет расти.

Однако у людей в депрессии имеется целый ряд сильно искаженных историй, а поскольку это самоисполняющиеся пророчества, они поддерживают и укрепляют заболевание. Мы, пораженные этим недугом, отличаемся от других восприятием мира и самих себя, интерпретацией и выражением чувств, способом общения с окружающими. Считаем, что неспособны жить в соответствии со своими стандартами, а мир враждебен или отвергает нас. Мы пессимистично относимся к переменам. В отношениях с другими проявляем нереалистичные ожидания, не способны заявить о своих нуждах, ошибочно принимаем несогласие за неприятие, ведем себя беспокойно и неуверенно. Наконец, мы не имеем представления о человеческих эмоциях. Уже не помним, как это – нормально себя чувствовать, – и боимся, что истинные чувства разорвут нас на части или заставят других нас отвергнуть. Мы

учимся тому, что я называю навыками депрессии: отрицанию и подавлению чувств, стремлению обмануть мир, довольствоваться малым, ничего не требовать. Наши легенды становятся такими подробными и переплетенными, что мы создаем целый мир депрессии, грусти, безнадежности, разочарования и самообвинения, апатии и замкнутости в себе.

Основной посыл этой книги в том, что мы можем исправить и восстановить себя, научившись мыслить, чувствовать и поступать по-новому – то есть освоив конструктивное поведение. Когда мы пробуем новые навыки, сначала они кажутся нам чуждыми и неестественными, однако могут войти в привычку, стать частью нас, заменив собой прежнее бытие. Этот процесс меняет наши ожидания и восприятие. Вместо: «Я ничего не могу сделать как надо» – мы начинаем думать: «Я ничем не хуже других». Сейчас появилось много новых захватывающих исследований, доказывающих, что, если сосредоточенно, сознательно и не критично тренировать любой новый навык, мозг можно перепрограммировать. По мере того как мы тренируем новое поведение, оно становится все проще и естественнее, а поскольку депрессия – большой запутанный клубок, можно начать меняться с любого места. Скажем, просто встать утром с кровати и подумать, что, если потянуть за одну воображаемую нитку, хорошие последствия проявятся в разных областях нашей жизни.

Однако перед тем как двигаться дальше, позвольте объяснить, что я имею в виду, говоря о навыках депрессии. В состоянии депрессии человек трудится больше других, хотя усилия приносят ему мало радости. Благодаря тяжелой работе он отлично усваивает определенные навыки. Он становится похож на тяжелоатлета, качающего только верхнюю часть туловища: мышцы рук и торса у него будут мощные, а ноги довольно хилые – его легко сбить. Человек становится мастером депрессии: он сверхадаптирован и получает умения, которые в лучшем случае помогают ему продолжать идти вперед, а зачастую лишь портят дело.

Многие пережившие тяжелую депрессию свидетельствуют, что мучились годами, иногда десятилетиями, прежде чем хоть кому-то о ней сказали. Они чувствовали себя так одиноко и так себя винили, что, по их мнению, ничего нельзя было поделать, никто бы их не понял. При этом они выглядели нормально – жили своей жизнью, улыбались, добивались успехов в учебе, карьере и семейной жизни. Такая способность поддерживать хорошую мину при плохой игре – основной навык депрессии. Не каждый больной умеет постоянно обманывать окружающих, но каждый из нас ежедневно пытается это делать и, конечно, чувствует себя еще более отчужденно. Часто попытка самоубийства, срыв или психиатрическая госпитализация – как крик: «Смотрите! Я не могу больше играть в этом спектакле. Мне очень плохо! Помогите!» Это становится переломным моментом, ясным посланием себе и другим, что под внешним благополучием и хорошей миной скрываются страшные муки.

Мы учимся этим навыкам по необходимости. Сначала они выполняют свою функцию, но потом застревают в нашем мозге и становятся частью порочного круга, который укрепляет депрессию и затрудняет выздоровление. Вред от многих этих привычек очевиден или будет доказан в ближайшем будущем, поэтому сейчас я просто кратко их прокомментирую.

Эмоциональные навыки депрессии

• *Изоляция аффекта.* «Аффект» – просто синоним слова «эмоция». Изоляция вбивает клин между нашим опытом и ощущениями от него. Мы понимаем, что вокруг нас происходит, но не испытываем эмоций, которые вроде бы должны этому сопутствовать. Такая психологическая изоляция полезна хирургам, спасателям, полицейским – всем тем, кому надо сохранять спокойствие в экстремальных стрессовых ситуациях. Однако больные депрессией учатся не показывать свои чувства и даже не испытывать их, потому что в прошлом это только ухудшало их страдания. В некоторых семьях и в определенных условиях показывать,

как вы себя чувствуете, опасно: это дает другим оружие, которое будет использовано против вас. Но если человек отключает чувства, он становится «холодной рыбой» и отталкивает людей, которые могли бы стать его друзьями, так и не успев с ними познакомиться.

- *Соматизация.* Это выражение чувств или межличностных сообщений с помощью организма. Мы все знаем таких людей: они страдают от неустрашимых болей, не могут опраться от усталости, их раздражает множество стимулов, у них легко начинается рвота или имеется синдром раздраженного кишечника. Организм как будто говорит за них: «Ты мне ничем не поможешь», или «Мои мучения дают мне право на особое отношение», или «Я страдаю, поэтому не проси, чтобы я делал то, что должен». Соматизация позволяет людям выражать чувства, не неся за них ответственности.

- *Отрицание.* Вот пример: пациент с депрессией везет по городу взрослого сына, у которого отобрали права из-за вождения в нетрезвом состоянии, и выслушивает его нападки: «Что, нельзя ехать побыстрее? Ты вообще водить не умеешь. Вечно везде опаздываешь. Ничего не можешь нормально сделать». Когда пациент мне об этом рассказывал, его больше беспокоило плохое поведение сына, а не собственная пассивность под градом оскорблений. Когда я спросил, что он при этом чувствовал, пациент совершенно не отдавал себе отчета в своем гневе, но продолжал находиться в депрессии. Старое наблюдение, что депрессия – это гнев, обращенный внутрь себя, часто довольно верно.

- *Репрессия.* В наши дни получила два значения, причем оба важны для понимания депрессии. Первое противоположно изоляции: больной испытывает определенное чувство, но не отдает себе отчета, какое событие его вызвало: например, внезапный прилив грусти, незаметный для него, но очевидный для объективного наблюдателя. Таким событием могут стать критика, разочарование, мысль, промелькнувшее в сознании неприятное воспоминание. Само событие быстро забывается – подавляется разумом, но чувство остается. Здесь мы подходим к другому, более распространенному значению слова «репрессия» – «забыванию» событий, помнить о которых слишком болезненно. Это нередкий феномен при травмах – сексуальном насилии, военных действиях, катастрофах. Такие события, конечно, не забываются по-настоящему: они возвращаются в ночных кошмарах или проявляются как-то иначе. Во время депрессии человек, перенесший травмирующий опыт, использует репрессию, чтобы не впустить в сознание связанные с этим событием переживания.

К эмоциональным навыкам депрессии относятся также *интеллектуализация*, *проекция*, *экстериоризация* (переход действия из внутреннего плана во внешний) и *интернализация* (старый стереотип, в котором есть доля правды: мужчины обвиняют других, женщины – себя: неправы и те и другие), *зависимость от гнева* (варьирующаяся от вспышек раздражения до физического насилия; человек не принимает ответственности за свое поведение и ожидает, что его быстро простят), *ангедония* (полная потеря радости), *чувство безнадежности* и *апатия*, которые могут изолировать человека от ощущений. Я более подробно рассмотрю их в главе 6.

Поведенческие навыки депрессии

- *Прокрастинация.* Ее можно считать навыком, потому что она не дает вам выкладываться по максимуму. Всегда найдется отговорка: «Вот если бы у меня было больше времени!»

- *Вялость.* Если разум затуманен сидением перед телевизором, сонливостью, усталостью, можно упустить много возможностей. Но в состоянии депрессии шанс может казаться вызовом, которого надо избежать.

- *Работа до упаду, неспособность расставлять приоритеты, бездумное движение вперед.* Человек не проверяет, в верном ли направлении идет, и тем самым не берет на себя ответственность за принимаемые решения.

- *Навязчивое и компульсивное поведение.* Психологи понимают под этими моделями поведения связывание реальных экзистенциальных страхов с поведением и мыслями, которые можно в той или иной степени контролировать. Как мы увидим, депрессия и страх тесно связаны: одно вызывает другое, и образуется потенциально бесконечная петля обратной связи.

- *Агрессия, насилие и отыгрывание.* Насилие часто становится реакцией на стыд. Благодаря агрессии человек может снова почувствовать себя сильным, не сталкиваясь с тем, что изначально заставило стыдиться. К сожалению, потом обычно становится стыдно еще больше.

- *Виктимизация⁸ и самоповреждение.* По-садистски относясь к себе или позволяя это другим, человек может вновь почувствовать реальность, обрести сосредоточенность, спокойствие и контроль при сильных несчастьях. Этому процессу, а также другим поведенческим навыкам депрессии посвящена глава 7.

Когнитивные навыки депрессии

- *Пессимизм.* Ожидая худшего, мы защищаемся от разочарования. Многие в состоянии депрессии глубоко разочарованы брошенностью, изменой или насилием со стороны близких. Ожидания человека могут обмануть и другие события, например неспособность достичь целей.

- *Негативный внутренний диалог.* Мысли «я не могу», «я безнадежен», «у меня никогда не получится», «я отвратителен», «я в западне» бегут в голове человека, как громкая фоновая музыка. Я подробнее рассматриваю *внутреннего критика* в главе 9.

- *Пассивность.* Больные депрессией обычно считают, что на них действуют мощные внешние силы, они мало что решают в жизни и поэтому не влияют по-настоящему на свою судьбу.

- *Избирательное внимание.* Обращая внимание только на то, что подтверждает наши ожидания, мы избегаем стресса и чувствуем себя безопаснее в мире, который сами себе построили. Такое поведение становится автоматическим и бессознательным, поэтому мы не замечаем шансов выделиться, не видим любви и уважения со стороны других, красоты мира и так далее. Это помогает больному депрессией поддерживать стабильность.

- *Депрессивная логика.* Ее я обсуждаю в главе 8.

Межличностные навыки депрессии

- *Поиск сообщников* – ограничение социального круга людьми, которые не ожидают от вас многого.

- *Социальная изоляция,* избегание контактов, способных поставить под сомнение депрессивные мысли.

- *Зависимость,* перекладывание на других ответственности за свою жизнь.

- *Противозависимость.* Человек ведет себя так, как будто ему никто не нужен. Что-то вроде притворной независимости, хотя на самом деле страх в чем-то нуждаться велик и маскируется это холодностью или ложным превосходством.

- *Пассивная агрессия.* Я посвятил ей много места в главе 7.

⁸ Виктимизация – процесс превращения личности в жертву преступного посягательства, а также результат этого процесса.

• *Проницаемые границы личности.* Человек не определяет, какие действия, чувства и ожидания других должны на него влиять, а просто подвергается этому влиянию.

Депрессивное отношение к себе

• *Недостижимые цели – низкие результаты.* Мы полагаем, что должны совершать великие дела, при этом считаем себя некомпетентными и неспособными. Однако продолжаем пытаться: «На этот раз будет по-другому, на этот раз у меня получится, и тогда я буду счастливым».

• *Отсутствие целей – чрезмерное чувство вины.* Обратная ситуация: чтобы избежать разочарования, мы можем не ставить перед собой никаких целей. При этом человек в состоянии депрессии не вальяжный, довольный увалень, плывущий по жизни и не переживающий, что не старается по-настоящему.

• *Пассивная агрессия против самого себя.* Я оставляю наведение порядка на кухне на потом, потому сейчас чувствую себя слишком подавленным и загруженным. Но позже выхожу из себя и сержусь на самого себя, оставившего этот беспорядок. Кроме того, я буду чувствовать безнадежность и беспомощность, утвердившись во мнении, что никогда не изменюсь и никогда не поспею за жизнью. В главе 12 больше написано о том, как депрессивные люди вредят сами себе.

Депрессивное отношение к своему телу

- Циклическое изнеможение / упадок.
- Отсутствие физических упражнений.
- Пренебрежение медицинской помощью / обращение к шарлатанам.
- Защитное пищевое поведение: человек забывает свои чувства едой.
- Злоупотребление алкоголем и наркотиками.

Подобное пренебрежительное отношение или нанесение вреда организму считается навыком депрессии в том смысле, что помогает избежать столкновения с реальностью. Это прямое выражение уверенности, что мы не заслуживаем хорошего отношения к себе. В главе 11 эта тема рассмотрена подробнее.

Депрессия – вытеснение естественных, спонтанных и честных аспектов личности этими разрушительными навыками. Человек утрачивает часть себя, постепенно замолкают чувства и переживания, которые мы считаем неприемлемыми и изгоняем из нашей жизни. Чтобы выздороветь, надо восстановить эти потерянные элементы. «Истинная противоположность депрессии – не радость или отсутствие боли, а жизненные силы: свободное, спонтанное выражение чувств»^[23]. Это способность испытывать полную гамму нормальных ощущений в ответ на происходящее: радоваться хорошему, сердиться – когда вам наступят на ногу, грустить при разочаровании, с теплом и любовью относиться к своей семье, а не отгораживаться от реальности тусклой серой завесой. Когда во время сеансов психотерапии и в реальной жизни пациенты понимают, что, хотя прорывающиеся подавленные эмоции болезненны и выводят из душевного равновесия, их можно использовать для борьбы с депрессией, отношение к собственным чувствам начинает меняться. Они перестают избегать неприятных и волнующих переживаний, благодаря чему восстанавливается связь с потерянными аспектами личности, возвращается целостность и наступает выздоровление. Теперь, когда мы знаем, что деструктивные эмоциональные привычки возникают и действуют благодаря образованию новых связей в головном мозге, мы понимаем и то, что можно отучить себя от них и изменить свой образ жизни в лучшую сторону. А благодаря

практике новые навыки, которые поначалу могут казаться странными и неудобными, проникают в нашу нервную систему и становятся частью нас самих.

Глава 3

Диагностика

Выявить эмоциональную проблему – одно, а поставить психиатрический диагноз – совершенно другое. В какой момент подавленное настроение, переживаемое каждым время от времени, становится требующей лечения болезнью?

В настоящее время психиатрическая диагностика базируется на четвертом издании руководства Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders⁹, более известном как DSM – IV^[24]. Создать стандартизированную номенклатуру эмоциональных состояний и психических нарушений было непросто, отчасти из-за того, что очень многие состояния сами по себе – неоднозначные темы в современной культуре. Например, алкоголизм – это заболевание, привычка или слабость? Булимия – болезнь или культурный конфликт вокруг того, как должно выглядеть женское тело? Почему ветераны войны во Вьетнаме страдают от синдрома посттравматического стресса намного чаще, чем участники предыдущих вооруженных конфликтов? Надо ли принудительно госпитализировать непослушных подростков, которые не ладят с родителями? Ответы на эти вопросы заставляют задуматься об основополагающих ценностях: мы можем принимать решения самостоятельно, или они уже запрограммированы наследственностью, нервной системой, переживаниями раннего детства? Если все предопределено, как это отразится на общественных отношениях, понятиях виновности, преступления и наказания?

Депрессия как диагноз не затрагивает столько болезненных точек общества, но подобные противоречия возникают и здесь. В частности, до появления в 1970-х годах третьего издания DSM многие психиатрические диагнозы ставились под сильным влиянием теории Фрейда. Поскольку, согласно этой теории, депрессию вызывает жесткое, карающее суперэго, а оно развивается не раньше двенадцатого года жизни, считалось, что у детей депрессии быть не может. В последующих изданиях этот и другие пробелы в диагностике были исправлены благодаря *феноменологическому* (то есть причинно-следственному) *подходу*: если совокупность симптомов наблюдается достаточно часто и становится проблемой, которой стоит заниматься, а объективные наблюдатели могут достоверно определить ее у тех же пациентов, этой совокупности симптомов присваивают название. При этом хорошего объяснения теории происхождения конкретной группы возникающих вместе симптомов может и не быть. Несомненно, составители нового DSM надеялись: система классификации, дающая пользователям уверенность, что они наблюдают и учитывают одно явление, поможет лучше объяснить глубинные механизмы возникновения симптомов и улучшить лечение.

Однако у такого подхода есть и свои недостатки. Он, несомненно, способствовал медикализации сложных эмоционально-поведенческих состояний, например алкоголизма, депрессии и синдрома посттравматического стресса. Он позволил использовать лечение X для одного диагноза и Y для другого, независимо от истинных потребностей человека. Самое печальное, что теперь пациенты надеются излечиться от болезни новой таблеткой, уверенные: без нее они ничем не могут себе помочь.

В случае депрессии феноменологический подход привел к определенному дроблению диагностики, которая подчеркивает искусственные различия, сводит к минимуму общие черты и способствует тривиализации исследований. В DSM – IV приведено несколько различных состояний, связанных с депрессией. Ниже я даю их описание и имеющиеся данные

⁹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – «Справочник по диагностике и статистике психических расстройств». Разрабатывается и публикуется Американской психиатрической ассоциацией (АПА).

о частоте и распространенности. Но не забывайте, что различия между ними могут быть достаточно произвольными. По замыслу создателей, DSM – научный инструмент, способствующий уточнению диагноза, а не библия, которой этот справочник, к сожалению, стал для большинства.

Глубокая депрессия

Глубокая депрессия – очень серьезное заболевание. Обычно и сам пациент, и его семья видят: что-то идет не так, но часто не знают, как это назвать. В простейшем случае пациент чувствует себя, выглядит и действует как больной депрессией и говорит об этом окружающим.

У Нэнси глубокая депрессия. Она смогла удержаться на ответственной работе и успешно занимается семьей, но большую часть времени чувствует себя несчастной. Нэнси выглядит напряженной и печальной, худа, скромна и обеспокоенна. Нерешительно высказывается, хотя довольно умна. Постоянно себя принижает и полагает, что неспособна выдержать стресс. Все время боится что-нибудь испортить, хотя на самом деле справляется с делами очень хорошо. Страдает от повторяющихся приступов мигрени, которые несколько раз в месяц приковывают ее к постели. Из-за этого ей приходится принимать дорогие лекарства. Семейный бюджет очень стеснен, а страховка не покрывает расходов на лекарства, поэтому она чувствует себя виновной, что приходится столько денег тратить на лечение.

Нэнси описывает свою депрессию как колодец. Когда ей очень плохо, она увязает в грязи на дне. Грязь кишит червями и крысами, и она может только отбиваться, чтобы ее не съели заживо. Лучшее, что она может сделать для себя в этой ситуации, – это подобраться к краю, опереться локтями о стенки и посмотреть на жизнь, в которой не может по-настоящему участвовать. Большую же часть времени находится где-то по пути на дно. Нэнси помнит, что такое хорошее самочувствие и полнота жизненных сил, но просто не может их обрести.

Формальные диагностические критерии глубокой депрессии включают подавленное настроение или потерю интереса либо удовольствия от повседневной деятельности на протяжении как минимум двух недель, которым сопутствуют по меньшей мере четыре из следующих симптомов:

- Существенная потеря веса без диеты, или прибавка в весе, или изменение аппетита.
- Почти ежедневная бессонница или гиперсомния (чрезмерный сон).
- Замедление или повышение уровня активности.
- Утомляемость или упадок сил.
- Чувство собственной бесполезности или чрезмерной вины.
- Снижение способности мыслить, сосредоточиваться или принимать решения.
- Повторяющиеся мысли о смерти, самоубийстве, суицидальная направленность мышления, план или попытка самоубийства.

Эти симптомы не должны быть прямым результатом действия лекарств, наркотиков или физического состояния и не простой реакцией на горе. Пациент обычно описывает депрессивное настроение как чувство грусти, безнадежности или уныния. Иногда люди отрицают такое состояние, и его удается выявить лишь во время беседы со специалистом (психотерапевт говорит: «Ваши слова звучат печально», – и пациент начинает рыдать) или

сделать вывод на основе выражения лица или языка тела. Некоторые подчеркивают физические жалобы или говорят не о грусти, а, скорее, о раздражительности.

По самым приблизительным оценкам, в западных странах доля людей, одновременно страдающих от глубокой депрессии («точечная распространенность»), – 3 % мужчин и 8 % женщин. Пожизненный риск (шанс, что у человека в какой-то момент жизни разовьется это состояние) составляет 7–12 % у мужчин и 20–25 % – у женщин^[25]. Риск не зависит от национальности, образования, уровня доходов и семейного положения. Значительно более высокая заболеваемость среди женщин поднимает вопрос о дискриминации по половому признаку при диагностике, так как в нашем обществе обычно считают, что мужчинам нельзя рассказывать о переживаемой печали, бесполезности и безнадежности – первичных критериях при этом диагнозе. С другой стороны, женщины могут быть более уязвимы или просто у них больше причин для депрессии. Я займусь этими темами подробнее в главе 19.

Имеются серьезные статистические доказательства, что недавно перенесенный стресс может приблизить первый и/или второй приступ глубокой депрессии, а последующие эпизоды могут следовать за намного меньшим стрессом. По моему опыту, пациенты обычно в состоянии объяснить, что впервые вызвало у них депрессию, однако при следующих эпизодах это не так просто.

Дистимическое расстройство

Глубокая депрессия – это острая фаза, кризис. Дистимическое расстройство – хроническое заболевание. Необходимый критерий при этом диагнозе – подавленное состояние основную часть суток на протяжении многих дней в течение как минимум двух (!) лет. Кроме того, чувство депрессии должно сопровождаться по меньшей мере двумя следующими симптомами:

- Плохой аппетит или переедание.
- Бессонница или гиперсомния.
- Упадок сил или утомляемость.
- Низкая самооценка.
- Проблемы с концентрацией или сложности в принятии решений.
- Чувство безнадежности.

Обратите внимание, что вторичные симптомы очень похожи на признаки глубокой депрессии, за исключением изменений уровня активности, мыслей о смерти и самоубийстве и добавления низкой самооценки. Очевидно, что различие между глубокой депрессией и дистимией скорее условно и касается больше степени, а не качества. Тем не менее такое различие было сделано, и некоторые ученые тестируют медицинские вмешательства на той или другой популяции, мало внимания уделяя вероятности ошибки и постановке диагнозов. Все новые антидепрессанты проверены на глубокой депрессии и лишь немногие – на дистимии, поскольку изучение дистимии требует времени и больших финансовых вложений.

Самочувствие Крис подходит под описание дистимии. Эта умная, интеллигентная, сильная женщина с потрясающим чувством юмора была несчастлива большую часть жизни. Она выросла в семье матери-алкоголички и очень строгого отца и еще ребенком пыталась сделать их счастливыми – невыполнимая задача. В подростковом возрасте она стала бунтовать и попадала во всевозможные передряги. Первый раз она вышла замуж за человека, злоупотреблявшего алкоголем и практикующего насилие в семье. Обретя силы благодаря обществу анонимных алкоголиков, Крис исполнилась решимости навести порядок в своей жизни. У нее новый муж, но они никак не могут найти общий язык. Ее очень легко

вывести из себя, а муж отступает. Она постоянно борется с чувством неудовлетворенности, хотя и понимает, что это, вкупе с ее сердитым видом, отталкивает людей. Но она не умеет себя сдерживать.

Крис описывает депрессию как большое мягкое одеяло. Оно не дает уюта, но безопасно и знакомо. Иногда ей кажется, что она имеет право впасть в депрессию, отказаться от борьбы, уютно устроиться в кресле, смотреть старые фильмы и жалеть себя.

Точечная распространенность дистимического расстройства оценивается в 3 %, а пожизненный риск – в 6 %. И снова женский пол связан с более высоким рисковым ожиданием, причем национальность, образование или доходы не имеют значения^[26].

К людям с дистимией иногда относятся как к озабоченным здоровым, но это очень и очень далеко от реальности. Представьте, что на протяжении двух лет большую часть времени вы живете с чувством депрессии. Вам сложно делать обычные дела, вы не можете наслаждаться жизнью, чувствуете себя несчастным, плохо спите и не находите в себе сил как-то изменить ситуацию. Таких людей точнее было бы описать как «ходячих раненых»: они идут по жизни, но их жизнь, как правило, неприятна, жестока и коротка. Это не созданный Вуди Алленом стереотип замкнутого в себе невротика – это скорее постоянные мучения и жертвенность.

В поведении таких людей нередко заметно влияние их матерей, поступавших подобным образом. Дети страдающих дистимией часто беспокойны, напряжены, испытывают трудности в общении со сверстниками и не успевают за школьной программой. Они прекрасно знают – с мамой что-то не так, и ребятам кажется, что они могут чем-то помочь. Часто эти дети адаптируются и становятся псевдовзрослыми, выглядят жесткими и независимыми. Они могут заботиться о матери, принимая на себя ее обязанности: готовят еду, делают работу по дому, сидят с младшими братьями и сестрами. Когда женщина выздоравливает и возвращается к обычным делам, она может столкнуться с резкой ответной реакцией: получив маму обратно, ребенок может испытать гнев, который он подавлял все время эмоционального одиночества. Он становится непослушным и проверяет, действительно ли на нее можно положиться. Мама, все еще уязвимая, не может понять, почему ребенок не благодарен ей за то, что она вернулась к своим обязанностям, и у нее может развиваться рецидив депрессивного состояния. Такую семью депрессия охватывает порочным кругом.

Иные депрессивные расстройства

Этот расплывчатый термин применяется ко всем пациентам, проявляющим некоторые признаки депрессии, но не соответствующим критериям более узкого диагноза: их симптомы недостаточно тяжелы и продолжительны, или выявлено большинство критериев глубокой депрессии и дистимии, но не все. В эту категорию попадают женщины, страдающие от депрессии, связанной с менструальным циклом, а также больные шизофренией или другими психотическими (то есть связанными с психозом) расстройствами с сопутствующей депрессией, но по-прежнему исключаются люди, переживающие горе, испытывающие депрессию из-за утраты, жизненных коллизий или проблем со здоровьем. Другими словами, этот диагноз включает широкий спектр больных депрессией, не имеющей ясной внешней причины, но достаточно серьезной, чтобы мешать способности действовать.

Согласно оценкам, одномоментно критериям различных депрессивных расстройств соответствуют 11 % населения – ошеломляющий показатель, ставящий этот диагноз на первое место по распространению в США^[27]. Совокупное точечное покрытие глубокой депрессией, дистимией и иными депрессивными расстройствами достигает 20 %. Это не значит, что 20 % населения в какой-то момент жизни заболеют депрессией: у 20 % она есть прямо

сейчас! Болен один из пяти ваших друзей, членов семьи, коллег по работе. И нет более распространенной болезни.

Различие без отличий

Если вы не заметили большой разницы между глубокой депрессией, дистимией и иными депрессивными расстройствами, не смущайтесь. Эти тонкие отличия иногда находят применение в науке, но чаще их используют, чтобы сбить с толку и запугать общественность. Что ж, подытожим. При глубокой депрессии вы ужасно себя чувствуете, смущены, вялы или возбуждены, ощущаете вину, подумываете о самоубийстве, у вас нарушены сон, аппетит и половая жизнь, и все это произошло с вами довольно быстро. Чтобы вас квалифицировали как дистимика, вы должны испытывать некоторые или все из этих симптомов, но не интенсивно, а длительно, по крайней мере года два. Если в наличии иные расстройства, вы просто чувствуете многие из тех же самых симптомов, но не так сильно, как при глубокой депрессии, и совсем не так долго, как при дистимии.

Некоторые ученые настаивают, что эти состояния – совершенно самостоятельные, так же как насморк может быть вызван простудой, аллергией или искривлением носовой перегородки. В частности, эти ученые отстаивают концепцию двойной депрессии^[28]– дистимии с глубокой депрессией – и выдвигают идею, что, поскольку в заболеваниях задействованы разные процессы, человек может иметь несчастье подхватить обе болезни сразу, а не просто через некоторое время почувствовать себя хуже¹⁰. Однако основное количество пациентов этих отличий не видит. Они просто знают, что большую часть времени им плохо, а периодически – совсем отвратительно. Больные знают, и все больше ученых и психиатров признают, что иные депрессивные расстройства, как правило, ранняя стадия или чуть более мягкая форма дистимии. Дистимия – то, что чувствуют люди с глубокой депрессией, когда им становится немного лучше, а глубокая депрессия – более тяжелая версия дистимии. И чем бы вы сейчас ни болели, до полного выздоровления далеко.

В частности, наблюдение за 431 пациентом в течение 12 лет после эпизода глубокой депрессии показало, что они продолжали испытывать такое же состояние в среднем примерно 15 % времени. Но это не означает, что в остальные 85 % у них не было симптомов. Напротив, 27 % времени они чувствовали дистимию, а 17 % – иные депрессивные расстройства^[29]. Чем больше времени они проводили в таком состоянии, тем больше была вероятность скатиться обратно в глубокую депрессию^[30].

Биполярное расстройство

Это еще один тип депрессии, вызывающий большую озабоченность и, по-видимому, качественно отличающийся от глубокой депрессии, дистимии и иных депрессивных расстройств. Биполярное расстройство I типа (маниакальная депрессия) обычно характеризуется эпизодами глубокой депрессии, перемежающимися периодами мании. Маниакальный эпизод должен соответствовать следующим критериям:

1. Отдельный период ненормального, устойчиво приподнятого, экспансивного или раздражительного настроения.

2. Как минимум три пункта из следующих в один период:

- раздутое самомнение / идеи величия;
- выраженное снижение потребности в сне;

¹⁰ Позднее оказалось, что как минимум один из этих исследователей, доктор Мартин Келлер, получил в качестве взятки более 500 000 долларов от фармацевтических корпораций (см. главу 13). Возможно, двойная депрессия была одной из попыток узаконить применение двух препаратов одновременно. *Прим. авт.*

- речевой напор;
- скачка (вихрь) идей;
- выраженная отвлекаемость;
- повышенная целенаправленная активность или психомоторное возбуждение;
- избыточная вовлеченность в приятное времяпрепровождение, несмотря на отрицательные последствия.

3. Симптомы должны быть достаточно тяжелыми, чтобы вызывать выраженное нарушение функционирования или подвергать опасности больного или других людей.

4. Симптомы не могут быть вызваны шизофренией или злоупотреблением алкоголем или наркотическими веществами.

У Уолта – биполярное расстройство. Это крупный мужчина, водитель грузовика, и в нормальном состоянии он кажется приятным человеком с хорошим характером. Тем не менее последние пять лет ему было трудно удержаться на работе из-за странного поведения. Периодически он становится одержимым и постоянно думает о сексе. Если рядом привлекательная женщина, не может сосредоточиться ни на чем, кроме сексуальных фантазий. Иногда теряет контакт с реальностью настолько, что ему кажется, будто она отвечает на его мысли. В таком состоянии он тратит деньги, которых и так не хватает, на проституток; проматывает средства в азартных играх; делает все, чтобы произвести впечатление на женщину. Уолт по праву считает себя привлекательным, сильным и обаятельным и в эти периоды заботится лишь о реализации своей гиперактивности: может не спать целыми днями или без конца говорить. Однажды он без приглашения появился у меня дома, чтобы показать свою новую машину, – это был единственный раз, когда клиент настолько перешел границы. Но Уолт просто хотел поделиться своей радостью.

В другие периоды мужчину мучает тяжелая депрессия. Уолт впадает в другую крайность: думает, что ничего не может изменить. У него едва хватает сил, чтобы встать с постели. Он пытается работать, но из-за неуверенности в себе работодатели ему не доверяют. Появляются симптомы навязчивого беспокойства: Уолт по десять раз может возвращаться домой, чтобы проверить, выключил ли кофеварку. Он постоянно за все извиняется.

Средний возраст возникновения биполярного расстройства – чуть старше двадцати. Оно одинаково поражает мужчин и женщин. По статистике в течение жизни биполярным расстройством заболевают 0,4–1,2 % населения. От приступов этого недуга одномоментно страдают 0,1–0,6 % людей. Подозреваю, что истинная распространенность биполярного расстройства, или более тяжелого биполярного расстройства II типа, намного выше, чем показывает официальная статистика. Существует сильная генетическая корреляция: у ближайших родственников пациентов с биполярным расстройством заболеваемость в течение жизни составляет 12 %, и еще 12 % приобретают глубокую депрессию^[31].

Если маниакальный эпизод не лечить, он длится в среднем шесть месяцев, а эпизод глубокой депрессии – 8–10 месяцев. Со временем подобные эпизоды учащаются. Среди пациентов наблюдается высокий уровень самоубийств (15 % нелеченых), случайных смертей от рискованного поведения и сопутствующих заболеваний. Многие больные биполярным расстройством, не получившие должного лечения, умирают от алкоголизма, рака легких, несчастных случаев и заболеваний, передающихся половым путем. Во время приступа

они чувствуют себя такими неуязвимыми, что просто не предпринимают мер предосторожности, которые большинство из нас сочли бы простым благоразумием.

Существуют и другие подтипы биполярного расстройства. Биполярное расстройство II типа характеризуется эпизодами глубокой депрессии, перемежающимися с гипоманией (ненормально приподнятым и экспансивным настроением, не влияющим на способность объективно воспринимать реальность; «гипо» – «меньше, чем» мания). Такие люди выделены в особую подгруппу. Любой способный перейти из бездны глубокой депрессии к головокружительному, возбужденному или очень сосредоточенному и продуктивному состоянию и раз за разом повторяющий этот цикл не просто больной депрессией.

Кроме того, существуют биполярные расстройства III, III½, IV и даже IV½ типа. (Я не шучу: ученые спорят об их различиях, хотя неспециалисту они могут показаться ничтожными.) Например, согласно одному из определений биполярного расстройства III типа, у больного депрессией, принимающего антидепрессант (или переходящего на другой), внезапно возникает полноценный маниакальный эпизод. И такие феномены далеко не редкость. Другие ученые определяют биполярное расстройство III типа совершенно иначе, поэтому я просто не буду о нем упоминать. Если кто-то ставит вам один из этих диагнозов, убедитесь, что очень четко понимаете, о чем он говорит, особенно перед началом приема антидепрессантов.

Ранее я считал, что биполярное расстройство (I типа), по-видимому, совершенно другая проблема, хотя эпизоды могут выглядеть и ощущаться как глубокая депрессия. Я утверждал, что при этом заболевании генетические факторы играют такую важную роль, маниакальные эпизоды так характерны и специфичны, а само заболевание так своеобразно реагирует на определенные лекарства, что имеет смысл рассматривать биполярное расстройство I типа прежде всего как биогенетическое заболевание. Оно вызывает химический дисбаланс в головном мозге, ведущий к уникальным изменениям настроения.

Однако тот необъяснимый факт, что иногда прием антидепрессантов может превратить заурядную депрессию в мощный маниакальный эпизод, говорит о том, что между ними может быть больше общего, чем кажется на первый взгляд. И я продолжаю встречать людей, находящихся у себя биполярное расстройство I типа, которые в детстве постоянно сталкивались с безразличием, лишениями и плохим обращением, сопутствующими глубокой депрессии или дистимии. Многие клиницисты ожидают в следующие несколько лет прорыва в понимании имеющихся в головном мозге и генах связей между манией и депрессией, а также беспокойством, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Это может привести к созданию более совершенных лекарств и методов терапии для таких состояний.

Тед Тернер¹¹, получивший в 1992 году титул «Человек года» по версии журнала Time, возможно, был первым публично признавшимся в лечении у психиатра. Его история будет любопытна тем, кто интересуется проблемами, связанными с успехом и личной жизнью, а также тем, кого увлекает переплетение генетики, биохимии и динамики семейных отношений, лежащее в основе депрессии и биполярного расстройства.

Много лет Тернера беспокоили навязчивые мысли, что он не проживет дольше отца, покончившего с собой в 53 года (это частый страх у детей самоубийц). Тед довольно часто говорил о суициде и безжалостно гнал себя к успеху в соперничестве, не приносившем ему удовольствия. Отдав

¹¹ Тернер III, Роберт Эдвард «Тед» (Turner III Robert Edward “Ted”, род. 1938, США) – бизнесмен, основатель круглосуточного новостного канала CNN, известный общественный деятель.

очень много времени парусному спорту и завоевав Кубок Америки, он постоянно твердил другу, что этот спорт ему никогда не нравился, и вообще там «холодно и мокро». Внимание Теда всегда было приковано к финишной черте, он искал какого-то достижения, которого, наконец, будет достаточно, чтобы обрести душевную гармонию.

Эд, отец Тернера, судя по всему, был измученным человеком и при этом психологически издевался над сыном. Если Тед подводил отца, тот бил его вешалкой, а когда совершал что-то по-настоящему плохое, отец заставлял бить себя самого ремнем для заточки бритвы. Во время Второй мировой войны Эд служил на флоте, жене и дочери приходилось переезжать за ним с базы на базу, а Тед, которому тогда было всего шесть лет, оставался в интернате. В пятом классе мальчика отправили в военное училище, но никакие оценки, никакие достижения не были хороши настолько, чтобы понравиться отцу. Когда Теду было двадцать с небольшим, Эд застрелился, вынудив сына спасать погрязший в долгах семейный бизнес – щитовую рекламу. Лихорадочно работая и без оглядки рискуя, он не только восстановил дело, но и основал медиаимперию, из которой выросла CNN.

Но со смертью отца Тернер утратил образец, с которым можно было сверять свои успехи. Он пил, распутничал, то забывал о своих детях, то запугивал их, а как начальник был просто суицид дьяволом. Наконец, в 1985 году он решил обратиться за помощью к психиатру из Атланты.

Сначала врач назначил ему лекарство от биполярного расстройства. При этом нарушении пациенты могут источать самоуверенность и энергию, обходиться без сна, считать себя способными на великие свершения и наслаждаться риском, поэтому иногда сложно сказать, где у таких людей, как Тернер, заканчивается болезнь и начинается личность. Кроме того, бывает непросто заставить подобного пациента согласиться на лечение, но Тед был готов сотрудничать.

Когда благодаря лекарству состояние Тернера стабилизировалось, психотерапия помогла справиться и с тенью отца. Как и у большинства детей строгих, эмоционально холодных отцов, у Тернера не развился внутренний механизм удовлетворенности собой. Большинство членов семей самоубийц считают, что суицид – это нормальный исход жизни: о ней не стоит беспокоиться. Несмотря на прошедшие с тех пор годы, психиатр Тернера не разглашает подробности этого случая, но очевидно, что Теду пришлось усиленно поработать, чтобы смириться с присутствием в своей жизни собственных детей и женичины.

Тернер – классический пример того, что достижения не аналогичны счастью. К гармонии ведет то, как мы живем, а не то, чем мы занимаемся^[32].

Депрессия, тревожность и стресс

Перед тем как перейти к обсуждению других типов депрессии, хочу затронуть связь между депрессией и тревогой. Факты свидетельствуют, что большинство пациентов с депрессией и биполярным расстройством испытывают сильную тревожность, и часто сложно сказать, какой из диагнозов основной. Очень распространенный сценарий: молодой человек старше двадцати лет переживает небольшой срыв, самым проблемным симптомом которого становится тревога. Если помощь оказана быстро, этим все и ограничивается, но

если человек не получает хорошего лечения, беспокойство его изматывает. Он чувствует, что теряет контроль над ситуацией, и не видит надежды на улучшение, бросает учебу/работу, обретая в качестве основной проблемы депрессию. Манию, связанную с биполярным расстройством, часто считают защитной реакцией на тревожность, ее полной противоположностью: я могу все, ничто не может мне навредить.

Хотя большинство восстанавливаются после эпизода тяжелой депрессии, они становятся уязвимее для стресса и тревожности. Исследование STAR*D – большая программа, которую до сих пор проводит Национальный институт психического здоровья¹², – показало, что лишь 30 % пациентов отметили существенные улучшения после первой фазы лечения^[33]. Именно поэтому надо информировать общественность, что депрессия – хроническое заболевание, которое убывает в течение жизни или нарастает, особенно если его плохо лечить.

Правильное лечение депрессии повышает вероятность полного выздоровления, но большинство пациентов все равно останутся уязвимы. Лучший прогностический показатель – длительность первого эпизода, от начала лечения до выздоровления, поэтому приоритетом должно быть раннее выявление и эффективное лечение заболевания^[34]. Со временем вероятность рецидива возрастает: $\frac{3}{4}$ пациентов могут ожидать следующего эпизода в течение пяти лет^[35]. Основные факторы риска рецидива – психосоциальные: степень тревожности и саморазрушающего поведения, а также неуверенность в себе, то есть те симптомы, которые намного надежнее лечить психотерапией вместо медикаментов^[36].

Крупнейшее в США исследование сопутствующих заболеваний показало, что среди лиц, перенесших в предшествующий год эпизод глубокой депрессии, 51 % в тот же период страдали *тревожным* расстройством, 4 % перенесли дистимию, а 18,5 % злоупотребляли алкоголем или наркотиками^[37]. Намного более позднее исследование Национального института психического здоровья выявило, что 53,2 % из 2876 участников с глубокой депрессией соответствуют строгим критериям тревожной депрессии. Исследователи доказали, что у лиц с тревожной депрессией побочные эффекты лекарственных средств возникают чаще и протекают интенсивнее, а ремиссия наступает реже и для ее достижения требуется больше времени^[38]. Депрессия и тревожность всегда тесно взаимосвязаны: у подавляющего числа пациентов наблюдается сочетание симптомов, которое можно диагностировать двойко в зависимости от незначительных смещений акцентов^[39]. Большинство научных работ показывает, что тревожность и депрессия выявляются вместе в 51–68 % случаев^[40]. И психиатры, и другие врачи все чаще сходятся во мнении: эти состояния если не идентичны, то, по крайней мере, невероятно схожи^[41]. Я воспринимаю тревожность и депрессию как пальцы одной руки, вершины одной горы^[42].

На этой руке есть и другие пальцы: ПТСР, обусловленные стрессом соматические заболевания, возможно, когнитивные расстройства, например синдром дефицита внимания. Имеет смысл полагать, что человек страдает от синдрома общего расстройства, симптомы которого проявляются депрессией, тревожностью, ПТСР, аутоиммунными заболеваниями, когнитивными нарушениями и тем, что я называю неспецифической болезнью^[43]. Думаю, стоит допустить, что все эти состояния взаимосвязаны, они – результат воздействия текущего стресса на тело и разум, уязвимые из-за генетической предрасположенности или травм и стрессов в детском и подростковом возрасте^[44]. Основная часть больных депрессией испытывают комбинацию симптомов всех этих диагнозов, точно так же как у обычных людей нередко наблюдаются некоторые признаки депрессии. Возможно, тревожность – первоначальная реакция на чрезмерный стресс и паническая попытка уйти от неизбежного. Депрессия же – это повреждение нервной системы и психики, возникающее, если стресс длится

¹² Институт, находящийся в ведении высших федеральных органов государственной власти США, – крупнейшая в мире исследовательская организация, которая специализируется на изучении психических расстройств.

слишком долго^[45]. Тревожность и депрессия изнашивают организм и иммунную систему, приводя к соматическим заболеваниям. Различие между острым ПТСР, тревожностью и депрессией может быть вопросом степени: насколько глубока и сильна травма. Диагноз частично зависит от того, какие симптомы переживаются наиболее болезненно, каких признаков больше. Он зависит и от того, к какому врачу вы обратились, так как на постановку диагноза повлияют его образование и личные предпочтения.

Следует отметить, что в США проводится небольшое, но чрезвычайно важное исследование на тему профилактики депрессии, тревожности и других серьезных психических недугов. Данные, полученные в других странах, показывают влияние детских переживаний на развитие депрессии во взрослом возрасте. Так, в британских наблюдениях за 1142 участниками от рождения до 33 лет было обнаружено, что на развитие взрослой депрессии оказывают сильное влияние отсутствие материнской заботы, неухоженность, конфликты между родителями, стесненные жилищные условия и социальная зависимость^[46]. В США на такие результаты смотрят косо: психические заболевания принято считать болезнями головного мозга, а это подразумевает, что факторы, связанные с развитием и социальной средой, не имеют значения. На недавней конференции директор Большого национального фонда депрессии призналась мне: она не верит, что психические заболевания можно предотвратить.

Но взрослые пациенты продолжают приходить в наш офис и говорить, что их депрессия связана с пережитой в прошлом травмой или лишениями. Стоит ли это отрицать? Разве нельзя помочь людям лучше ухаживать за детьми, чтобы сделать их менее уязвимыми для депрессии? Или построить наше общество так, чтобы у всех было меньше шансов заработать это заболевание?

Другие виды депрессии

Расстройство адаптации

Расстройство адаптации с депрессивным настроением или с тревожностью и депрессией диагностируют, когда депрессия появляется как явная реакция на внешний стресс. Это не то же самое, что горе. Горе во многом воспринимается как депрессия и похоже на нее, но в этом случае люди обычно приходят в себя без помощи специалиста. В определенной степени это и вопрос глубины состояния. Большинство переживающих горе продолжают понимать, что жизнь продолжается и в будущем их ждет и хорошее. Когда происходит приятное событие, они способны испытывать радость. У них не снижается самооценка, нет иррационального чувства вины. Людям с нарушением адаптации и сопутствующей депрессией гораздо хуже. Они чувствуют безнадежность, беспомощность и пустоту, в их жизни нет места радости. Пациенты точно указывают, почему они так чувствуют себя: утрата, смерть близкого человека, болезнь, какой-то удар по самолюбию, – но еще не соответствуют критериям дистимии или глубокой депрессии. К сожалению, у этого диагноза почти нет прогностической ценности: невозможно сказать, выздоровеет больной через месяц, или это первый приступ депрессии, которая продлится всю жизнь. Мой совет: если вы видите, что в течение месяца после подкосившего вас стресса вы не можете эффективно его устранить или улучшение не наступило, обратитесь к психотерапевту.

Глубокая депрессия с психотическими симптомами

Иногда депрессия протекает настолько тяжело, что человек начинает испытывать симптомы, сходные с признаками шизофрении: галлюцинации или бред, часто принимающие форму обвиняющего пациента голоса. Когда депрессия доходит до этой стадии, необходимо немедленно обратиться к хорошему психиатру. Вылечить ее тяжело, поскольку большинство нейролептиков делает человека таким вялым и сонным, что ему сложно бороться с депрессией, а поскольку у больного нет твердой связи с реальностью, психотерапия тоже затруднена.

Атипичная депрессия

Этот термин применяют в отношении небольшой подгруппы пациентов с уникальными симптомами. Эти люди не страдают бессонницей, обычно сопутствующей депрессии, напротив, они спят слишком много. Они переедают, набирают вес, чувствуют тяжесть в руках и ногах – их конечности словно налиты свинцом. Очень выражено неприятие, заставляющее избегать отношений или делающее их бурными и драматичными. При таком диагнозе человек сильно реагирует на ИМАО (ингибиторы моноаминоксидазы)^[47].

Депрессия, паника и фобии

Хотя формы депрессий, которые мы обсуждали, есть в DSM, я хочу обратиться к распространенному и опасному феномену, не имеющему официально признанного диагноза. Очень часто, особенно в первые эпизоды глубокой депрессии, пациент испытывает крайнюю тревогу и приступы паники. Как было упомянуто выше, депрессия и тревожность тесно связаны – возможно, как разные аспекты одной стрессовой реакции. Если неконтролируемой тревожностью не заняться на ранних стадиях терапии, нередко она развивается в фобию или множественные фобии и начинает жить собственной жизнью, а от укоренившейся фобии очень сложно избавиться. Поэтому крайне важно безотлагательно заняться лечением паники и тревожности.

Любой хоть раз в жизни испытавший панический приступ знает, какое это ужасающее состояние. Но страх можно снять, если научиться понимать и контролировать собственные реакции. Внезапно возникшая глубокая депрессия воспринимается как вторжение пришельцев: вы больше не чувствуете себя самим собой. Склонные к фобиям люди часто переживают депрессию именно так, потому что их сознание умеет «разделяться»: в момент, когда земля словно уходит из-под ног, они внезапно ощущают себя другим человеком, охваченным приступом паники – напуганным, со скачущими мыслями, бешеным пульсом, неспособным отдышаться и успокоиться. Вполне естественно, возникает страх, что невыносимое напряжение никогда не закончится. В такой момент психотерапевт или психиатр должен помочь пациенту вернуть контроль над ситуацией, объяснив: «Это паническая атака. Я знаю, что это ужасно, но она пройдет, и вам станет лучше. Так бывает со многими людьми. Это просто реакция на стресс». Затем надо продолжать беседовать о положении пациента. Паническую атаку можно назвать эмоциональным выгоранием: такой диагноз не стигматизирует и подразумевает возможность выздоровления.

Общая тревожность, испытываемая пациентом, может легко закрепиться за определенным объектом или ситуацией: вождением, хождением на работу, телефонным звонком, толпой, высотой, закрытым пространством, приемом пищи. На самом деле фобии такого рода порождены защитной реакцией: разум пациента пытается сделать панику более выносимой, ограничивая ее конкретной ситуацией. Но так как однажды возникшую фобию

трудно преодолеть, лучше ставить пациента лицом к лицу с ситуацией, которой он боится. На этом этапе огромную помощь могут оказать анксиолитические средства (слабые транквилизаторы), потому что они обеспечивают практически немедленное облегчение, в то время как антидепрессанты и психотерапия дают возможность совладать со стрессом. Пациентам может очень помочь обучение методам релаксации, например дыхательным методикам или психической вовлеченности. Надо объяснить, что регулярные занятия значительно ослабят поток стрессовых гормонов. Это произойдет не сразу, периодически еще будет дискомфортно. Однако нельзя допустить, чтобы пациентом овладели страхи и депрессия в долгосрочной перспективе, надо вернуть его к обычным делам настолько, насколько это возможно. Я видел слишком много пожизненных травм, нанесенных отсутствием интенсивной, неотложной помощи, необходимой в такой ситуации.

Послеродовая депрессия (ПРД)

После рождения ребенка у многих женщин развивается серьезная депрессия. Нет, не довольно распространенная умеренная и проходящая послеродовая грусть, а серьезное осложнение беременности, возникающее у почти 15 % матерей^[48]. ПРД включает все симптомы глубокой депрессии – бессонницу, потерю аппетита, чувство вины и самообвинение, навязчивые мысли. Но этот вид депрессии, как правило, сосредоточен на ребенке и материнстве. Женщина считает себя плохой матерью, неспособной позаботиться о своем малыше; чувствует, что не любит его или что ее не любит ребенок; что она совершила ужасную, необратимую ошибку без надежды на исправление ситуации. По страшной иронии, отсутствие должного лечения позволяет этому психическому состоянию реально повлиять на отношения с крохой. В худшем случае ПРД может превратиться в послеродовой психоз, и у новоиспеченной мамы появятся бредовые идеи, например, что ребенок – порождение дьявола и его надо уничтожить.

К счастью, болезнь редко заходит так далеко. Материнство должно быть временем большого счастья, в противном случае надо что-то предпринимать. При подозрении, что у вас ПРД, как можно быстрее запишитесь к *хорошему* психотерапевту. Подчеркиваю: к *хорошему*. Я видел много примеров вреда от специалистов, пытающихся из добрых побуждений помочь молодым матерям как любой другой группе пациентов. Думаю, это потому, что мамы чрезвычайно чувствительны и уязвимы, и специалист ощущает потребность решить проблему немедленно, поэтому вторгается с советом, из-за которого женщина получает еще больше поводов винить во всем себя.

Видимо, ПРД – очередной пример воздействия стресса на раннего человека. В данном случае стрессовые факторы – это и внезапные гормональные изменения, связанные с рождением ребенка (которые мы еще не до конца понимаем), и не менее резкое увеличение объема работы, и бессонница, и скованность, с которыми сталкиваются роженицы. К факторам, повышающим уязвимость, относятся перенесенные депрессии, проблемы в браке и отсутствие социальной поддержки, хотя, как мы знаем, бывают матери, которых ПРД поражает как гром среди ясного неба. Во многих случаях депрессия начинается еще во время беременности по одной из тех же причин – из-за гормональных изменений и стресса. Часто ожидание малыша обнажает проблемы в браке, которые существовали и до этого, но стали более очевидными. Иногда на беременность негативно реагирует муж, или друзья и родственники оказываются завистливыми либо бесчувственными.

К сожалению, вопрос применения антидепрессантов во время подготовки к родам и грудного вскармливания сложен. Появляется все больше данных, что применение СИОЗС (новый класс антидепрессантов – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) в ранний и поздний период беременности связано с врожденными пороками у ребенка, глав-

ным образом сердечно-сосудистой системы, однако увеличение риска невелико – около 2 % по сравнению с 1 % у матерей, не принимавших СИОЗС^[49]. Но, конечно, позже могут проявиться другие риски, как это часто бывает во время фармацевтических исследований. С риском для плода связаны и стабилизаторы настроения. Поэтому для беременной в состоянии депрессии нет простых решений. Отказаться от СИОЗС бывает очень сложно, и, конечно, повышается риск повторения депрессивного эпизода, но надо подумать и о влиянии лекарств на ребенка. Пожалуйста, взвесьте все «за» и «против» антидепрессантов ([глава 13](#)). Крайне важно соблюсти равновесие между тяжестью депрессии у матери и ее влиянием на ребенка с одной стороны и повышенным риском врожденных дефектов с другой.

Сезонное аффективное расстройство (САР)

Этот неоднозначный диагноз ставят людям, регулярно впадающим в депрессию в ответ на изменения дневного освещения и времени года. Составители DSM достаточно уверенно заявляют, что некоторые испытывают депрессию регулярно – обычно она начинается зимой, а весной проходит – и что это связано не с отсутствием физических упражнений, ограниченными возможностями социализации или депривацией¹³ стимулов, а, по-видимому, с недостатком солнечного света. В депрессивной фазе пациенту грустно, он тревожен, раздражителен и социально замкнут. Такие люди становятся сонными, слишком долго спят, набирают вес, испытывают острую потребность в углеводах. Женщины страдают этим расстройством в четыре раза чаще мужчин, причем более половины дополнительно жалуются на предменструальные проблемы с настроением. Если пациент на зиму переезжает ближе к экватору, симптомы обычно уменьшаются. Поначалу считали, что могут помочь фототерапия и регулярное применение мощного флуоресцентного освещения, однако более современные исследования не смогли доказать пользы этих методик^[50]. Тем не менее никому не повредит спокойно посидеть при хорошем освещении, почитать книгу или заняться медитацией.

Я всегда относился к этому диагнозу скептически, так как полагал, что всем больным депрессией зимой просто становится хуже. Но потом я встретил Ноа – человека с выраженной схемой сезонного биполярного расстройства. В августе он начинает беспокоиться о приближающихся занятиях (Ноа работает преподавателем в престижной школе Нью-Йорка) и к октябрю впадает в глубокую депрессию. Он уверен, что плохо работает – и все это видят; не может спать, теряет интерес к пище и увязает в навязчивом цикле негативных мыслей. Он становится просто другим человеком – напряженным и нервным, ему неудобно. Ноа чувствует, что едва способен выразить себя, несмотря на хорошие отзывы от учеников. Затем, примерно 12 января (мы отслеживали это несколько лет), ему становится лучше. К марту он приходит в выраженное гипоманиакальное состояние, становится энергичным, уверенным в себе, открытым и полным идей. Ученики приходят на его уроки для развлечения, но на самом деле считают качество преподавания весной хуже, чем осенью. В таком состоянии ему очень сложно сосредоточиться и иногда он принимает решения, в которых потом очень раскаивается. Лучшее время года для него – начало лета.

¹³ Депривация – психическое состояние, вызванное недополучением необходимого.

Глава 4

Объяснение депрессии

За последнее десятилетие новая информация о депрессии и беспокоила меня, и обнадеживала. Вот по-настоящему пугающая новость: *депрессия влияет на головной мозг*. Во время действительно сильной депрессии мозг теряет стойкость, поэтому, когда с нами происходит что-то хорошее, это уже не оказывает на него влияния. Мы теряем способность вырабатывать допамин, один из основных нейротрансмиттеров в системе восприятия приятных ощущений. Деградируют рецепторы эндорфинов – гормонов радости, связанных с шоколадом, сексом и «эйфорией бегуна». По данным некоторых исследований, гиппокамп¹⁴ – центральный процессор всей эмоциональной информации – с каждым эпизодом глубокой депрессии сокращается на 20%^[51]. Это, вероятно, объясняет сопутствующие депрессии сложности с концентрацией и памятью, потому что гиппокамп необходим для перемещения воспоминаний из краткосрочного хранения в длительное. Это также один из известных нам органов, образующих новые клетки головного мозга, а сам процесс, по-видимому, связан с обучением. Некоторые антидепрессанты возвращают гиппокампу способность генерировать новые клетки, во всяком случае, у лабораторных животных. Одно из недавних исследований показало, что когнитивно-поведенческая терапия также приводит к росту гиппокампа^[52]. Тем не менее похоже, что повторяющиеся эпизоды депрессии приводят к общему сокращению объема головного мозга^[53]. Депрессия, по-видимому, вызывает специфические изменения мозговой активности, которые сохраняются в виде уязвимости и проявляются, когда с выздоровевшим пациентом происходит что-то печальное или он переживает стресс^[54]. Другие работы показали, что люди с депрессией *действительно* чаще других реагируют на стресс и утраты самобичеванием, чувством беспомощности и смущения^[55].

Но не спешите пугаться. Все больше исследований свидетельствует, что благодаря концентрации внимания и упражнениям *мы можем изменить и исправить собственный мозг*. Ученые обратили внимание, что на него влияют регулярные занятия. Так, у таксистов увеличены области мозга, связанные с навигацией и ориентированием^[56], а у скрипачей и гитаристов – отделы, отвечающие за работу пальцев рук^[57]. В одном исследовании, которое мне особенно понравилось, группу студентов учили жонглировать. Через три месяца ежедневных упражнений экспериментаторы, используя продвинутые методики визуализации, отметили рост серого вещества в областях, связанных с координацией «глаза – руки». Затем три месяца студентам было запрещено заниматься жонглированием, и рост прекратился^[58].

Итак, впервые в истории психологии исследователи пытаются понять, можем ли мы как-то заставить чувствовать себя хорошо, а не просто оправиться от болезни. Исследования медитации осознанности показывают, что регулярные занятия перестраивают мозг. Если заниматься медитацией, растет активность префронтальной коры, которую многие ученые считают вместилищем самосознания. Кроме того, медитация, видимо, помогает образовывать в головном мозге новые рефлекторные дуги по пути, который Дэниел Гоулман¹⁵ называет «шоссе» через рассудочную, сознательно контролируемую часть мозга, в отличие от «проселочных дорог» из центра страха к немедленному импульсивному поиску облегчения^[59].

Новая концепция пластичного, способного к изменениям головного мозга решает долгий спор о том, вызвана депрессия переживаниями в раннем детстве или нейрохимическим

¹⁴ Гиппокамп – часть лимбической системы головного мозга (обонятельного мозга). Участвует в механизмах формирования эмоций и консолидации памяти, то есть перехода кратковременной памяти в долговременную.

¹⁵ Гоулман, Дэниел (Goleman Daniel, род. 1946, США) – психолог, основоположник теории эмоционального интеллекта.

дисбалансом: стрессовые эмоции способны вызывать дисбаланс, который может стать хроническим. Но какова бы ни была причина в прошлом, выздоравливать пациенту надо в настоящем. Депрессия, как агорафобия¹⁶ – расстройство, которое мы умеем лечить, – вызывает функциональную автономию: однажды начавшись, оно продолжается даже после того, как устранена непосредственная причина. Пациент может полноценно видеть мир, но симптомы живут своей собственной жизнью. При агорафобии больной получает лекарства, осваивает навыки релаксации, и беспокойство уменьшается, но он по-прежнему не выходит из дома. Тогда психотерапевт «психологическим ломом», или «динамитом», заставляет пациента выйти и ощутить внешний мир без своих симптомов, и после небольшой практики расстройство вылечено. При депрессии можно облегчить боль и страдания медикаментами, но у пациента, скорее всего, сохранятся недостаток уверенности в себе и навыков асертивного¹⁷ поведения, болезненная скромность; его образ себя может быть искажен, он будет пережевывать мысли и откладывать все на потом, злоупотреблять алкоголем, легко застрянет в браке без любви или на тупиковой работе. Чтобы достичь полного выздоровления, пациент должен заняться всеми этими проблемами – с психотерапевтом, как предлагает эта книга, путем целенаправленной программы развития в себе нужных навыков.

Заболевание, вызывающее само себя

В моей книге *Active Treatment of Depression* я предлагаю модель депрессии, охватывающую значительную часть современных знаний по этому вопросу. Позвольте мне вкратце описать эту модель и отдельные ее элементы, а затем поговорим о том, что это значит для пациента и его близких.

Главное предположение, лежащее в основе этого и большинства других подходов: депрессия – результат воздействия текущего стресса на уязвимую личность. Стресса достаточно, чтобы человек преступил невидимую грань и попал в порочный круг депрессии, образующийся из подавленных мыслей, саморазрушающего поведения, вины и стыда, нейрохимических изменений, дискриминации и стигматизации. Эти элементы и вызывают, и усиливают друг друга: депрессивное мышление провоцирует еще больший стыд и вину; они могут вести к саморазрушающему поведению, которое опять же усиливает чувство вины и стыда, и так до бесконечности. Если ничего не предпринимать, будет только хуже. Пациент попадает в ловушку и не может выкарабкаться на берег без внешней помощи – лекарств, терапии и устранения хоть каких-то из источников своего стресса.

Вот некоторые факторы, которые, по всей видимости, усиливают уязвимость человека для депрессии.

- *Генетическая предрасположенность.* В депрессии есть определенный наследственный элемент: когда заболевает один из однояйцевых близнецов, в двух случаях из трех его брат или сестра тоже впадает в депрессию^[60]. Одно из исследований показало значительное утончение коры головного мозга в семьях больных депрессией, что, как предполагают ученые, может указывать на унаследованную генетическую уязвимость^[61].

- *Сложные отношения с родителями в раннем возрасте.* С каждым днем мы все больше узнаем о том, как переживания в раннем детстве влияют на развитие головного мозга и тем самым ведут к проблемам во взрослом возрасте. Если основной опекун не настроен на одну эмоциональную волну с ребенком – возможно, из-за своей собственной депрессии, – у

¹⁶ Агорафобия – боязнь открытого пространства и больших скоплений людей, как правило, подкрепленная социальным смущением (с древнегреч. «агора» – площадь, рынок).

¹⁷ Асертивность – это самоутверждение, уверенная защита своих интересов или своей точки зрения с учетом мнений других людей.

ребенка могут никогда не развиться здоровая самооценка и чувство, что он достоин любви. Он может потерять способность доверять другим или контролировать свои порывы^[62].

- *Плохие навыки межличностного общения.* Робость и социофобия очень связаны с депрессией. Чувство неловкости или смущения в социальных ситуациях приводит к тому, что человек начинает их избегать, это заставляет его еще больше уходить в себя, а потом негативные мысли могут заклевать больного до смерти.

- *Отсутствие социальной поддержки.* Многие мои пациенты изолированы от мира не только депрессией, но и жизненными обстоятельствами. Это единственные дети в семье; люди, работающие на должностях с минимальными социальными связями; разведенные; отверженные семьей; живущие в захолустье. Другие состоят в браке, но без любви, а отношения отчуждают и ранят. Если человеку не на кого положиться в трудную минуту, он чувствует одиночество и опасность.

- *Нестабильная самооценка.* Если неприятие сильно ранит вас и подтачивает представление о самом себе, а хорошее приносит лишь временное и слабое удовольствие – это характерная черта депрессии. Мне нравится аналогия с системой смазки автомобиля. Машинное масло уменьшает трение между движущимися деталями, обеспечивая плавную и эффективную работу двигателя. Масло надо регулярно менять, потому что в нем скапливается грязь, но в целом система не требует особого ухода. Однако если треснул поддон картера или прогорела прокладка, масло начинает подтекать или выгорать, и его приходится постоянно доливать. Стойкий к депрессии человек словно обладает хорошей, непроницаемой системой смазки: он умеет хорошо адаптироваться в жизни и лишь изредка нуждается в поддержке других, его не сбивают с толку потери или неудачи. Но у многих больных депрессией что-то «треснуло», и система смазки разладилась. Чтобы нормально жить, им нужна более-менее постоянная поддержка, любовь или успехи, хотя достижению всего этого может помешать собственное поведение.

- *Пессимистичное мышление.* Существуют твердые доказательства, что в состоянии депрессии человек думает характерным самокритичным образом, который довольно сильно отличается от мышления других людей. Мы рассмотрим это в главе 8.

- *Ранняя утрата или травматические переживания в детском и подростковом возрасте.* Смерть родителя может стать для ребенка кошмарным стрессом. Мир, на который он опирался, рухнул, исчез навсегда. Некоторые дети отвергают попытки их утешить, считая, что они должны быть смелыми, или наоборот, боятся силы своих чувств. На удивление многие ощущают свою вину и ответственность. Пугающе часто случаются и другие детские травмы. В одном исследовании 22 % из 17 тыс. взрослых участников, главным образом представителей среднего класса, сообщали о сексуальных домогательствах в детстве^[63]. Больше четверти заявили, что родители выпивали или принимали наркотики, а эти проблемы указывают на пренебрежение ребенком. Те, кто сообщал о подобных детских переживаниях, во взрослом возрасте с намного большей вероятностью впадали в депрессию, предпринимали попытки суицида, злоупотребляли алкоголем и наркотиками, испытывали тревожность и имели другие проблемы со здоровьем, например инсульт или сердечно-сосудистые заболевания. Мой многолетний опыт работы с пациентами говорит о том, что большинство людей с серьезной депрессией признаются, что испытали в детстве насилие или безразличие. Обычно это не ужасные истории о побоях и incestе, хотя и они нередко встречаются, а эмоциональное насилие. Один или оба родителя постоянно подтачивают ребенка резкой критикой или жестоким, с переходом на личности, эмоциональным бичеванием, если у того возникают раздражающие или неудобные потребности и желания. Родители кричат на ребенка просто из-за плохого настроения (а также в состоянии опьянения или похмелья), лишают его внимания и привязанности за то, что он чем-то им не угодил.

- *Детские проблемы с братьями и сестрами* также связаны со взрослой депрессией^[64]. Многие из моих пациентов с этим диагнозом чувствовали свою второстепенность. Их отвергали и запугивали, иногда доходило до физического и сексуального насилия.

Стрессы

Существуют острые стрессовые ситуации, способные столкнуть уязвимого человека в пропасть депрессии.

- *Болезнь*. Некоторые заболевания, например мигрень, множественный склероз или сердечный приступ, вызывают депрессию намного более сильную, чем сопутствующая боль, стресс и нетрудоспособность, а это говорит о том, что заболевания также физически связаны с депрессией. Однако депрессивный цикл сам может начать любое серьезное заболевание, так как человек боится долгосрочных последствий, испытывает упадок сил, ему сложно сосредоточиться. Появляется качественно новый стресс, связанный с необходимостью получения хорошей медицинской помощи и, соответственно, затратами.

- *Поражение*. В нашем соревновательном обществе статус определяется деньгами, а не вашим вкладом в дело или любовью к вам. В таких условиях потеря работы или социального положения может стать для человека губительной. Большинство из нас зависят от работы, благодаря которой мы чувствуем себя компетентными и полезными, поэтому осознание, что ее потеря – всего лишь результат мирового экономического кризиса, не очень улучшает самочувствие.

- *Прекращение важных отношений*. Человек переживает горе во многом как депрессию, и оно действительно может вести к депрессии. Потеря отношений означает утрату важного источника любви, самоутверждения и комфорта.

- *Потеря ролевого статуса*. Мы можем потерять свой статус, когда перестаем быть настоящим кормильцем, звездой спорта, секс-символом, мамой. Некоторые перемены – неизбежность, но многие строят свою самооценку на шаткой почве определенной роли и испытывают разочарование, если вынуждены приспособиться к ее потере.

- *Другие удары по самооценке*. Они очень индивидуальны: например, травма, из-за которой вы больше не сможете бегать, или возрастные проблемы с памятью.

- *Социальный стресс*. К депрессии может привести, например, серьезная экономическая неопределенность или угроза терроризма.

Порочный круг

Некоторые аспекты, приходящие вместе с депрессией, очень поддерживают и усиливают другие ее проявления.

- *Озабоченность собой*. Если человека попросить сделать что-то перед зеркалом или видеочамерой, это часто снижает самооценку, вызывает нереалистичные ожидания в отношении своих результатов, чувство вины и неполноценности^[65]. В состоянии депрессии больные часто сосредоточены на внутреннем мире, у них развивается жесткий *внутренний критик* (см. [главу 9](#)), убеждающий, что все идет не так по их вине.

- *Депрессивное мышление*. Все исследования свидетельствуют, что у людей в состоянии депрессии развиваются выраженные отличия в образе мыслей. Я подробнее это объясню в главе 8.

- *Саморазрушающее и самотрующее поведение* – отличительный признак депрессии. Злоупотребление алкоголем и наркотиками, прокрастинация, неорганизованность, застенчивость, неуверенность, апатичность, пассивность – все эти модели поведения резонируют с порочным кругом депрессии. Они подпитывают депрессивное мышление, чув-

ство вины и стыда и словно напоминают человеку, что он себя не контролирует. Последствия подобных моделей поведения сильно влияют на личность: страдающий уже не в состоянии пользоваться преимуществами, которые дают школа, учебные курсы, другие возможности. Эти привычки отталкивают от большого зрелых и живущих полной жизнью людей и привлекают других, неблагополучных. Отсутствие физических упражнений и ухода добавляет проблем. Я раскрою это детально в главе 7.

- *Вина, стыд, заниженная самооценка.* Пронизывающее чувство вины, неполноценности, бесполезности или недостойности любви, которое нельзя изгладить, как бы обаятельны и склонны к самопожертвованию вы ни были. Не помогут и уверения, что вас любят и ни в чем не обвиняют.

- *Страх потерять контроль над эмоциями.* Очень живая проблема для пациентов, хотя профессиональная литература уделяет ей мало внимания. Это страх, что вы буквально сходите с ума, что это нервный срыв и вас заберут в больницу. Ощущение, что происходят какие-то кошмарные, необратимые изменения, которым нет названия. Этот ужас часто бывает ключевой мотивацией самоубийц, но даже само переживание страха такого рода надолго меняет самовосприятие – человек может никогда больше не испытать ту наивную самоуверенность, на которую когда-то так полагался.

- *Нарушения в большинстве аспектов жизни.* Из-за депрессии мы менее эффективно думаем, нам сложно сосредоточиваться, принимать решения, запоминать и усваивать новую информацию. Все это может иметь продолжительные последствия, иногда называемые «сопутствующим ущербом». В период депрессии человек принимает решения, которые могут разрушить его будущее: бросить школу, подсесть на наркотики, разорвать или испортить хорошие отношения. Из-за вреда, нанесенного социальным навыкам, можно потерять любимых людей. Дети с депрессией испытывают сложности с обучением и могут иметь серьезные проблемы в школе, которые потом долго будут давать о себе знать. Они страдают и в социальном отношении – становятся объектами агрессии, им сложно заводить друзей. Ущерб, нанесенный самооценке, может сохраниться на всю жизнь. «То, что человек в депрессии ужасно себя чувствует, плохо само по себе, но еще хуже то, что депрессия может разрушить его жизнь»^[66]. Некоторые из этих когнитивных расстройств могут сохраняться даже после успешного лечения и требуют особой программы реабилитации^[67].

- *Стабильно неблагополучный круг общения.* Отталкивая от себя тех, кто от вас много ожидает, вы рискуете остаться с людьми, поддерживающими вашу депрессию. В худшем случае можно скатиться на роли, где требуются самопожертвование, тяжелая безропотная работа, где нужно заботиться о других, довольствуясь самым маленьким куском пирога. Когда больной начинает выздоравливать, он обнаруживает, что все вокруг пользуются его состоянием. Так, мать четверых детей никогда не показывала свою депрессию и в конце концов заперлась в гараже, пытаясь отравить себя газом. Вернувшись домой из больницы, она увидела, что муж и дети хотят видеть ее в роли домохозяйки, одиноко тянущей лямку, без усталости трудящейся на кухне и во всем доме. Когда она попробовала найти работу на полставки, пришлось долго выслушивать, какие неудобства она всем создает. Женщина попыталась объяснить семье свои чувства, но ее никто не хотел слушать.

- *Принятие «роли больного».* Эта социологическая концепция заключается в том, что, поскольку человек болен, он временно «срывается с крючка» и перестает принимать свою долю ответственности. Если депрессия достаточно длительная, и больной, и окружающие перестают ожидать зрелого поведения и ответственности. Внутри семьи для этого может найтись свое название – нервный срыв, хрупкость, слабость. Я не знаю, есть ли в мире что-то хуже такой жалости, но иногда люди, долгое время находящиеся в депрессии, решают: это лучшее, на что они могут рассчитывать.

- *Физиологические симптомы.* У моих пациентов бывают хронические соматические или болезненные состояния на грани признанных болезней (см. главу 11). Годы стресса, вялости и бессонницы приводят к тому, что депрессия начинает по-настоящему сказываться на головном мозге, эндокринной и иммунной системе. Она действительно сокращает жизнь и повышает риск других проблем со здоровьем: пациенты с депрессией больше ходят к врачам, чаще ложатся на операции, у них много непсихиатрических вызовов «скорой помощи», чем у других в целом^[68].

- *Нейрохимические изменения.* Мы уже говорили о влиянии депрессии на головной мозг. Эти изменения – очень мощный фактор в порочном круге, и, наверное, именно они прежде всего вызывают нарушения сна, неспособность хорошо себя чувствовать, низкую самооценку и навязчивые негативные модели мышления.

- *Соматические изменения.* При депрессии мы ожидаем определенных проблем со здоровьем: именно поэтому о них спрашивают при визите к психотерапевту. Прежде всего это нарушения сна. Исследования показали, что в состоянии депрессии схемы быстрого сна отличаются от нормы, а если человек не может хорошо выспаться, это крайне деморализует. Наблюдается нарушение аппетита как в одну, так и в другую сторону. Часто теряется интерес к сексу, появляются проблемы с либидо. Все эти симптомы усугубляют ощущаемую пациентом потерю контроля над ситуацией: с ним что-то происходит, но он не понимает, что именно.

- *Дискриминация и стигматизация.* Люди стыдятся депрессии, и наши попытки изменить отношение общества к ней во многом оказались напрасными, поэтому стыд одобряется. Депрессия – это не только биохимия, генетика, неправильное мышление и саморазрушающее поведение. Это и результат того, как с больным обходится общество. Иногда приходится объяснять пациенту, что его дискриминируют: требуют доплаты к страховке за «психическое заболевание», не приглашают на общественные мероприятия. Если психотерапевт не признает стигматизацию и дискриминацию, ощущаемые его пациентом, он, по сути, говорит, что больной просто выдумывает.

Не я первый обратил внимание на циклическую природу депрессии. Наблюдатели описывают самые разные аспекты: очень часто поведение страдающего имеет негативные последствия, лишь ухудшающие его положение^[69]. Как только человек переступает порог депрессивного цикла, дверь за нами захлопывается. Уже нельзя вернуться в здоровое состояние простым усилием воли, потому что больной оказывается в ловушке постоянно повторяющегося процесса – в порочном круге, который сам создает поддерживающие его условия. Метод поиска любви отталкивает ее; метод достижения успеха гарантирует провал. Страдающий сам генерирует разочарование, неприятие, низкую самооценку и переживания, усиливающие в нем чувство безнадежности. Эти «навыки» депрессии становятся в мозге путями «по умолчанию», а так как больной смотрит на мир исключительно сквозь призму депрессии, выхода не видит.

Травма, стресс и депрессия

Моя модель помогает объяснить нынешнюю эпидемию депрессии. Как и все эпидемии, она только ускоряется, но не потому, что каждый больной заражает двух-трех человек. Скорее, дело в том, что все больше и больше людей становятся уязвимыми – отчасти потому, что детский опыт не позволяет развить взрослое «я». Затем им приходится сталкиваться со стрессогенным, сложным миром взрослых, к которому они не приспособлены. Позвольте объяснить это подробнее.

После почти векового господства в психиатрии теории Фрейда, сосредоточенной исключительно на психике, война во Вьетнаме напомнила, что существует еще и мозг. Солдаты возвращались с симптомами, впоследствии получившими название синдрома посттравматического стресса (ПТСР): ночные кошмары, настолько живые образы прошлого, что человеку кажется, будто он находится на поле боя; избегание всего связанного с этим опытом; риск буйного поведения; сверхнастороженность; диссоциация. Теперь мы понимаем, что эти симптомы, по крайней мере отчасти, вызваны огромной физической травмой, нанесенной *мозгу* эмоциями. При любой травме, когда человек внезапно чувствует страх за жизнь – свою или близкого человека, мозг выделяет избыток кортизола (гормона стресса, своеобразного элемента реакции «бей или беги»). В норме после прекращения стимула стрессовые гормоны перестают выделяться, но, если мы продолжаем испытывать страх и видеть образы прошлого, избыток кортизола может повредить гиппокамп – часть системы краткосрочной памяти. В нем временно хранятся воспоминания о событиях примерно двухнедельной давности, которые затем вплетаются в нашу историю о самих себе. Если в гиппокампе много кортизола, воспоминания об эмоциональных событиях чрезвычайно живые – например, мы точно помним, где были 11 сентября 2001 года. Избыток кортизола вызывает в гиппокампе «короткое замыкание», мешает процессу переплетения недавних воспоминаний и их отправке на длительное хранение. Поэтому человек, страдающий ПТСР, не вспоминает травмирующий опыт, а вновь переживает его. Это похоже на разницу между воспоминанием и сновидениями: когда я что-то помню, я знаю, что нахожусь в настоящем и всего лишь оглядываюсь в прошлое. Но когда я вижу сон, мое единственное «я» находится в этом сновидении. При ПТСР человек видит кошмары наяву, и неудивительно, что у него развивается сверхнастороженность: он спит с десантным ножом под подушкой, и жена его боится.

Но для ПТСР необязательно иметь боевой опыт: достаточно любой ситуации, в которой вы ощущаете ужас и боитесь за свою жизнь. Чем дольше длится такое переживание, тем вероятнее реакция. В наши дни заболеваемость посттравматическим расстройством в США охватила 5 % мужчин и 10 % женщин. Более высокая распространенность среди женщин связана с тем, что виктимизация и беспомощность, сопутствующие изнасилованию и домогательствам, могут склонить чашу весов в сторону ПТСР вместо обычной стрессовой реакции. Однако здесь, несомненно, имеет место континуум: есть множество случаев «умеренного» ПТСР, не соответствующего формальным диагностическим критериям, но способного сделать жизнь несчастливой. Изнасилование, домогательство, побои, виктимизация и беспомощность легко приводят к травматическим реакциям. Они, в свою очередь, подводят нас к следующей теме – хроническому стрессу и сложному ПТСР.

Джудит Герман в своей ставшей классической книге *Trauma and Recovery* открывает глаза клиницистам на то, что результаты столкновения с продолжительным, неоднократным насилием и тотальным контролем, которые она называет сложным ПТСР, во многом хуже простого ПТСР^[70]. Она обращает внимание на то, что переживания терпящей побои жены или подвергающегося издевательствам ребенка не так уж отличаются от опыта военнопленных: они учатся беспомощности, безнадежности, живут в постоянном страхе, получают сопутствующие физическому или сексуальному насилию повреждения мозга. Учитывая все известные мне данные о домашнем насилии и жестоком обращении с детьми, я даю осторожную оценку: сложным ПТСР страдают около 30 % американцев. Как я уже говорил, большинство моих пациентов, даже из «хороших семей», рассказывают о ситуациях, граничащих с насилием и брошенностью. Это необязательно побои или сексуальная агрессия. Насилие может быть эмоциональным: жестокое и садистское обращение с ребенком, мелочный контроль, ожидание совершенства, переход на крик, оскорбления, внушение чувства стыда, унижение достоинства, требование ходить по струнке просто из желания показать, кто тут главный, запугивание или унижение ради садистского удовольствия... А на следу-

ющий день родитель ведет себя так, как будто ничего не случилось, или устраивает продуманные эмоциональные сцены: в слезах просит прощения, перекладывая свои проблемы на запуганное дитя. Тем не менее большинство взрослых пациентов испытывают шок, когда узнают, что такие детские переживания сопоставимы с насилием. Дети понимают, что с ними поступали неправильно, чувствуют отчуждение родителей, но депрессия заставляет верить: не родители жестоко вели себя с ними, а они сами были в чем-то виноваты. Помните Роберта из главы 1: *если с человеком долго обращаться как с грязью, он начинает чувствовать себя грязью.*

Авторитетнейший невролог Алан Шор^[71] проделал огромную работу, показавшую связь между детскими переживаниями, развитием мозга ребенка и психическим здоровьем во взрослом возрасте. Шор сумел понять и объяснить многие независимые наблюдения, беспокоившие психотерапевтов. В частности, почему большинство взрослых, переживших насилие в детском возрасте или испытывавших тяжелые нарушения в ранней привязанности, поражены пограничным расстройством личности. Почему многие взрослые, имевшие в детстве холодных или эмоционально закрытых опекунов, страдают от зависимостей. Почему у значительной части оказавшихся объектами сексуального насилия в нежном возрасте ныне отмечают аутоиммунные нарушения. Поскольку это были лишь спорадические данные, ответственные психотерапевты воздерживались от гипотез, что жестокое обращение с детьми вызывает пограничное расстройство личности или аутоиммунные заболевания или что отверженность родителями напрямую связана со злоупотреблением алкоголем и наркотиками. Шор, обладая энциклопедическими знаниями литературы в самых разных областях, смог обосновать механизм этих причинных связей. Его вывод: *переживания в детском возрасте – не только травмы или пренебрежение, но и просто плохие отношения между родителем и ребенком – приводят к повреждению структуры самого головного мозга.* Эти повреждения, в свою очередь, приводят к снижению способности переживать и контролировать эмоции, к нестабильной «я»-концепции, к повреждению иммунной системы, к сложностям с образованием отношений, к снижению способности сосредотачиваться, концентрироваться и учиться, к нарушению умения контролировать себя и другим проблемам^[72].

Когда на своих выступлениях я говорю об этих выводах, многие слушатели реагируют скептически: «Вы имеете в виду, что все происходящее в детстве может вызвать в головном мозге повреждения, которые сохраняются во взрослом возрасте? Это влияет на наши отношения, здоровье, способность думать?» Может быть, и не стоит использовать слишком провокационный термин – «повреждения головного мозга», однако я хочу заострить внимание читателей. Детские переживания, несомненно, поражают мозг физически. Все, о чем мы думаем, что чувствуем и помним, находится где-то в его структурах. Мозг вмещает наш опыт. Если детство было наполнено плохими впечатлениями, это оставляет в нем шрамы. Конечно, если бы их не было, довольно легко можно было бы прекратить саморазрушающее поведение, когда нам на него указали. Но вместо этого приходится искать способ обратить, вылечить или вырастить новые нервные цепи, чтобы затянуть эти старые раны.

Что хорошего в депрессии

Некоторые ученые считают, что причина существования депрессии – прежде всего в том, что это жестко встроенная в нас адаптивная реакция, необходимая для выживания. Если во время дрессировки собаки не могут убежать от электрического удара, они перестают что-либо делать, даже когда выход очевиден^[73]. Если младенец кричит и слишком долго остается без ответа, он перестает плакать, становится вялым и тем самым сохраняет энергию. Поэтому впадение в депрессию может оказаться адаптивной реакцией, если застав-

ляет отступить перед лицом непреодолимых препятствий или прекратить бессмысленные попытки получить желаемое слишком высокой ценой^[74].

Я не знаю ни одного человека с серьезной депрессией, который не заслужил бы право так себя чувствовать. Если человека долго бить по зубам, он начинает понимать, что лучше постоянно пригибать голову. Но, к сожалению, вместо того, чтобы беспристрастно посмотреть на воспитание, стрессы современного общества и повреждения, наносимые ими нашему мозгу и организму, большинство винят во всем себя. Надо простить себя за то, что мы не можем сделать невозможное, а затем остановить колесо обвинений и снова напомнить себе хорошую новость: мы можем изменить мозг. Правда, для этого нужно тяжело потрудиться и научиться видеть вещи такими, какие они есть. Придется изменить и собственные вредные привычки, и мировосприятие.

Часть II

Освойте новые навыки

Глава 5

Мир депрессии

Хорошая аналогия глубокой депрессии – сердечные заболевания. Они вызваны целым комплексом причин: генетической предрасположенностью, эмоциональными факторами (например, умением справляться со стрессами) и привычками (в том числе диетой и физическими упражнениями). Их нельзя подхватить, как инфекцию: болезнь развивается постепенно, по мере формирования бляшек в артериях. В какой-то момент человек переходит незримую черту, обозначенную показателями давления крови и уровня холестерина, и получает заболевание, с которым должен жить до конца своих дней. Вчера все было нормально, а сегодня у вас больное сердце. Вы не почувствовали никаких изменений, но теперь придется жить по-другому. Депрессия может быть похожим пороговым заболеванием: генетические и биохимические факторы определяют для каждого из нас уровень стресса, достигнув которого мы скатываемся в болезнь. К этой черте приближают детские травмы, стресс и утраты.

Какая-то стрессовая ситуация вызывает первую настоящую депрессию, и, если перешагнуть эту черту, вернуться нельзя. У нас просто есть депрессия. Можно лечить отдельные эпизоды, изменить образ жизни – чтобы предотвратить или облегчить эпизоды в будущем, но депрессия все равно есть. Кроме немногих счастливиц, которые при первых признаках получили отличную помощь, без серьезной программы реабилитации всегда формируется слабо выраженная фоновая дистимия, которой раньше не было.

К сожалению, о лечении и профилактике депрессии мы знаем намного меньше, чем о сердечно-сосудистых заболеваниях. Если изменить пищевые привычки, заниматься физкультурой и контролировать уровень стресса, риск болезни сердца можно снизить. Но как уменьшить риск депрессии, похоже, не знает никто, больше того – многие психиатры придерживаются мнения, что это просто невозможно^[75]. Было создано много эффективных лекарств и хирургических процедур, способных обратить последствия болезней сердца, практически вернуть пациента к нормальной жизни и надежно уменьшить риск следующих приступов. Однако несмотря на то, что существуют лекарства и методики, помогающие при депрессии, лишь немногие из них показали эффективность в снижении риска будущих эпизодов, и лишь немногим пациентам повезло вернуться к нормальному самочувствию.

Поскольку депрессию, видимо, никто по-настоящему не понимает, каждый считает возможным высказывать свое мнение: вы никак не разберетесь, чей совет лучше – врача, жены, священника, специалиста по психиатрии или первого попавшегося сайта по самопомощи. Однако в действительности опытные, открытые новым идеям психотерапевты много знают о том, как помочь людям избавиться от этого заболевания. Такая «житейская мудрость» редко становится достоянием общественности, и не потому, что это какая-то профессиональная тайна, а потому, что она во многом привязана к теоретическим воззрениям, которые сами по себе мешают обмену знаниями и опытом. Когда речь заходит о том, что делать, эффективные психотерапевты в основном понимают, что именно, но они безнадежно далеки от того, как это объяснить.

В этой части книги я хочу дать некую квинтэссенцию практических психологических методик, облегчающих восстановление после депрессии. Моя цель – не рекламировать психотерапию, а использовать ее в качестве модели и объяснить принципы выздоровления.

Надеюсь показать, как научиться останавливать обреченное на поражение поведение, ошибочно кажущееся единственно возможной реакцией на отчаянное внутреннее состояние.

Один из важнейших элементов эффективной психотерапии – доверие. Существует негласный договор: пациент открыт и честен, а врач использует свои особые знания только во благо и никогда – во вред. Для многих взрослых такие отношения – единственная ситуация, где можно «снять защиту». Больные депрессией почти всегда полны чувства вины и стыда. Их жизнь не соответствует собственным стандартам, они ощущают себя неудачниками, думают, что огорчают любимых людей. Когда врач слышит эти тайны и при этом не выбегает из кабинета с криками возмущения, не бранит пациента, считающего себя «морально прокаженным», тогда и начинается лечение. Относиться к страдающему как к достойному, пусть и не идеальному человеку крайне важно, чтобы он начал преодолевать пронзительное чувство вины и стыда.

Другой существенный элемент – эмоциональная вовлеченность и поддержка. Как правило, человек из стеснения или боязни неприятия не говорит близким о глубине своей боли или страха. Он, используя терминологию общества анонимных алкоголиков, «затыкает» чувства: сдерживает их и пытается делать вид, что их нет, а если и проявляет, то обычно получает от окружающих советы, хотя нуждается просто в понимании. Люди легко советуют, потому что сами, как и пациент, боятся нужды и боли и хотят как можно быстрее от них избавиться.

На этом этапе хороший психотерапевт не дает никаких рекомендаций, а показывает на примерах, что чувств бояться не надо. В действительности он прощупывает человека, а потом идет глубже и дает пациенту понять, что депрессия – процесс, живущий собственной жизнью, и что надежда есть, потому что от болезни можно избавиться. Однако чувства страдающего очень важны. Иногда все, чем может помочь врач, – это, образно говоря, держать больного за руку и вместе с ним ждать, когда буря немного утихнет. Часто в жизни пациента нет никого другого, кто может это сделать.

Когда доверие и поддержка установлены, можно приступать к лечебной части психотерапии. Изменить можно многие аспекты жизни человека. Я объединил их в семь основных категорий.

1. *Эмоции.* Больные депрессией обычно привыкают к неэффективным или вредным способам обращения с эмоциями. Некоторые, как Роберт, кажется, боятся любых эмоциональных проявлений и кажутся холодными, рассудительными, избегающими контактов. Когда Роберту стало лучше и он это понял, он полюбил подшучивать над собой, называть себя эмоциональным инвалидом. Другие, напротив, чувствуют себя так близко к пропасти, что боятся разрыдаться на людях. Многим в состоянии депрессии особенные сложности доставляет гнев. Они считают, что сердиться нельзя, поэтому подавляют его до тех пор, пока могут вытерпеть, а потом взрываются. Близкие не понимают, в чем дело, потому что не знают всех маленьких расстройств, приведших к срыву. Чувствуя потерю контроля над собой, человек еще больше впадает в депрессию. Во время психотерапии он должен научиться видеть эти схемы поведения и понять, что тесная близость не ведет к поглощению другим человеком, а гнев не заканчивает отношений. Это часто отражается на взаимоотношениях между врачом и пациентом: больной чувствует себя достаточно безопасно и впервые может испытать доверие, не боясь и не избегая его.

2. *Поведение.* Часто пациенту приходится изменить модели поведения, ведущие к депрессивному образу жизни. Большинство больных депрессией – перфекционисты: они полагают, что, если работу не сделать идеально, это угрожает всей самооценке. Часто это ведет к прокрастинации, и работа так по-настоящему и не начинается. Прямого поражения удастся избежать, но сам больной понимает, что подвел. Из-за перфекционизма мы хотим переделывать себя с нуля: сбросить 15 килограммов, пробежать по 10 километров в день,

перестать пить и курить, полностью реорганизовать работу и выделить время на расслабление и медитацию. Перед нами вырисовывается немалый объем работы, поэтому мы так никогда не начинаем или в один прекрасный день все-таки беремся за дело, но поток энергии рассеивается в разные стороны, мы ничего не добиваемся и лишь утверждаемся в вере, что не стоит и пробовать. Надо осознать, что достижение более реальных целей приносит намного больше удовлетворения, чем строительство воздушных замков.

3. *Мыслительные процессы.* Надо начать думать по-другому. Джером Франк¹⁸ говорил об уникальном мире допущений, имеющемся у каждого человека: идиосинкратическом наборе убеждений, с помощью которых он объясняет себе, как «работает жизнь»^[76]. Некоторые допущения мы получаем от родителей, другие развиваются по мере взросления, и мы продолжаем добавлять и пересматривать наши убеждения в зрелом и пожилом возрасте. Депрессивных людей объединяют определенные допущения, которые поддерживают сами себя и не исправляются с опытом. Мы считаем, что в плохих событиях нашей жизни виноваты сами, а хорошее просто случайно. Мы настроены пессимистично и думаем, что, если пустить дело на самотек, все развалится, а не будет развиваться к лучшему. Надо постоянно все контролировать – в противном случае произойдет катастрофа. Эти мыслительные привычки во многом неосознанны. Чтобы началось выздоровление, желательно вытащить их наружу, подвергнуть сомнению и изменить.

4. *Стресс.* О влиянии стресса на организм и психику известно намного больше. Условия жизни в XXI веке заставляют нас реагировать на окружающее по принципу «бей или беги» и выделять в больших количествах гормоны стресса – адреналин и кортизол. Они очень полезны в экстремальных ситуациях, но со временем разрушают психику, мозг и организм в целом, вызывая депрессию и не только ее. Единственный известный мне способ борьбы со стрессом такого рода – научиться вовлеченности. Психическая вовлеченность (умение жить более осознанно, быть бдительным в текущий момент времени) зарекомендовала себя как очень эффективный способ исцеления стресса, тревожности и депрессии. У нее есть и профилактическая ценность. Методика вовлеченности заключается в том, что человек остается очень внимательным, но немного оторванным от собственного опыта; он учится смотреть на себя как любящий родитель: объективно и благосклонно. Основанная на такой методике медитация осознанности, или медитация ясного ума, оказалась хорошим подспорьем в решении многих эмоциональных и соматических проблем. Одно новое потрясающее исследование показало, что подобные занятия способны восстанавливать некоторые повреждения мозга, которые влечет за собой депрессия.

5. *Отношения.* Для человека с депрессией отношения с другими всегда представляют сложность. Мы живем с кровоточащей раной в сердце и мечтаем встретить человека, который ее вылечит, но стыдимся этих чувств и никому о них не говорим. Нас очень беспокоит, что о нас думают другие, но мы боимся показать, что это для нас важно, и в результате почти всегда разочаровываемся. Вечно ожидая отторжения, своей защитной реакцией мы можем оттолкнуть первыми. Границы нашей личности слишком проницаемы, поэтому мы считаем, что другие знают о наших чувствах, и наоборот. Очень часто мы заблуждаемся, но не делаем выводы из ошибок и продолжаем делать такие допущения. Нужно научиться определенным способам общения, которые укрепят границы и положат конец недопониманию.

6. *Тело.* В состоянии депрессии человек обычно нечувствителен к сигналам, которые подает его организм. Часто мы работаем на износ и падаем от истощения, не подозревая, что это лишь вредит. Появляются проблемы с простыми вещами, например с приемом пищи: едим неправильно и легко набираем вес, начинаем недоедать или и то и другое сразу. Мы

¹⁸ Франк, Джером (Frank Jerome, 1909–2005, США) – профессор в Университете Джонса Хопкинса (Балтимор, США), один из родоначальников групповой терапии, автор гипотезы деморализации.

забываем о сне, не занимаемся спортом. Пытаясь регулировать настроение и работу организма, мы легко начинаем злоупотреблять алкоголем и другими одурманивающими веществами.

7. «Я». У человека с депрессией нет внутренних ресурсов самоуважения, которые помогли бы пережить трудные времена. Мы пытаемся найти им замену в других людях, но понимаем, что такие ожидания нечестны и нереалистичны, и поэтому нас снедают стыд и чувство вины. Мы отчаянно хотим быть любимыми, но уверены, что полюбить нас нельзя. Не можем определить для себя принципы и ценности и рационально расставить приоритеты, потому что не хватает уверенности в собственных мыслях. Достижение важной цели не дает удовлетворения, потому что все цели одинаковы, и пригоревший обед способен свести на нет гордость по поводу окончания института. Надо научиться выделять приоритеты, доверять своим решениям и гордиться достижениями.

В следующих главах мы рассмотрим негативное влияние депрессии на наш быт и то, как искаженная реальность укрепляет причину своей трансформации в разных сферах жизни. Отстранившись и изучив, как *создается* депрессия, мы, вероятно, сможем увидеть, как с ней *разделаться*. Читателю этой книги может быть достаточно и того, что он сумеет взглянуть на мир в ином ракурсе. Но большинству больных нужно нечто большее: конкретный способ, как изменить жизнь; особые методики или навыки, благодаря которым можно заменить пагубные привычки депрессии. Я покажу и их. Помните, что мозг меняется благодаря тому, что мы думаем и делаем. Можно перестроить себя так, чтобы депрессивное поведение перестало быть первой, автоматической реакцией на новую ситуацию. Поначалу работа по перенастройке сложна, но изменения происходят постепенно, поэтому со временем здоровое поведение, мышление и чувства набирают темп и становятся для нас все более и более естественными.

Читателя с депрессией вторая часть книги может разочаровать: «Господи, придется переделывать себя с нуля. У меня никогда не получится! Лучше пойду прилягу», – может подумать он. Вот что я скажу: расслабьтесь и подходите к этому спокойно. Не надо делать все сразу. Чтобы избавиться от депрессии, можно начать с чего угодно. Чтобы запустить нарастающий цикл здорового поведения, может хватить любой главы, любой подсказки. Но с чего-то надо начать.

Глава 6 ЭМОЦИИ

Алекс – исключительный интроверт. Единственный ребенок в семье, он потерял родителей и после окончания колледжа жил одиноко. Его работу большинство людей сочли бы скучной. Алекс был ни застенчивым, ни излишне самоуверенным: он легко отвечал на вопросы, имел приятную улыбку. Тем не менее, судя по всему, контактов с людьми избегал.

Только своему психотерапевту он рассказал, какое одиночество и депрессию переживает. Алекс завидовал людям, у которых были близкие. Себя считал гомосексуалистом, хотя имел крайне мало сексуального опыта. Единственной отдушиной было посещение гей-баров, где он всегда находил человека, становившегося его виртуальным любовником. Эти романы длились в воображении Алекса месяцами. Каждый взгляд и жест «партнера» он воспринимал как тайный знак, свидетельство любви и в такие моменты испытывал эйфорию. Алекс часто пропускал визиты к психотерапевту, а когда появлялся, не мог сосредоточиться на обсуждаемых темах. Однако в конце концов воображаемый любовник неизбежно делал какой-то жест, который Алекс воспринимал как измену. Пузырь лопался – он погружался в бездну депрессии и чувствовал себя в точности так, как если бы его жестоко и безрассудно отверг настоящий возлюбленный.

Наконец, психотерапевту удалось уговорить Алекса принимать антидепрессант. Это произвело волшебный эффект: уже через несколько недель молодой человек впервые начал реалистично рассказывать о своей жизни и понял, что этими воображаемыми романами только обманывает себя. Кроме того, он увидел, что карьера идет в никуда. Они с врачом возбужденно планировали встречи с реальными людьми, рассматривали возможность продолжения учебы или попытки найти более ответственную работу. Алекс выглядел другим человеком, и это очень воодушевляло доктора.

Но потом пациент на несколько месяцев бросил лечение, а когда обратился к специалисту снова, оказалось, что его отверг очередной любовник. Сердце врача оборвалось: это была очередная воображаемая связь. Психотерапевт спросила Алекса, принимает ли он лекарство. «Ах, это... – замялся Алекс. – Оно мне не подходит. С ним я чувствовал себя не в своей тарелке. Вот сейчас я – это я».

Мы беседовали с врачом об Алексее и пришли к выводу, что в психотерапии есть много объяснений, почему он взялся за старое, но в итоге все вращается вокруг страха: *Алекс просто боялся чувств, которые не мог контролировать.* Если роман жил только в его воображении, то писал сценарий он сам и все происходящее, включая разрыв в конце, было порождением его собственной психики. Но если он подходил к живому человеку, то больше ни за что не отвечал и подвергал себя опасности пережить настоящие чувства. Что если кто-то и в самом деле его полюбит? Быть любимым непросто. Поэтому Алекс строит свою жизнь, избегая пиков эмоций.

Чтобы освоить навыки, которые помогут преодолеть и предотвратить депрессию, придется начать с эмоций. *Депрессивные люди боятся чувств, поэтому другие пагубные при-*

вычки, которые мы подробно разберем в следующих главах – то, как мы думаем, действуем, общаемся и видим себя, – в сущности, были выработаны нами, чтобы не чувствовать определенных вещей. Понимание, что эмоций не надо бояться, освобождает нас и позволяет изменить другие привычки.

Большинство людей, с депрессией или без нее, немного побаиваются чувств. Одно из центральных положений психодинамической терапии в том, что тревожность – страх быть разорванным в клочья, поглощенным нашими эмоциями – фундаментальная проблема во множестве ситуаций. А ведь одна из основополагающих истин состоит в том, что на самом деле бояться нечего. Масса страданий вызвана именно нашими страхами и привычками, которые мы вырабатываем, чтобы контролировать и избегать эмоции. Если перестать убежать, обернуться и посмотреть демонам в глаза, они, как правило, оказываются совершенно безобидными.

У людей в состоянии депрессии обнаруживается особенный талант подавлять чувства. Они могут показывать себе и миру, что не испытывают нормальных человеческих эмоций, им очень хорошо удается строить защитные барьеры из подавления, изоляции и интеллектуализации, а самоотрицание и самопожертвование они доводят до такой степени, что, кажется, «я» совсем исчезает.

Одна из величайших и наименее оцененных заслуг Фрейда заключается в разработке понятия неосознанной вины. Даже лучшие, самые любящие родители иногда сердят или расстраивают ребенка. У него могут возникать фантазии о побеге или подозрение, что он не принадлежит этим людям, что за ним когда-нибудь придут его «настоящие» родители. В гневе ребенок может мечтать убить своих родителей, но, поскольку он их любит и зависит от них, пытается подавить в себе такие мысли. Борясь с чувствами, ребенок загоняет их в подсознание, однако вину продолжает ощущать.

Процесс подавления наших эмоций при сохранении чувства вины или стыда за них – один из самых зловещих аспектов человеческой психики: мы не позволяем себе представить такое желание, не даем ему права возникнуть в нашем воображении, насладиться мыслью о соблазнении или мести, но все равно чувствуем себя виноватыми.

Однажды у меня был пациент, который уже подал на развод, когда у жены вдруг обнаружили смертельное заболевание. Брак был кошмарным, жена – ведьмой с садистскими наклонностями, а болезнь только усилила в ней эти черты, но мой пациент не мог бросить ее в такой ситуации. Он никогда не желал ей смерти, хотя я объяснил ему, что в его обстоятельствах это было бы нормально. При этом он все равно чувствовал себя ужасно виноватым. Этой вины не смогли изгладить ни нежный уход, ни самопожертвование во время ее болезни. Другой пациент (Шэрон, глава 16) – молодая женщина, пережившая сексуальное насилие со стороны брата, – не позволяла себе испытывать нормальное половое влечение. Ей приходилось превращать всех мужчин в своей жизни в сексуальных агрессоров, а затем чувствовать себя виноватой, грязной и пристыженной, потому что она снова дала себя совратить. Это один из ведущих принципов повседневности, о котором мы постоянно забываем: *человек винит себя за свои чувства и желания, не осознавая этих желаний и чувств.*

Во многом по этой причине больные депрессией обычно преисполнены чувства вины и занимаются самобичеванием. Вместо нормальных колебаний радости, грусти, разочарования, наслаждения, желаний и гнева, которые у большинства повторяются в день по многу раз, они живут в своего рода серой нейтральности, превращающейся в подспудные тектонические сдвиги настроения. Но даже несмотря на неосознанность этих эмоций, они продолжают чувствовать себя виноватыми в них. Когда тихая, депрессивная жена неосознанно сердится на мужа-тирана, она будет чувствовать себя виноватой за свою ярость, даже не испытывая ее, и этим будет лишь подпитывать свою депрессию.

Мы открыли один из величайших секретов заболевания: депрессивный человек преисполнен чувства вины за свои ощущения, желания и порывы, хотя их не осознает. Поэтому, *раз вы в любом случае будете чувствовать себя виноватым, лучше знать, в чем именно: тогда с этим можно что-то сделать.* Первый шаг в преодолении вины – осознать свои чувства.

Научитесь чувствовать

Как начать возвращать себе способность испытывать эмоции? Прежде всего необходимо понять, что это врожденные инстинктивные реакции, живущие в нас с младенчества. Когда ребенку тепло, уютно и безопасно, он чувствует то, что мы назвали бы удовлетворением и счастьем. Если младенец получает что-то приятное, например новую игрушку, он преисполнен радости или наслаждения. Когда его что-то пугает, он ощущает страх. Если малыша надолго оставить одного, он грустит. Способность переживать эмоции накрепко встроена в нервную систему. Если кто-то наступит вам на ногу, вам будет больно. Если кто-то наступил вам на «психическую мозоль», например грубостью или обманом, вы можете испытать гнев, зависть, злость. И если эти эмоции не появляются, значит, вы тратите психическую энергию на то, чтобы их скрыть. Лучше эту энергию расходовать на более полезные цели.

Эмоции, похожие на наши, есть и у высших млекопитающих – собак, кошек, лошадей, обезьян, и поэтому мы чувствуем к ним такую привязанность. Дарвин обращал внимание на то, что способность младенцев выражать эмоции еще до того, как они начнут говорить, имеет важное значение для выживания вида. Когда ребенок выглядит испуганным, мы чувствуем инстинктивное желание его утешить. Если он кричит от голода, мы его накормим, а если смеется от радости – поиграем с ним, давая тем самым возможность учиться путем социализации. Функция эмоций – привлекать внимание к породившей их ситуации. Если бы младенец не мог выражать своих чувств, он бы умер, потому что мы бы не знали, как о нем заботиться.

Эмоции дают нам крайне важную информацию о жизни. Это сигналы, сообщающие о наших ценностях: что кажется правильным и неправильным, хорошим и плохим. Когда перед нами моральный выбор, надо особенно прислушиваться к своим ощущениям, потому что, если слишком много раздумывать, включаются защитные механизмы: мы можем выбрать более легкое решение, а не более правильное. Первые, инстинктивные чувства обычно честнее и объективнее, поэтому надо следить за первой реакцией на новых людей и ситуации. Негативные впечатления довольно часто представляют собой сигналы из миндалевидных тел – чувствующих опасность центров головного мозга – и говорят, чего нам опасаться. К ним надо отнестись внимательно и осознанно. Иногда это предупреждение, что конкретный человек чего-то от вас хочет, но не признается прямо, и, забыв о первом впечатлении, вы можете стать жертвой манипулирования. Положительные первые впечатления тоже имеют значение. Простая мысль о том, что с человеком можно неплохо провести время, способна оказаться самоисполняющимся пророчеством и принести в вашу жизнь радость, а это очень хорошо.

Эмоции сами по себе абсолютно свободны от оценочных суждений. Это рефлекс, как слюноотделение или отдергивание руки от горячего утюга. Однако то, как мы их выражаем, имеет важнейшее социальное и личностное значение. Мы в определенной степени способны контролировать выражение эмоций, но если вдруг начинаем пытаться их обуздать, появляются проблемы. Когда рассерженный мужчина бьет жену, это и разрушает психику, и порицается обществом. А если он расскажет, что его вывело из себя, попытается прояснить ситуацию, выпустит пар с помощью физических упражнений или погрузится с головой в

работу, выход эмоций станет социально допустим и психологически продуктивен. Еще раз: мы можем влиять на выражение эмоций, однако решили, что некоторые из них нельзя даже испытывать, а это практически невозможная задача.

Чтобы научиться подавлять в себе эмоции, больным депрессией требуется много практики, однако в итоге у них получается. Женщинам особенно хорошо удается гасить гнев, мужчинам – грусть. И те и другие в значительной мере перестают испытывать радость и счастье: видимо, когда человек теряет способность переживать неприятные чувства, с ними уходят и позитивные. Мы начинаем жить как под наркозом.

Функции защитных реакций

Человек перестает чувствовать, потому что злоупотребляет психологическими *защитными механизмами*, в том числе отрицанием, изоляцией и репрессией, чтобы оставить эмоции в области бессознательного. Защитные реакции помогают избавить разум от понимания, что где-то в глубине продолжается внутренний конфликт. Мы постоянно пытаемся найти баланс между истинными и «правильными» желаниями и тем, что можно достичь в реальности. Если действительность – например, смерть любимого человека – нас подавляет, мы можем уйти в отрицание и периодически забывать, что произошло. Если в конфликт вступают наши желания, например половое влечение к человеку, который для нас запрещен, мы можем скорректировать влечение и возжелать кого-то другого, превратить желание в ненависть, интеллектуализировать его или использовать целый ряд других возможностей. Защитные механизмы – это искусство, творческий синтез. Разум бессознательно создает то, чего не было раньше.

Сами по себе защитные реакции необходимы человеку. Часто это адаптивные стратегии, позволяющие справиться со сложными ситуациями или людьми. К сожалению, люди с депрессией слишком часто ими пользуются, избегая чувств, и появляется риск вообще потерять способность к ощущениям.

Все защитные реакции в какой-то мере искажают реальность, но некоторые из них действуют сильнее других. Так называемые незрелые реакции, например отрицание и проекция, могут поставить реальность с ног на голову. При *отрицании* я искренне не понимаю, чем мой алкоголизм вредит другим, хотя объективному наблюдателю это ясно как день. Именно поэтому люди так сердятся на алкоголиков: очень сложно поверить, что они не видят истинного положения дел; однако алкоголик живет в другой реальности, в которой господствует бутылка. При *проекции* человек приписывает свои чувства другим. Муж возвращается с работы в плохом настроении, проецирует свое недовольство, интерпретируя нейтральные замечания жены или ребенка как враждебные и провокационные, и вскоре получает желанную ссору. Другие – зрелые – защитные механизмы могут лишь слегка исказить действительность. Например, юмор смещает акценты: то, что казалось важным и огорчительным, выглядит банальным и нелепым. Зрелые защитные реакции позволяют видеть происходящее точнее, чем незрелые, но, к сожалению, в состоянии депрессии человек злоупотребляет именно последними^[77].

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.

ИСТОЧНИКИ

1.

Gerald Klerman. Evidence for Increases in the Rate of Depression in North America and Western Europe During Recent Decades // 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).

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).

6.

Christopher J. L. Murray and Alan D. Lopez (editors). *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.

Там же.

8.

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).

9.

American Association of Suicidology (www.suicidology.org), данные на 2005 год. Сайт Avert (www.avert.org/statsum.htm), данные на 2006 год.

10.

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

11.

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).

12.

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).

13.

Shankar Vedantam. Antidepressant Use by U. S. Adults Soars // *Washington Post* (Dec. 3, 2004).

14.

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).

15.

У Лурмана есть захватывающая, хорошо написанная, хотя и безрадостная книга об этом: Т. М. Luhrman, *Of Two Minds: The Growing Disorder in American Psychiatry* (New York: Knopf, 2000).

16.

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, Zindel Segal, Carol Garson, Mark Lau, et al. Modulation of Cortical-Limbic Pathways in Major Depression: Treatment-Specific Effects of Cognitive Behavior Therapy // *Archives of General Psychiatry* 61, 34–41 (2004).

17.

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

18.

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

19.

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 (www.suicidology.org), данные на 2005 год.

20.

Robert N. Anderson and Betty L. Smith. Death: Leading Causes for 2002 // *National Vital Statistics Reports* 53 (2005) // www.cdc.gov/nchs/deaths.htm.

21.

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).

22.

Miller, Drama of the Gifted Child.

23.

Там же.

24.

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

25.

U. S. Department of Health and Human Services, Clinical Practice Guideline.

26.

Там же.

27.

Там же.

28.

Martin B. Keller, R. M. Hirschfeld, and D. Hanks. Double Depression: A Distinctive Subtype of Unipolar Depression // Journal of Affective Disorders 45, 65–73 (1997).

29.

Lewis I. Judd, H. S. Akiskal, J. D. Maser, P. J. Zeller, et al. A Prospective 12-Year Study of Subsyndromal and Syndromal Depressive Symptoms in Unipolar Major Depressive Disorders // Archives of General Psychiatry 55, 694–700 (1998).

30.

Lewis I. Judd, H. S. Akiskal, J. D. Maser, P. J. Zeller, et al. Major Depressive Disorder: A Prospective Study of Residual Subthreshold Depressive Symptoms as Predictor of Rapid Relapse // Journal of Affective Disorders 50, 97–108 (1998).

31.

U. S. Department of Health and Human Services, Clinical Practice Guideline.

32.

См. досье Теда Тернера в журнале Time, составленное Присциллой Пэйнтон, Time, с. 12, 6 января 1992 года.

33.

Madhukar H. Trivedi, A. John Rush, Stephen R. Wisniewski, et al. Evaluation of Outcomes with Citalopram for Depression Using Measurement-Based Care in STAR*D: Implications for Clinical Practice // American Journal of Psychiatry 163, 28–40 (2006).

34.

Jules Angst. Major Depression in 1998: Are We Providing Optimal Therapy? // *Journal of Clinical Psychiatry* 60, 5–9 (1999, Suppl. 6).

35.

P. W. Lavori, M. B. Keller, T. I. Mueller, and W. Scheftner. Recurrence After Recovery in Unipolar MDD: An Observational Follow-Up Study of Clinical Predictors and Somatic Treatment as a Mediating Factor // *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 4, 211–229 (1994).

36.

Angst. Major Depression.

37.

Ronald C. Kessler, Katherine A. McGonagle, Shanyang Zhao, Christopher B. Nelson, et al. Lifetime and 12-month Prevalence of DSM – III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study // *Archives of General Psychiatry* 51, 8–19 (1994); Ronald C. Kessler, Christopher B. Nelson, Katherine A. McGonagle, J. Liu, et al. Comorbidity of DSM – III-R Major Depressive Disorder in the General Population: Results from the U. S. National Comorbidity Study // *British Journal of Psychiatry* 18, 17–30 (1996, Suppl. 30).

38.

Maurizio Fava, A. John Rush, Jonathan E. Alpert, et al. Difference in Treatment Outcome in Outpatients with Anxious versus Nonanxious Depression: A STAR*D Report // *American Journal of Psychiatry* 165:3, 342–351 (2008).

39.

Gavin Andrews. Comorbidity and the General Neurotic Syndrome // *British Journal of Psychiatry* 168, 76–84 (1996, Suppl. 30).

40.

Обзор по этой теме приведен в книге: Richard O'Connor, *Active Treatment of Depression* (New York: Norton, 2001).

41.

Charles B. Nemeroff. Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders: The Rule, Not the Exception? // *American Journal of Psychiatry* 159:1, 3–4 (2002).

42.

Richard O'Connor, *Undoing Perpetual Stress: The Missing Connection Between Depression, Anxiety, and Twenty-First-Century Illness* (New York: Berkley, 2006).

43.

Там же.

44.

Я рад, что такой выдающийся человек, как Дэвид Барлоу, считает подобным образом: см. Laura B. Allen, R. Kathryn McHugh, and David Barlow. *Emotional Disorders: A Unified*

Protocol // David H. Barlow (ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (New York: Guilford, 2008).

45.

Robert M. Sapolsky, предисловие в книге Bruce S. McEwen. *The End of Stress as We Know It* (Washington, DC: Joseph Henry Press, 2002).

46.

H. Sadowski, B. Ugarte, I. Kolvin, C. Kaplan, and J. Barnes. *Early Family Life Disadvantages and Major Depression in Adulthood* // *British Journal of Psychiatry* 174, 112–120 (1998).

47.

Дональд Клейн, работающий в Колумбийском университете, – ведущий исследователь атипичной депрессии и ИМАО. См., например, M. R. Leibowitz, F. M. Quitkin, J. W. Stewart, P.J. McGrath, W. M. Harrison, J. S. Markowitz, J. G. Rabkin, E. Tricamo, D. M. Goetz, and D. F. Klein. *Antidepressant Specificity in Atypical Depression* // *Archives of General Psychiatry* 45:2, 129–137 (1988).

48.

Michael W. O'Hara and Annette M. Swain. *Rates and Risk of Postpartum Depression – A Meta-analysis* // *International Review of Psychiatry* 8:1, 37–54 (1996).

49.

Michael F. Greene. *Teratogenicity of SSRIs – Serious Concern or Much Ado About Little* // *New England Journal of Medicine* 356:26, 2732–2733 (June 28, 2007).

50.

Raymond W. Lam, Anthony J. Levitt, Robert D. Levitan, Murray W. Enns, et al. *The Can-SAD Study: A Randomized Controlled Trial of the Effectiveness of Light Therapy and Fluoxetine in Patients with Winter Seasonal Affective Disorder* // *American Journal of Psychiatry* 163, 805–812 (May 2006).

51.

Об уменьшении гиппокампа при повторяющихся эпизодах депрессии см., например, Yvette I. Sheline, M. H. Gado, and H. C. Kraemer. *Untreated Depression and Hippocampal Volume Loss* // *American Journal of Psychiatry* 160:8, 1516–1518 (2003); Meena Vythilingam, Christine Heim, Jeffrey Newport, Andrew H. Miller, et al. *Childhood Trauma Associated with Smaller Hippocampal Volume in Women with Major Depression* // *American Journal of Psychiatry* 159:12, 2072–2080 (2003); Jennifer Keller, Lin Shen, Rowena G. Gomez, Amy Garrett, et al. *Hippocampal and Amygdalar Volumes in Psychotic and Nonpsychotic Unipolar Depression* // *American Journal of Psychiatry* 165, 872–880 (2008); Robert M. Sapolsky. *Foreword* // Bruce S. McEwen, *End of Stress*; Poul Videbech and Barbara Ravnkilde. *Hippocampal Volume and Depression: A Meta-Analysis of MRI Studies* // *American Journal of Psychiatry* 161, 1957–1966 (2004).

52.

Kimberly Goldapple, Zindel Segal, Carol Garson, Mark Lau, et al. *Modulation of Cortical-Limbic Pathways in Major Depression: Treatment-Specific Effects of Cognitive Behavior Therapy* // *Archives of General Psychiatry* 61, 34–41 (2004).

53.

Joel A. Posener, Lei Wang, Joseph L. Price, Mokhtar H. Gado, et al. High Dimensional Mapping of the Hippocampus in Depression // *American Journal of Psychiatry* 160, 83–89 (2003).

54.

Mario Liotti, Helen S. Mayberg, Scott McGinnis, Stephen L. Brannan, and Paul Jerabek. Unmasking Disease-Specific Cerebral Blood Flow Abnormalities: Mood Challenge in Patients with Remitted Unipolar Depression // *American Journal of Psychiatry* 159, 1830–1840 (2002).

55.

Robert M. Post. Transduction of Psychosocial Stress into the Neurobiology of Recurrent Affective Disorder // *American Journal of Psychiatry* 149, 999–1010 (1992).

56.

Eleanor A. Maguire, David G. Gadian, Ingrid S. Johnsrude, Catriona D. Good, et al. Navigation-Related Structural Change in the Hippocampi of Taxi Drivers // *Proceedings of the National Academy of Sciences* 97, 4398–4403 (March 14, 2000).

57.

Thomas Elbert, Christo Pantev, Christian Wienbruch, Brigitte Rockstroh, and Edward Taub. Increased Cortical Representation of the Fingers of the Left Hand in String Players // *Science* 270, 305–307 (1995).

58.

Bogdan Draganski, Christian Gaser, Volker Busch, Gerhard Schuierer, Ulrich Bogdahn, and Arne May. Neuroplasticity: Changes in Grey Matter Induced by Training // *Nature* 427, 311–312 (2004).

59.

Daniel Goleman. *Emotional Intelligence* (New York: Bantam, 1995).

60.

A. Bertelsen, B. Harvald, and M. Hauge. A Danish Twin Study of Manic-Depressive Disorders // *British Journal of Psychiatry* 130, 330–351 (1977).

61.

Bradley S. Peterson, Virginia Warner, Ravi Bansal, Hongtu Zhu, Xuejun Hao, Jun Liu, Kathleen Durkin, Phillip B. Adams, Priya Wickramaratne, and Myrna M. Weissman. Cortical Thinning in Persons at Increased Familial Risk for Major Depression // *Proceedings of the National Academy of Sciences* 106, 6273–6278, 2009.

62.

Allan N. Schore. *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development* (Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1994); Allan N. Schore. *Affect Deregulation and Disorders of the Self* (New York: Norton, 2003a); Allan N. Schore. *Affect Regulation and the Repair of the Self* (New York: Norton, 2003b).

63.

Vincent J. Felitti, Robert F. Anda, Dale Nordenberg, David F. Williamson, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults:

The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study // *American Journal of Preventive Medicine* 14:4, 245–258 (1998); Vincent J. Felitti. Reverse Alchemy in Childhood: Turning Gold into Lead // *Family Violence Prevention Fund Health Alert* 8:1, 1–8 (2001); Valerie J. Edwards, George W. Holden, Vincent J. Felitti, and Robert F. Anda. Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences Study // *American Journal of Psychiatry* 160:8, 1453–1460 (2003).

64.

Robert J. Waldinger, George E. Vaillant, and E. John Orav. Childhood Sibling Relationships as a Predictor of Major Depression in Adulthood: A 30-Year Prospective Study // *American Journal of Psychiatry* 164, 949–954 (2007).

65.

Robert F. Musson and Lauren Alloy. Depression and Self-Directed Attention // Lauren Alloy (ed.), *Cognitive Processes in Depression* (New York: Guilford, 1988), pp. 193–220.

66.

Stephen R. Schuchter, Nancy Downs, and Sidney Zisook. Biologically Informed Psychotherapy for Depression (New York: Guilford, 1996), p. 86.

67.

C. Thomas Gualtieri, Lynda G. Johnson, and Kenneth B. Benedict. Neurocognition in Depression: Patients On and Off Medication versus Healthy Comparison Subjects // *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 18, 217–225 (2006).

68.

Christoph Herrmann, Sigrid Brand-Driehorst, Britta Kaminsky, Eric Leibing, Hermann Staats, and Ulrich Rueger. Diagnostic Groups and Depressed Mood as Predictors of 22-Month Mortality Among Medical Inpatients // *Psychosomatic Medicine* 60, 570–577 (1998).

69.

P. M. Lewinsohn. A Behavioral Approach to Depression // R. J. Friedman and M. M. Katz (eds.), *The Psychology of Depression*, (Washington, DC: Winston, 1974) pp. 157–177; Sandor Rado. The Problem of Melancholia // Willard Gaylin (ed.), *Psychodynamic Understanding of Depression* (Northvale, NJ: Jason Aronson, 1994) (Reprinted from *International Journal of Psycho-Analysis* 9, 420–438 [1928]); Paul Wachtel. *Therapeutic Communication: Knowing What to Say When* (New York: Guilford, 1993).

70.

Judith Herman. *Trauma and Recovery* (New York: Basic, 1992).

71.

Schore. *Origin of the Self, Disorders of the Self, and Repair of the Self*.

72.

O'Connor. *Undoing Perpetual Stress*.

73.

Martin Seligman. *Learned Optimism* (New York: PocketBooks, 1990).

74.

Randolph M. Nesse. Is Depression an Adaptation? // *Archives of General Psychiatry* 57:1, 14–20 (2000).

75.

Dan Blazer. *The Age of Melancholy: “Major Depression” and Its Social Origins* (New York: Routledge, 2005).

76.

Jerome Frank. *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy* (New York: Schocken, 1974).

77.

George E. Vaillant. *The Wisdom of the Ego* (Cambridge: Harvard University Press, 1993).