

А.Н. ЕРИЧЕВ

**ДЕПРЕССИЯ
И ПОДАВЛЕННОСТЬ**

КАК НАЧАТЬ БОРОТЬСЯ

УДК 616.8-008.64

ББК 56.12

Е 71

Еричев А.Н.

Депрессия и подавленность. Как начать бороться : практическое руководство. — СПб. : Издательский дом СПбМАПО, 2010. — 48 с.: 1 ил.

Рецензент: доктор медицинских наук, профессор *Коцюбинский Александр Петрович*.

Книга публикуется в авторской редакции.

ISBN 978-5-98037-135-7

© Еричев А. Н., 2010

© Издательский дом СПбМАПО, 2010

Подписано в печать 24.02.2010. Формат 60×84¹/₁₆. Печать офсетная. Объем 3 печ.л. Тираж 2000 экз. Заказ 20245.

Отпечатано по технологии СтР в ОАО «Печатный двор» им. А.М.Горького 197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 15

Данная книга написана специально для людей, находящихся в состоянии подавленности. Она может послужить первым шагом к осознанию своего состояния и принятию дальнейших решений. Прочитав книгу, Вы сможете понять разницу между просто плохим настроением и депрессией. Возможно, Вы найдете для себя ответы на некоторые вопросы. Что со мной происходит? К кому я могу обратиться за помощью? Сталкивались ли другие люди с подобными состояниями и как преодолевали их? Книга написана в стиле рабочей тетради. Она может помочь не только восполнить дефицит знаний, но и послужить опорным конспектом, облегчающим работу с психотерапевтом. В данной рабочей тетради содержатся упражнения, выполнение которых под руководством психотерапевта способствует формированию более адаптивных реакций, направленных на преодоление негативных эмоций. Прочитав конкретную главу, ответьте на все вопросы письменно. Если глава содержит только теоретические предпосылки, постарайтесь остановиться и примерить их к своему состоянию. Старайтесь делать пометки! Это Ваша рабочая тетрадь, выделяйте ручкой или карандашом те моменты, которые Вам важны или с которыми Вы не согласны. Помечайте также те кусочки текста, которые требуют дальнейшего обсуждения с психотерапевтом. Освоив предложенные упражнения, вы сможете лучше преодолевать состояния подавленности. Периодически возвращайтесь к прочитанным главам через некоторое время, какие-то вещи станут более понятными. Научно доказанным является факт: люди, которые активно работают с печатными материалами и выполняют предложенные в них домашние задания, выздоравливают быстрее, чем те, кто этого не делает (Williams, 2001). Все приведенные в тетради упражнения построены в рамках модели когнитивно – поведенческой психотерапии, являющейся одним из ведущих направлений современной психотерапии во всем мире, и эффективность которой экспериментально доказана.

Книга не преследует цели бесконтрольного самолечения! Квалифицированно разобраться в Вашем состоянии может только профессионал.

Книга может быть интересной и специалистам, сталкивающимся в своей практике с депрессивными расстройствами.

Автор будет благодарен за отзывы и пожелания, возникшие у Вас в процессе прочтения книги. Вы можете написать письмо на электронную почту: an@erichev.ru

Масштабы депрессии

С плохим настроением в течение жизни сталкивались все. Подавленное настроение, являясь индикатором жизненного дискомфорта, подталкивает нас двигаться вперед, решать проблемы. Если бы всегда было хорошее настроение, мог бы пропасть стимул к изменениям. Но иногда подавленность становится серьезной проблемой и мешает полноценно жить. В таком случае речь, скорее всего, идет о депрессии.

Сколько же человек страдает от депрессии? Статистика несколько расходится, это связано с тем, что меняются подходы к диагностике депрессии. Если сто лет назад врачи обращали преимущественное внимание на тяжелые состояния, сопровождавшиеся выраженным изменением телесных и психических функций и требовавшие стационарного лечения, то сейчас стараются выявить состояния на ранних этапах и проводить лечение амбулаторно. В течение жизни депрессивные состояния переносят 10–20% женщин и 5–10% мужчин. Причем, реальная распространенность депрессии у мужчин, скорее всего, выше. Просто мужчины реже обращаются за помощью и чаще «лечатся» спиртным, что в последующем приводит к диагностике зависимости, а не депрессии. Чтобы было нагляднее, приведем простое сравнение. Если Вы живете в десятиэтажном доме и в доме один подъезд, жильцы всех квартир, расположенных на одном из этажей, в течение

жизни перенесли или перенесут состояние депрессии. Значительное количество людей не обращается за квалифицированной помощью, что приводит к снижению трудоспособности, а иногда заканчивается инвалидизацией. Рост числа самоубийств — еще одно страшное последствие депрессии.

Теория уязвимость-стресс-болезнь

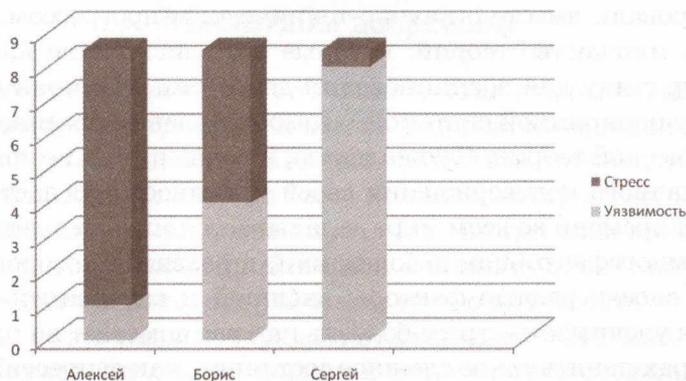
Взгляды на формирование и протекание депрессии эволюционировали вместе с научно-техническим прогрессом. Появлялось множество теорий, которые пытались найти какую-то одну причину для возникновения депрессии. Начиная от проблем с эндокринной системой, «самоотравления организма» до генетической теории. К сожалению, ни одна из них не получила однозначного подтверждения своей истинности. В настоящий момент времени во всем мире складывается мнение о депрессии как о многофакторном заболевании, в развитие которого свой вклад вносят разные факторы внешней и внутренней среды. Теория уязвимость-стресс-болезнь как раз помогает на простых примерах понять такое сложное состояние, как депрессия.

Вначале коснемся основных понятий: предрасположенность, порог заболевания и стресс.

Предрасположенность или уязвимость — складывается как из наследственной предрасположенности, так и из «благоприобретенной» слабости защитных сил организма. На наследственную предрасположенность человек повлиять уже не может: «Каким родился, таким и пригодился». Второй же составной элемент уязвимости формируется в течение жизни и на него влияет множество факторов: травмы, особенности воспитания в семье, образ жизни, употребление алкоголя и наркотиков и многое другое. Накладываясь одна на другую, наследственная предрасположенность и приобретенная слабость защитных сил значительно снижают индивидуальную способность человека бороться со стрессом.

Порогом заболевания называют тот этап, когда защитные силы организма не справляются с психологической нагрузкой (стрессом), в результате чего плохое настроение перерастает в болезненное состояние — депрессию.

Стрессовая нагрузка является при этом фактором, провоцирующим болезненное состояние, но ее удельный вес в возникновении заболевания у конкретного человека может быть различным. Ниже приведен условный график, на котором изображены особенности предрасположенности и стрессовой нагрузки трех разных человек: Алексея, Бориса и Сергея.



Посмотрев на картинку, можно сделать следующие выводы. Алексею, у которого предрасположенность (уязвимость) минимальна, требуется значительное стрессовое воздействие для того, чтобы заболеть. Скорее всего, на протяжении жизни у него не будет депрессии, все будет ограничиваться просто плохим настроением. У Сергея, предрасположенность (уязвимость) которого очень высокая, для развития депрессии требуется незначительный стресс. Вероятность заболевания депрессией в течение жизни у него высокая. Борис занимает промежуточное положение: риск заболевания, безусловно, есть, но потребуются достаточно сильный стресс (или комбинация нескольких стрессовых воздействий), чтобы депрессия возникла.

К сожалению, точно оценить величину предрасположенности у конкретного человека невозможно. Можно лишь говорить о ее наличии в тех случаях, когда у близких родственников были выраженные расстройства настроения или сам человек в прошлом уже переносил состояния депрессии.

На наследственную предрасположенность мы повлиять не можем, но есть возможность научиться лучше справляться со стрессовыми ситуациями в жизни или начать бороться с проявлениями болезни, если уж депрессия появилась.

Депрессия и стресс

Очевидным фактором, влияющим на появление плохого настроения, является стрессовая нагрузка. Мы часто слышим «стресс», «психотравма», но обычно подразумеваем под этим только глобальные одномоментные события, такие, как смерть близкого человека, потеря всех сбережений. Еще в 1974 году Н. В. Иванов разделял психотравмирующие события на:

1. Кратковременные и сильные по воздействию (ситуации утраты – смерть близкого человека, крах карьеры и имущества).
2. Продолжительные и сильные по воздействию (конфликты в семье, на работе).
3. Слабые, но продолжительные по времени воздействия (ситуации повышенного напряжения, повышенной ответственности; постоянно испытываемое индивидуумом чувство недовольства собой).

Последующие научные исследования подтвердили предположение о том, что травматичность стресса, даже не очень сильного, возрастает при длительном воздействии. Продолжительные стрессы приводят к большим проблемам. Человек может быстрее справиться с результатами стресса, который воздействовал непродолжительное время. А продолжитель-

ный стресс, например жизнь с мужем-алкоголиком, разрушает психическое благополучие медленно, но неуклонно.

Медицинское определение депрессии

Отличия депрессии от плохого настроения

Мы очень часто можем слышать слово «депрессия». Оно прочно вошло в обиход и часто означает просто плохое настроение. Наша задача помочь читателю понять, чем же отличается плохое настроение от депрессии.

Основные признаки депрессии:

Сниженное настроение в течение 2 недель и более

Утрата прежних интересов или способности испытывать удовольствие

Снижение энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности

Дополнительные признаки депрессии:

Снижение способности к сосредоточению внимания

Снижение самооценки и чувства уверенности в себе

Идеи виновности и самоуничужения

Мрачное и пессимистическое видение будущего

Суицидальные идеи или действия

Нарушенный сон

Сниженный аппетит

Для того, чтобы врач диагностировал депрессию, у человека должны присутствовать минимум два из трех основных признаков и не менее двух из дополнительных. Однако простой арифметический подсчет баллов из основных и дополнительных признаков депрессии недостаточен для постановки этого диагноза, тем более самому себе. Дело в том, что не менее важно учитывать другие особенности состояния пациентов, которые сами по себе не являются признаками болезни, но в своей совокупности позволяют уточнить характер развившегося заболевания. Дело в том, что депрессивные пере-

живания могут быть проявлениями и другого заболевания. Депрессию можно сравнить, например, с болью в животе. Боль в животе может говорить о том, что Вы просто что-то не то съели, но она же бывает при аппендиците, перитоните, грыже в пупочной области. Чем раньше и чем точнее будет определена причина, тем быстрее и эффективнее можно улучшить состояние. Кроме того, за последние годы увеличилось количество «скрытых» или «маскированных» депрессий, при которых сколько телесную сферу, являются телесными эквивалентами сколько телесную сферы, и выражаются в появлении телесных недомоганий, различных неприятных соматических ощущений, которые в действительности являются телесными эквивалентами «скрытой» депрессии. Диагностика этих состояний является непростой задачей даже для опытного врача-психотерапевта или психиатра. Такую депрессию врачи других специальностей часто вообще не распознают и, основываясь на жалобах больных, лечат какие-либо соматические заболевания.

И хотя невозможно поставить себе правильный диагноз депрессии, человек в состоянии заподозрить у себя ее наличие. Для этого и приведены выше основные и дополнительные признаки депрессии. При этом следует учесть, что если у Вас в течение целого дня плохое настроение, связанное с конкретными проблемами в жизни (неприятности на работе, поругались с близким человеком) — это еще нельзя назвать депрессией, речь идет о просто плохом настроении. Другое дело, если раньше у Вас уже были проявления депрессии и сейчас появляется что-то очень похожее. В таком случае вовсе не обязательно ждать две недели и только потом обращаться за помощью. Кстати, данная тетрадь может быть полезна и для борьбы с депрессией, и для коррекции плохого настроения.

Кто же может заниматься лечением депрессии? Если набрать словосочетание «лечение депрессии» в любой поисковой системе в интернете, то появится огромное количество ссылок на разных специалистов: от магов, экстрасенсов, колдунов до

психологов и врачей. Что касается магов и других «эзотерических» целителей, то они вообще заниматься лечением не имеют права, и хотя в реальности претендуют на многое, но помочь могут только в случае плохого настроения и только лицам, которые верят в них и обладают повышенной внушаемостью. Психолог также самостоятельно вести пациентов с депрессией не имеет права, хотя, в случае просто плохого настроения, клинический психолог (а также врач-психотерапевт) может помочь пациенту, не полагаясь на «чудодейственное исцеление», справиться с порождающими плохое настроение личностными проблемами, для чего использует психотерапевтические методы. **Лечением депрессии может заниматься только дипломированный врач-психотерапевт или психиатр.** При этом врач-психотерапевт чаще осуществляет лечение более легких случаев, которые в большинстве своем лечатся амбулаторно, когда человек продолжает работать или учиться. Врач-психиатр, который часто имеет дополнительное усовершенствование по психотерапии, обычно лечит более тяжелые состояния, требующие в некоторых случаях полустационарного или стационарного пребывания пациента, а в терапии — использование лекарственных средств (антидепрессантов). При лечении больных с депрессией врачом-психотерапевтом и врачом-психиатром возможно и даже желательно привлечение психолога. Нахождение специалистов, которые квалифицированно могли бы распознать депрессию и проводить адекватное ее особенностям лечение является чрезвычайно важным, так как у людей, страдающих депрессией, высок риск суицида: **ценой обращения не к специалистам и неправильного в связи с этим лечения может являться жизнь пациента!** И хотя при депрессии даже при правильно подобранном лечении существует риск суицидальной попытки, но он значительно ниже, чем без квалифицированной помощи.

Основная задача врача-психотерапевта определить, с каким болезненным состоянием он имеет дело, а затем, выработать план лечения. В зависимости от состояния пациента он рассматривает четыре основных варианта:

1. Человеку требуется психотерапевтическая помощь.
2. Человеку требуется медикаментозная помощь.
3. Человеку требуется комбинация психотерапии и лекарств.
4. Человеку квалифицированная помощь не требуется (у него нет депрессии).

Во всех развитых странах людям, страдающим депрессивными расстройствами, помощь оказывают квалифицированные специалисты. В России на рынке услуг пока еще много непрофессионалов и откровенных шарлатанов. Хотя за последние годы отмечается динамика к упорядочиванию ситуации. У кого Вам лечиться — Ваш выбор! Но подумайте: сели бы Вы в самолет, если бы знали, что у пилота образование педагога или экономиста, но в кабине висит сертификат «Межгалактической академии паранормальных явлений»?

По своему происхождению депрессии делят на **невротические** и **эндогенные**. Это деление принципиальное, так как оно влияет на выбор ведущей лечебной тактики. При эндогенных депрессиях наиболее важна терапия антидепрессантами, а психотерапия, особенно на начальном этапе, используется как дополнительный метод. Использование психотерапии позволяет в дальнейшем, после исчезновения депрессивных переживаний, минимизировать поддерживающую лекарственную нагрузку на организм и способствует более редким обострениям состояния. При невротических депрессиях другая ситуация. Основным лечебным фактором становится психотерапия, а лекарства могут использоваться как дополнение в комплексном подходе к терапии. При дальнейшем изложении материала мы попытаемся раскрыть перед читателями основные отличия эндогенной депрессии от невротической. Их тем более важно знать, что именно они определяет выбор приоритетов в лечении.

При **эндогенной депрессии** происходит нарушение баланса нейромедиаторов в головном мозгу (серотонина и норадреналина), то есть первично нарушается нормальное протекание биологических процессов. В этих случаях важную роль иг-

рает наследственная предрасположенность, поэтому в роду у пациента могут выявляться случаи депрессии. Внешние психотравмирующие факторы могут спровоцировать развитие эндогенной депрессии, но чаще всего она возникает сама, вне четкой связи с внешними событиями. Иногда такая связь с психотравмой пациентом или его родными устанавливается, но она, чаще всего, является результатом «психологизации», то есть попытки найти какое-то более или менее понятное объяснение причины возникновения депрессии. Например, первоначально человек при появлении депрессии обращает внимание не на снижение настроения (этого он часто не замечает), а на ухудшение концентрации внимания и снижение работоспособности, в результате чего он оказывается уволенным. Увольнение с работы еще больше ухудшает состояние и пациент начинает думать о том, что причиной возникновения депрессии послужило увольнение. В данном примере человек путает причину и следствие: в действительности не увольнение привело к депрессии, а проявления депрессии привели к увольнению. Поэтому врачу, обследующему больного, необходимо получить сведения не только от самого пациента, но и от его родственников, внимательно все взвесить и проанализировать, после чего изложить свое видение ситуации больному.

При этом врач опирается на следующие признаки эндогенной депрессии. Чаще всего при ней настроение ухудшается весной или осенью (у эндогенной депрессии есть связь с биологическими ритмами). В случае ее появления состояние меняется в течение дня: утром оно наиболее плохое, а к вечеру настроение может немного улучшаться. При неглубоком уровне эндогенной депрессии к вечеру могут быть даже «светлые промежутки» или «окна». «Окнами» называют кратковременные появления обычного (нормального) настроения в течение нескольких минут или часов. Имеются нарушения сна, которые воспринимаются больными людьми как крайне неприятные симптомы. Для эндогенной депрессии характерны ранние пробуждения: человек начинает просыпаться на

несколько часов раньше, чем обычно. Проснувшись, ему уже сложно заснуть дальше. Чувство отдыха от сна снижено или отсутствует вовсе. Так как эндогенная депрессия биологически обусловлена, то чаще страдают (замедляются) физические функции. Общее влияние на физические функции можно описать как замедление: движения могут становиться заторможенными, часто снижен аппетит, а в случаях тяжелой депрессии аппетит отсутствует. Снижение аппетита приводит к уменьшению массы тела (это один из главных признаков того, что человеку нужна квалифицированная помощь). Может проявляться чувство сдавления («тоска») за грудиной, обычно усиливающееся в утренние часы. Его человек может ощущать как боль и думать, что болит сердце. На фоне депрессии снижается половое влечение, у женщин может нарушаться менструальный цикл: от задержки до полного отсутствия месячных. Замедляется темп мышления. В переживаниях человека преимущественно присутствуют грусть, тоска, вина, тревога, апатия. Человек ощущает себя ненужным окружающим, думает, что о нем заботятся из жалости, что он обуза для окружающих и его существование только мешает им жить. Подобные стереотипы мышления могут сопровождаться суицидальными мыслями и действиями. Может появиться и болезненная озабоченность своим телесным состоянием, сопровождающаяся поиском заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной или пищеварительной систем. На пике состояния может возникать ощущение потери чувств. Оно очень мучительное и по своей структуре парадоксальное: человек мучается и переживает по поводу того, что он, якобы, не может испытывать ярких эмоциональных переживаний и вместе с тем у него имеются в высокой степени выраженные негативные чувства (то есть — переживания). Проявления эндогенной депрессии обычно более выражены, чем невротической.

Невротическая депрессия. Считается, что первопричина невротической депрессии кроется не в биологии, а в сфере внутриличностных и межличностных конфликтов. Человек

не может осознать и конструктивно разрешить внутренние противоречия, прояснить и грамотно выстроить отношения с значимыми людьми, поэтому он и чувствует себя подавленным. Полностью отрицать наследственную предрасположенность, конечно, нельзя, но она оказывает меньший вклад, чем при эндогенной депрессии. Ухудшение состояния обычно напрямую связано с психотравмирующим событием. Изменение состояния в течение суток либо отсутствует, либо состояние ухудшается к вечеру. Нарушения сна в большей степени проявляются в сложностях с засыпанием. Аппетит существенно не страдает, а иногда даже повышен. Человек может «заедать» плохое настроение. В таких случаях депрессия приводит не к уменьшению, а к росту массы тела. Человек становится более обидчивым, раздражительным. В общении с окружающими может демонстрировать придирчивость, требовательность. Телесные функции при невротической депрессии страдают мало. Заторможенности, вялости в движениях обычно нет. Для невротической депрессии более характерен неглубокий уровень расстройств.

Лечение депрессии

Психотерапия — мощный инструмент для коррекции многих расстройств настроения. Существуют разные направления психотерапии. В настоящий момент во всем мире два направления психотерапии являются ведущими: когнитивно-поведенческое и психодинамическое (усовершенствованный вариант классического психоанализа). Директивный гипноз, широко распространенный в Советском Союзе, сейчас используется достаточно редко. Когнитивно-поведенческое направление наиболее структурировано. Человек, проходящий когнитивно-поведенческую психотерапию, совершенствует свои навыки и со временем становится психотерапевтом для самого себя. Взаимоотношения в процессе психотерапии напоминают

отношения тренера и спортсмена или репетитора и ученика английского языка. Клиент между встречами выполняет разные задания и учится справляться со своими проблемами самостоятельно. Рабочая тетрадь, которую Вы читаете, построена на принципах когнитивно-поведенческой психотерапии. Данное направление является краткосрочным, количество встреч от 10 до 15. Длительность может варьировать и в больших пределах, но это всегда отдельно обсуждается психотерапевтом и клиентом. **Лечение депрессии за одну встречу — шарлатанство!** Психодинамическое направление подразумевает другой вариант взаимоотношений между клиентом и психотерапевтом. Больше усилий направлено на поиск причин возникновения состояния. Это более длительный вариант лечения, количество встреч, как правило, не менее 30. Эффективность когнитивно-поведенческой и психодинамической психотерапии при эмоциональных расстройствах во всем мире хорошо изучена и доказана. Однако в России они используются явно недостаточно, отесняясь существующими в огромном количестве авторскими методиками, эффективность которых зачастую не исследовалась независимыми экспертами и основывается только на собственной уверенности разработчика. Общеизвестен факт, что сам человек малообъективен в оценке результатов собственной работы. Например, автор данной книги может быть уверен, что она очень интересна, а читатель может засыпать или злиться, встречая незнакомые термины.

Медикаментозное лечение. Чаще всего используются антидепрессанты. Антидепрессанты — препараты, обладающие преимущественным влиянием на настроение. К этой группе препаратов относятся: флуоксетин (прозак), рексетин (паксил), ципрамил, ципралекс, иксел и многие другие. Свое влияние антидепрессанты оказывают медленно и постепенно. Обычно об их эффекте можно судить через 2–4 недели от начала лечения. Так как эффект развивается с большой задержкой, то риск формирования зависимости низкий. Если сопоставить действие антидепрессантов с действием алкоголя, то

можно сказать, что это такой алкоголь, выпивая который человек получает эффект (поднятие настроения) через несколько недель и мягко и постепенно. Если бы дела так обстояли с алкоголем, то зависимых людей было бы намного меньше. Рекомендуют назначать антидепрессанты на срок до 6 месяцев и больше, это не те лекарства, которые используют лишь как «скорую помощь». Более того, резкие и неожиданные отмены антидепрессантов, равно как и резкое продолжение после перерыва, сделанного самим больным, лечения ими может привести к дисбалансу психического состояния с непредсказуемыми последствиями. На данный момент существует много различных антидепрессантов, с разной химической структурой и разной переносимостью. Как бы этого ни хотелось, но идеального препарата пока не синтезировано. У каждого отдельного антидепрессанта есть свои особенности. Нет хороших и плохих препаратов. Задача врача — подобрать такое лекарство больному, которое бы подходило как ключ к замку. Появление все новых и новых препаратов позволяет увеличить количество «ключей» на связке у врача. Не будем приводить классификацию препаратов по химической структуре, чтобы не утомлять читателя. По своему действию антидепрессанты условно разделяют на препараты стимулирующего действия, седативного и сбалансированные. Антидепрессанты стимулирующего действия врач назначает, когда в состоянии больного преобладает вялость, апатия, сниженная работоспособность. Препараты с преобладанием седативного действия хорошо подходят при сочетании депрессии и тревоги. Они также могут положительно влиять на нарушенный сон. Подбор препарата — сложная задача, ее решение — дело специалиста.

Иногда возникает вопрос, а почему лекарства по-разному стоят? А более дорогой препарат, наверное, наиболее эффективный? Это не так. Чаще всего более новые препараты являются одновременно и более дорогими, что не говорит о том, что они намного эффективнее препаратов предыдущих поколений. Эффективность «новых» и «старых» препаратов обычно вполне сопоставима, но новые препараты могут иметь

более удобный режим дозирования (не четыре раза в день, а один) или обладать лучшей переносимостью. Если врач принимает решение о назначении медикаментозной терапии, он обычно руководствуется принципом: добиваться максимального улучшения состояния с минимальной расплатой для пациента. Ведь расплата может быть в виде побочных эффектов или высокой стоимости лечения. Часто само по себе название «антидепрессанты» или «психотропные препараты» вызывает ужас у больного, при представлении об их действии ему представляются картинки с видом «зомбированных» умалишенных людей. К реальности, разумеется, это не имеет никакого отношения. Также нереальны и имеющиеся «в народе» представления о количестве и выраженности побочных эффектов лекарств. В определенной степени это связано с тем, что в аннотациях препаратов обычно перечислено значительное количество побочных эффектов, большинство из которых при правильном подконтрольном приеме не встречаются. Причем это касается не только препаратов «психотропной» группы. Для интереса попробуйте почитать аннотации препаратов, которые вы часто используете, например, аспирин или парацетамол. Кстати, антидепрессанты при приеме не более опасны, чем тот же аспирин. Еще один важный факт: большинство препаратов, синтезированных за два последних десятилетия, ориентированы на прием в амбулаторных условиях. То есть человек принимает препараты, а параллельно занимается своими делами, живет, работает, учится.

Если говорить о препаратах, то следует отметить, что здесь, как и во многом другом, всегда важно чувство меры. В нашей культуре существует значительное предубеждение к антидепрессантам. В американской культуре — наоборот, слишком широкое их использование. Истина, как всегда, где-то посередине. В некоторых случаях без лекарств не обойтись, в других — они не требуются. Правильный подбор лекарственного препарата — дело трудное, ведь врачу приходится учитывать множество особенностей Вашего состояния и характеристик разных лекарственных средств.

Тест Бека на выявление депрессии

Ниже приведен экспериментально-психологический тест для оценки депрессии, разработанный Аароном Беком. Он является основателем когнитивного подхода в психотерапии для лечения депрессий. Заполнение данного теста поможет ориентировочно оценить уровень депрессии у Вас. Результаты данного теста не являются поводом для самолечения! Качественно разобраться в Вашем состоянии и выработать адекватную тактику лечения может только специалист. Постарайтесь заполнить тестовую методику до того, как Вы прочтете интерпретацию теста, иначе результаты будут недостоверны.

Вам предлагается ряд утверждений. Выберите одно утверждение в каждой группе, которое лучше всего (точнее всего) описывает Ваше состояние за прошедшую неделю, включая сегодняшний день. Обведите кружком номер утверждения, которое Вы выбрали. Если в группе несколько утверждений в равной мере хорошо описывают Ваше состояние, обведите кружком каждое из них. Прежде чем сделать выбор, внимательно прочтите все утверждения в каждой группе.

1. 0 Я не чувствую себя несчастным.
 - 1 Я чувствую себя несчастным.
 - 2 Я все время несчастен и не могу освободиться от этого чувства.
 - 3 Я настолько несчастен и опечален, что не могу это вынести.

2. 0 Думая о будущем, я не чувствую себя особенно разочарованным.
 - 1 Думая о будущем, я чувствую себя разочарованным.
 - 2 Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем.
 - 3 Я чувствую, что будущее безнадежно и ничто не изменится к лучшему.

3. 0 Я не чувствую себя неудачником.
 - 1 Я чувствую, что у меня было больше неудач, чем у большинства других людей.
 - 2 Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, все, что я вижу – это череда неудач.
 - 3 Я чувствую себя полным неудачником.

4. 0 Я получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше.
 - 1 Я не получаю столько же удовольствия от жизни, как раньше.
 - 2 Я не получаю настоящего удовлетворения от чего бы то ни было.
 - 3 Я всем не удовлетворен и мне все надоело.

5. 0 Я не чувствую себя особенно виноватым.
 - 1 Довольно часто я чувствую себя виноватым.
 - 2 Почти всегда я чувствую себя виноватым.
 - 3 Я чувствую себя виноватым все время.

6. 0 Я не чувствую, что меня за что-то наказывают.
 - 1 Я чувствую, что могу быть наказан за что-то.
 - 2 Я ожидаю, что меня накажут.
 - 3 Я чувствую, что меня наказывают за что-то.

7. 0 Я не испытываю разочарования в себе.
 - 1 Я разочарован в себе.
 - 2 Я внушаю себе отвращение.
 - 3 Я ненавижу себя.

8. 0 У меня нет чувства, что я в чем-то хуже других.
 - 1 Я самокритичен и признаю свои слабости и ошибки.
 - 2 Я все время виню себя за свои ошибки.
 - 3 Я виню себя за все плохое, что происходит.

-
9. 0 У меня нет мыслей о том, чтобы покончить с собой.
1 У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не сделаю.
2 Я хотел бы покончить жизнь самоубийством.
3 Я бы покончил собой, если бы представился удобный случай.
10. 0 Я плачу не больше, чем обычно.
1 Сейчас я плачу больше обычного.
2 Я теперь все время плачу.
3 Раньше я еще мог плакать, но теперь не могу, даже если захочу.
11. 0 Сейчас я не более раздражен, чем обычно.
1 Я раздражаюсь легче, чем раньше, даже по пустякам.
2 Сейчас я все время раздражен.
3 Меня уже ничто не раздражает, потому что все стало безразлично.
12. 0 Я не потерял интереса к другим людям.
1 У меня меньше интереса к другим людям, чем раньше.
2 Я почти утратил интерес к другим людям.
3 Я потерял всякий интерес к другим людям.
13. 0 Я способен принимать решения так же, как всегда.
1 Я откладываю принятие решения чаще, чем обычно.
2 Я испытываю больше трудностей в принятии решений, чем прежде.
3 Я больше не могу принимать каких-либо решений.
14. 0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
1 Я обеспокоен тем, что выгляжу постаревшим или непривлекательным.

- 2 Я чувствую, что изменения, произошедшие в моей внешности, сделали меня непривлекательным.
- 3 Я уверен, что выгляжу безобразным.
15. 0 Я могу работать так же, как раньше.
- 1 Мне надо приложить дополнительные усилия, чтобы начать что-то делать.
- 2 Я с большим трудом заставляю себя что-то делать.
- 3 Я вообще не могу работать.
16. 0 Я могу спать также хорошо, как и обычно.
- 1 Я сплю не так хорошо, как всегда.
- 2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, чем обычно, и с трудом могу заснуть снова.
- 3 Я практически вообще не сплю.
17. 0 Я устаю не больше обычного.
- 1 Я устаю легче обычного.
- 2 Я устаю почти от всего того, что я делаю.
- 3 Я слишком устал, чтобы делать что бы то ни было.
18. 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.
- 1 У меня не такой хороший аппетит, как был раньше.
- 2 Сейчас мой аппетит стал намного хуже.
- 3 Я вообще потерял аппетит.
19. 0 Если в последнее время я потерял в весе, то очень немного.
- 1 Я потеря в весе более 2 кг.
- 2 Я потеря в весе более 4 кг.
- 3 Я потеря в весе более 6 кг.
- Я специально пытался не есть, чтобы потерять в весе.
да _____ нет _____

20. 0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.

1 Меня беспокоят такие проблемы, как различные боли, расстройства желудка, запоры.

2 Я настолько обеспокоен своим здоровьем, что мне даже трудно думать о чем-нибудь другом.

3 Я до такой степени обеспокоен своим здоровьем, что я вообще ни о чем другом не могу думать.

21. 0 Я не замечал каких-либо изменений в моих сексуальных интересах.

1 Я меньше, чем обычно интересуюсь сексом.

2 Сейчас я намного меньше интересуюсь сексом.

3 Я совершенно утратил интерес к сексу.

Скрытые депрессии. Или депрессия без депрессии

Скрытые депрессии — это болезненные состояния, когда на первый план выступает не сниженное настроение, а различные телесные проявления. Подобные состояния могут оказаться сложными в диагностике даже для опытного специалиста. Скрытые депрессии еще называют маскированными. Такие депрессии прячутся за «масками» — симптомами телесных заболеваний. Скрытые депрессии могут прятаться под масками боли (головные, боли в области сердца, живота, невралгии), нарушений ритма дыхания (псевдоастма), повышенного артериального давления, нарушений биологического ритма (бессонница или повышенная сонливость). Самому больному сложно заметить разницу между скрытой депрессией и телесным заболеванием. Ведь боль самая что ни на есть реальная! В зависимости от того, какая маска представлена, к врачу того же профиля и обращается человек. Проходит обследования, а иногда и лечение. Данных за наличие телесной патологии врач не видит. Он сообщает об этом человеку. Но данных за бо-

лезнь нет, а боль есть! Больной продолжает упорно добиваться «истины». Так, он может в течение длительного времени курсировать между разными специалистами телесного профиля.

На основании каких признаков можно заподозрить наличие скрытой депрессии? Прежде всего, это в том случае, когда врачи не находят четкой телесной причины предъявляемых больным жалоб. При этом в роду были люди, страдавшие расстройствами настроения, периоды недомогания, слабости уже бывали и раньше и чаще всего происходили весной или осенью, самочувствие в течение дня меняется, утром самое плохое, а к вечеру может улучшаться. В такие периоды движения человека могут становиться более медленными, чем обычно. Мыслительные процессы тоже могут быть несколько заторможены. Больной становится более замкнутым, необщительным. У такого человека могут иногда проявляться периоды приподнятого настроения. Все эти признаки могут косвенно свидетельствовать о наличии маскированной депрессии. Точный диагноз может установить только врач-психотерапевт или психиатр. Данная книга ставит целью помощь людям, уже работающим с психотерапевтом. Также эти данные могут быть полезны для осознания необходимости обратиться за квалифицированной помощью.

К маскированным депрессиям относят и появления зависимостей на фоне сниженного настроения. Например, человек ощущает подавленность и пытается ее как-то компенсировать, выпивает или играет в азартные игры. На начальных этапах такой стереотип поведения может помогать, но через небольшое время формируется зависимость, в результате чего проблемы человека удваиваются.

История депрессии

Это упражнение поможет Вам систематизировать представление о собственных эмоциональных сложностях. Ответ-

чать на вопросы может быть не очень приятно, но важно для того, чтобы потом реалистично воспринимать свою проблему и разработать план последовательных действий для борьбы с плохим настроением и депрессией. Отвечайте на вопросы максимально полно. Для того, чтобы более полно ответить на некоторые вопросы, лучше перечитать главу, посвященную различиям между депрессией и плохим настроением.

1. Возникали ли у Вас состояния депрессии? Был ли это единичный эпизод?
2. Были ли у Вас в жизни периоды повышенного настроения, когда значительно увеличивалась активность, снижалась потребность во сне, ощущался прилив оптимизма?
3. Какими физиологическими сдвигами сопровождалась депрессия (замедленность движений, боль за грудиной, другие виды болей укажите конкретно, нарушения аппетита, нарушения сна, снижение или отсутствие сексуального влечения, нарушения менструального цикла для женщин, проблемы с потенцией для мужчин, потеря веса)?
4. Какими чувствами сопровождается депрессия у Вас (подавленность, тоска, тревога, вина, злость, обида)?
5. В какое время суток Ваше состояние становится легче?
6. Какие негативные мысли присутствовали у Вас?
7. Когда возникло это состояние (попытайтесь определить это с точностью до недели)?
8. Когда Вы поняли, что это именно депрессия?
9. Есть ли связь возникновения симптомов депрессии с временем года?
10. Какие острые стрессовые события повлияли на возникновение депрессии?
11. Есть ли длительно существующие проблемы, которые Вы не можете решить, и они изматывают Вас?
12. Что Вы пытались делать, чтобы ослабить переживания?
13. Удавалось ли Вам справиться с депрессией самостоятельно? Если да, то почему возобновлялась депрессия?
14. Что помогало совладать с депрессией?

15. По каким признакам Вы в будущем сможете своевременно опознать проявления депрессии, чтобы не допустить ее развития? Перечислите эти признаки.
16. Чувствовали ли Вы себя плохим или виноватым, находясь в этом состоянии?
17. Были ли мысли о том, что жить не хочется?
18. Сложно ли Вам принимать помощь и поддержку от близких и знакомых?
19. В чьей помощи Вы больше всего нуждаетесь?
20. Нужно ли Вам лечение для снижения уровня интенсивности депрессии? Назовите несколько причин, почему Вам это нужно.
21. Какие события продолжают доставлять Вам удовольствие?
22. Нуждаетесь ли Вы в помощи специалиста?
23. Какой специалист и где сможет оказать Вам помощь?

Проблемы, мешающие обращению за квалифицированной помощью и тормозящие процесс психотерапии

Человек, находящийся в состоянии депрессии, не всегда своевременно обращается за квалифицированной помощью. Почему это происходит? Важную роль играют несколько факторов. Первый: само по себе состояние депрессии сопровождается пессимистичными мыслями. Депрессивный человек думает: «Я никогда не выйду из этого состояния. Мне никто не поможет». При этом важно подчеркнуть следующее: в самом начале депрессии, когда мышление человека более объективно, он не осознает, что именно с ним происходит. Когда же окружающим становится отчетливо понятным, что существует депрессия и связанные с ней проблемы, стиль мышления пациента пессимистичен. Вторая причина:

страх перед психотерапевтами, психиатрами (перед всеми с приставкой «пси»). Человек боится, что его сочтут душевнобольным. В обществе бытуют установки, что «решать свои проблемы с помощью специалистов – это плохо. К врачам обращаются только слабые люди или те, кому нечего делать». Психотерапия представляется, как шаманский процесс. Наложили руки, почитали мантру, внедрили установку. Если рассказать подобное жителю Германии, Англии или США, то он действительно может покрутить пальцем у виска. Таких пережитков тоталитарного строя с верой во «всеисцеляющую руку» нет нигде в развитых странах. Чаще всего психотерапевты работают, исходя из партнерской модели взаимоотношений «врач-пациент». Ещё раз напомним, что отношения в процессе психотерапии скорее похожи на взаимоотношения тренера и спортсмена, репетитора иностранного языка и ученика. Задача психотерапевта — научить человека лучше понимать свое эмоциональное состояние и эффективно его корректировать. От психотерапевта требуется должная квалификация, от пациента — искренность и последовательное овладение новыми навыками. Никому в голову не придет мысль, что выучить иностранный язык можно за один сеанс, самому ничего не делая. В нашей же стране вера во «всеисцеляющее моментальное чудесное воздействие» сохраняется до сих пор, почему населением охотно воспринимаются активно рекламируемые подобные методики изучения иностранных языков, а также «лечебные» мероприятия.

Мы перечислили сложности, препятствующие своевременному обращению. Сомнения, возникающие до прихода к психотерапевту, могут возвращаться и в ходе последующей совместной с ним работы. Наиболее конструктивным путем будет открытое обсуждение с психотерапевтом своих сомнений и тревог. Часть сомнений может быть связана и с не оправдавшимися ожиданиями. Многие люди представляют себе психотерапевта обязательно в виде старца, убеленного сединами. Поэтому, увидев в кабинете молодую женщину или мужчину, такой человек может разочароваться. Или врач го-

ворит о том, что потребуется около 10 встреч с интервалом раз в неделю, а человек рассчитывал, что он уже с консультации уйдет исцеленным. Психотерапия наиболее эффективна, если человек борется с депрессией не только один час в неделю, в кабинете психотерапевта, а ежедневно отслеживает и корректирует негативные мысли, выявляет эпизоды благополучия и т.д. Важно стремиться к активной собственной позиции. На первых этапах, пока депрессия выражена значительно, сложно выполнять все задания в полном объеме. То и дело могут появляться мысли о бесперспективности лечения и собственной никчемности. Открыто обсудите проблему с психотерапевтом. Вместе Вы можете решить, не тяжела ли ноша. Может быть, стоит медленнее наращивать нагрузку!

Еще одним серьезным «подводным камнем» является вторичная выгода от заболевания. «Какая может быть вторичная выгода от заболевания?» — спросите Вы. Вторичной выгодой называются слабо осознаваемые психологические приобретения от болезни. Например, человек настолько сросся с ролью больного, привык, что в связи с заболеванием все оказывают ему внимание, многое ему прощается, что, начиная избавляться от болезни, он вдруг ощущает дефицит внимания, необходимость самому принимать важные решения в своей жизни, нести ответственность за свои поступки. В связи с этим может возникнуть желание — прикрыться болезнью, чтобы пожалели, решили за него проблему. Или человек с демонстративным характером привык находиться в центре внимания, он ощущает выраженную потребность в признании. Хорошо, если он играет в театре и таким образом компенсирует потребность во внимании. А если нет? Тогда привлечению внимания к себе может способствовать поддержание болезненного состояния. Давая психологическую поблажку в конкретный момент времени, вторичная выгода может сильно изуродовать жизнь человека. Важно попытаться осознать факторы, поддерживающие болезнь, а не воспринимать «в штыки» саму возможность наличия вторичной выгоды.

Если вместе с врачом принято решение о назначении антидепрессантов, то важно понимать возможные сроки наступления эффекта. Заметный эффект от приема препаратов данной группы возникает через 2-3 недели от начала лечения. Более подробно данный вопрос затронут в главе, посвященной медикаментозному лечению.

Если состояние депрессии возникает у человека в первый раз, он, обычно, уверен в том, что подобные состояния ни у кого другого не возникали. Он может думать, что врач не сможет понять его, так как сам не страдал подобным состоянием. Но если принимать такие рассуждения за истину, то психотерапевт, работающий с зависимыми людьми, должен был бы на определенных этапах жизни иметь проблемы со всеми видами наркотиков, алкоголем и азартными играми. Проявления депрессии широко распространены, поэтому они хорошо изучены. Также обстоятельно изучена эффективность психотерапии при разных заболеваниях. В Европе и США страховые компании не будут платить деньги за праздное времяпровождение! В настоящее время определены приоритеты, позволяющие решать, в каких случаях больше нужна психотерапия, а в каких — таблетки.

В период, когда основной этап лечения позади, а настроение пришло к своей норме, тоже существуют «подводные камни». К сожалению, депрессия может повторяться. Из этого факта можно сделать два вывода: 1) мне нужно научиться хорошо решать проблемы повседневной жизни и 2) знать, где мне могут помочь, если самому справиться не удается.

План по выходу из депрессии

1. Научиться замечать проявления депрессии.
2. Отделять симптомы депрессии от проявлений телесных заболеваний.
3. Освоить навыки планирования и реализации повседневных дел.

4. Научиться определять негативные мысли, вызывающие депрессию.
5. Тестировать негативные мысли, то есть проверять их реалистичность.
6. Освоить технику ведения дневника самопомощи при депрессии.
7. Изменить связанные с депрессией убеждения.
8. Приобрести навыки уверенного поведения.
9. Замечать эпизоды эмоционального благополучия.
10. Опознавать и эффективно преодолевать негативные эмоции, предупреждая рецидивы депрессии.

Планирование дел и активирующий режим

Данная глава посвящается восстановлению умения планировать и осуществлять повседневные дела. Когда депрессия выражена значительно, то все процессы замедляются и человеку становится сложно планировать и реализовывать свои дела. Чем он хуже планирует и реализует свои дела, тем ниже самооценка и уверенность в своих силах. Если Вы не испытываете сложностей с планированием и реализацией своих дел, можете смело переходить к следующим упражнениям. Если же сложности присутствуют, тогда важно медленное, постепенное выполнение данной техники. Почти у всех людей, пытающихся планировать свой день и реализовывать планы, сразу не получается добиться желаемого результата. Это нормально и неизбежно! Значит, Вы просто взяли слишком быстрый темп по наращиванию нагрузок или слишком критичны к себе (часто бывает и то, и другое вместе). Дозировать нагрузку лучше всего с Вашим психотерапевтом. «Бери ношу по себе, чтоб не падать при ходьбе!» На первых этапах лучше начать с простых дел: чистка зубов, разогревание еды, просмотр телевизора, чтение газеты. Выход из депрессии — это как восстановление после перелома, нагрузку на сломан-

ную ногу дают постепенно! Вам необходимо постепенно, час за часом, день за днем, заполнять форму, приведенную ниже. Нет нужды планировать сразу на неделю, начните с планов на ближайший час. Например, сейчас понедельник, на часах около десяти часов утра. Вы думаете, чем хочется позаниматься ближайший час. Приняли решение почитать газету. Почитали минут двадцать и бросили. Когда дело завершено, в графе 9-10 пишем: «Чтение газеты». Затем ставим две оценки. Первая — качество выполнения дела (цифрой от 0 до 10), вторая — удовольствие от выполненного дела (цифрой от 0 до 10). Ниже приведена частично заполненная табличка.

Теперь начните заполнять таблицу для себя. Первое дело Вы уже сделали и теперь можете записать: «Чтение книги»! Теперь поставьте две оценки: качество и удовольствие.

Через неделю Вы можете попробовать расширить список дел. Уже потом, когда депрессия преодолена, многие люди возвращаются к своим записям и вспоминают, как по шагам росло качество и удовольствие, и как постепенно отвоевывалось у депрессии жизненное пространство. Как сказал Сергей, прошедший на своем опыте все этапы борьбы с депрессией: «Была бы машина времени, обязательно бы вернулся к себе на три месяца раньше и рассказал о своем настроении сейчас. Веры тогда не хватало!»

Оценка результатов по тесту Аарона Бека

Вы заполнили тест, теперь подсчитайте сумму баллов по всем вопросам. Если суммарный балл по результатам теста меньше 9, то, скорее всего, речь идет просто о плохом настроении. Если от 10 до 18, то говорят об «умеренно выраженной депрессии». От 19 до 29 баллов — «критический уровень». От 30 до 63 баллов — «явно выраженная депрессивная симптоматика». Данные теста дают субъективную и очень приблизительную оценку

Время	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота
7-8	Сон 2 4					
9-10	Чистка зубов 5 3					
11-12	Просмотр телевизора 4 4					
13-14	Еда 3 2					
15-16	Чтение книги 2 3					
17-18	Просмотр телевизора 3 5					
18-19	Варка и питье кофе 5 5					
19-20	Лежание в кровати 2 1					
21-22	Просмотр телевизора 3 3					
22-23	Просмотр телевизора 3 2					
23-24	Сон 2 4					
24-7	Сон 2 4					

Время	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота
7-8						
9-10						
11-12						
13-14						
15-16						
17-18						
18-19						
19-20						
21-22						
22-23						
23-24						
24-7						

состояния. Только на их основе нельзя делать далеко идущих выводов. Но если сумма баллов выше 9, лучше обратиться к специалисту и вместе с ним прояснить ситуацию. Вопросы с 14 по 21 оценивают телесные проявления депрессии.

Учимся опознавать и преодолевать подавленное настроение

В обществе, почему-то считается, что негативные эмоции возникают случайно под воздействием внешних, в основном независящих от человека причин. В таком случае возможностей для изменения эмоции две: пытаться «держать себя в руках», подавляя проявление эмоции (что легко советовать, но проблематично реализовывать) или постоянно менять ситуации. Например, активирующее событие: начальник ругается. Эмоция: я чувствую себя подавленным. Пытаюсь подавить эмоцию, делаю вид, что все хорошо. Прихожу домой и чувствую себя подавленным. Пытаюсь изменить ситуацию: увольняюсь с работы. Нет никакой гарантии, что на новом месте у меня все будет по-другому.

Активирующее событие → Эмоция

Если считать, что данное убеждение верно, тогда десять человек, попавших в одну и ту же ситуацию, испытывали бы одни и те же эмоции. Но это не так! Очень многое зависит от мыслей человека, связанных с тем, как он воспринимает ситуацию. Ниже приведена табличка, как могут разные люди расценить одну и ту же ситуацию.

Ситуация	Мысли	Эмоции
Начальник вызывает к себе в кабинет.	Грядет сокращение, он меня может уволить.	Тревога.
	Опять меня будут ругать. Вечно у меня ничего не получается. Я неудачник.	Подавленность.
	Вечно ко мне начальник придирается. Я ему отвечу!	Злость на начальника.
	Сейчас загрузит поручениями. Нужно было вовремя уехать из офиса.	Злость на себя.
Начальник вызывает к себе в кабинет.	Начальник спросит про задание, а оно не сделано. Я его подвел.	Чувство вины.
	Мне дадут премию!	Радость.

Когнитивная (работающая с мыслями, убеждениями) психотерапия появилась не на пустом месте. Ее истоки можно найти в философских трактатах разных эпох и стран. Базовое положение когнитивной психотерапии: мир не хороший или плохой, наши чувства зависят от того как мы воспринимаем события. Если на улице солнечно и жарко, то один человек может подумать: «Как здорово, пойду загорать». Скорее всего, он испытает радость. Другой человек может подумать: «Мне весь день сидеть на работе, там жарко и душно, а другие сейчас купаются!» Такой человек может ощутить подавленность. При этом количество солнечной энергии и температура воздуха и в первом, и во втором случае одна и та же! Разница только в субъективности восприятия конкретного события.

Из приведенных примеров становится понятно, что наши эмоции зависят от того, как мы думаем! Обратите внимание, в первом примере разговор с начальником еще не состоялся, а эмоция уже есть. Если человек мыслит стереотипно, то чаще других будет появляться одна из характерных для него эмоций.

Работает следующая последовательность:

Активирующее событие → Мысли → Эмоция

Мы чаще всего не замечаем поток наших мыслей, он течет как бы сам по себе. Оценка ситуации происходит на автомате. Это можно сравнить с выработкой моторных навыков. Если человек давно ездит на велосипеде, он уже мучительно не задумывается, как же мне удерживать равновесие? На какой угол мне нужно повернуть руль? С мышлением подобная ситуация. С точки зрения эволюции замечательно! В большинстве случаев нам это помогает, но бывает и наоборот. Все эмоции несут для нас определенный смысл. Например, злость говорит, что надо нападать или защищаться. Тревога сообщает о надвигающейся опасности. Подавленность может свидетельствовать об утрате. Нельзя просто избавиться от всех негативных эмоций. В норме негативные чувства могут быть интенсивными, но недолгими. В таком случае говорят, что человек мыслит рационально, то есть адекватно ситуации. В случае появления длительно существующих, мешающих, незатухающих негативных эмоций можно выдвинуть предположение, что человек мыслит иррационально.

Если Вы в течение дня часто или долго испытываете подавленность, можно сделать вывод, что, скорее всего, у Вас присутствуют иррациональные мысли. С точки зрения когнитивной (ориентированной на работу с мыслями, ожиданиями, установками) психотерапии депрессию провоцируют и поддерживают три типа негативных установок (мыслей).

1. Негативные мысли в адрес себя: У меня ничего не получается. Я никчемный человек.

2. Негативные мысли в адрес окружающих: Жена меня не любит. Близкие люди тяготеют моим присутствием.

3. Негативные мысли в сторону будущего: Борьба с депрессией бесперспективна. Я никогда не поправлюсь.

Последовательность Ваших шагов может быть следующей:

1. Научиться выявлять негативные мысли.

2. Начать оценивать интенсивность эмоций.
3. Освоить навык критического оценивания этих мыслей.
4. Овладеть умением находить реалистичные альтернативы негативным мыслям.

Упражнение 1. Оpoznавание мыслей, вызывающих подавленность и другие негативные эмоции.

Решите, какие мысли нужно вставить, чтобы связать активирующее событие и эмоцию. Определите в каждом случае «ситуацию» и «эмоцию», а затем придумайте и запишите мысли.

1. Начальник сказал Вадиму, что с этого месяца зарплата уменьшится на 30 процентов. Вадим был огорчен.

Ситуация	Мысли	Эмоции

2. Алена подсчитала отпускные и расстроилась.

Ситуация	Мысли	Эмоции

3. Иван проколол колесо. Он почувствовал злость на соседских мальчишек.

Ситуация	Мысли	Эмоции

Упражнение 2. Выявление негативных мыслей.

Желательно, чтобы Вы выполняли задание не менее чем для трех ситуаций в день. В норме на это требуется не более 10-15 минут. Для этого Вам нужно будет научиться замечать изменение Вашего настроения. Вначале не обязательно отмечать только изменения настроения в худшую сторону. Вы можете работать и с позитивом. Как только Вы заметили, что

эмоции изменились, запишите в таблицу в третью графу эмоцию. Затем попытайтесь заполнить первую графу (ситуация) описав ситуацию, во время которой изменились эмоции. Следующим шагом попытайтесь определить, что Вы в этот момент думали. Существует два варианта заполнения таблицы. Первый (оптимальный): Вы заводите маленький блокнотик и пытаетесь записать ситуацию сразу, как только изменились эмоции. Второй (менее предпочтительный, но допустимый): момент изменения эмоций, ситуацию и мысли Вы пытаетесь запомнить, а записываете в блокнот все вечером. Чем больше времени прошло, тем труднее точно определить автоматические мысли. Ниже приведен один из примеров заполнения таблицы.

Дата, время	Ситуация (активирующее событие)	Мысли	Эмоции
21.05 12.30	Клиент не берет трубку.	Вечно мне не везет. Я плохо справляюсь с работой.	Подавленность.
21.05 15.45	Коллеги говорят о грядущем сокращении штатов.	Меня точно уволят. Придется искать другую работу.	Подавленность и тревога.
21.05 17.00	Позвонил муж, сказал, что заедет и отвезет домой после работы.	Как хорошо, не нужно будет толкаться в общественном транспорте.	Радость.

Дата, время	Ситуация (активирующее событие)	Мысли	Эмоции

Для хорошего освоения навыка требуется не менее трех-четырех недель самостоятельной работы с такими таблицами. Типичной ошибкой является излишнее детализирование ситуации. Старайтесь выделять главное. Важно, чтобы ситуация была описана как будто ее засняли на камеру. Иначе в описании ситуации Вы будете машинально добавлять свои мысли. Например, описание ситуации — проспала в десять часов утра, будет точнее и правильнее, чем проспала работу. Проспала работу — это уже не описание ситуации, а собственные мысли. Не рассчитывайте, что у Вас все будет получаться сразу. Это новый навык! Чтобы им овладеть, требуется время. Ошибки и трудности неизбежны!

Упражнение 3. Определение интенсивности эмоций.

Задание выполняется как предыдущее, только по отношению к эмоции Вы добавляете оценку ее интенсивности от 0 до 100%. 0% — эмоции нет, 100% - максимальная выраженность данной эмоции, какую Вы только испытывали в своей жизни.

Дата, время	Ситуация (активирующее событие)	Мысли	Эмоции и их интенсивность
10.06 8.00	Проснулась.	Мне нужно было встать в семь, теперь я опоздаю на работу. Муж не поменял батарейку в будильнике, хоть я его и просила.	Злость на мужа 40%
10.06 8.45	Подошла к остановке, автобус только отошел.	Теперь я точно опоздаю на работу.	Подавленность 20%
10.06 10.00	Пришла на работу, а начальника еще нет.	Как здорово, что мое опоздание руководство не заметило!	Радость 20%

Дата, время	Ситуация (активирующее событие)	Мысли	Эмоции и их интенсивность

Закрепите полученный навык опознания эмоций и определения их интенсивности. Хорошо, если в процессе выполнения упражнений Вы научились замечать не только интенсивные «пиковые» эмоции, но и менее выраженные проявления чувств. Ведь именно эмоции невысокой интенсивности обычно формируют наше повседневное эмоциональное состояние. Постарайтесь четко определять, какая из автоматических мыслей в большей степени влияет на возникновение данной эмоции. Такая автоматическая мысль называется центральной.

Упражнение 4. Критическая оценка автоматических мыслей.

В процессе выполнения этого задания Вы сможете критически относиться к своим автоматическим мыслям. Основная проблема заключается в том, что человек не выделяет иррациональные мысли из своего потока сознания. Они формируют длительно живущие, мешающие эмоции. Вы, наверное, уже обратили внимание, что выписывая некоторые мысли на бумагу, Вы уже начали относиться к ним по-другому. Возможно, некоторые мысли показались Вам неадекватными ситуации. В процессе этого упражнения необходимо научиться смотреть на проблему с разных сторон. Для большей наглядности приведем метафору. Она называется «шахтерская лошадь». Раньше вместо машин для подъема из шахты каменного угля использовали лошадей. Их привязывали к вороту и завязывали один глаз, чтобы лошадь ходила по кругу. В течение всей трудовой жизни бедные животные ходили только по кругу, потому что за попытку изменить маршрут их наказывали. Когда живот-

ное из-за старости не могло больше работать, с глаза снимали повязку, лошадь отвязывали от ворота и отпускали на волю. Но, несмотря на свободу выбора, лошади продолжали ходить по кругу. То же самое происходит и с нами! Наши стереотипы мышления мешают видеть выбор.

После того, как Вы определили центральную автоматическую мысль, Вы стараетесь найти альтернативные расценивания объективно существующей ситуации. Если Вам кажется, что ситуацию никак нельзя расценить по другому, представьте себе, как ее восприняли бы другие люди.

Ситуация	Мысли/альтернативные мысли (АМ)	Эмоции и их интенсивность (0-100%)
Появился насморк и температура 37,5 градуса.	Я заболела, как это не вовремя. Мне нельзя сейчас болеть, на работе большие нагрузки.	Подавленность, 30%
	АМ: Возьму больничный лист и с чистой совестью пропущу работу. Отдохну дома, почищу книги.	Радость 20%
	АМ: А вдруг это тяжелый грипп. Могут быть осложнения.	Тревога 50%
	АМ: Болеть неприятно, но не катастрофа. На работе без меня обойдутся.	Подавленность 10%

Ситуация	Мысли/альтернативные мысли	Эмоции и их интенсивность (0-100%)

При выполнении данного упражнения расширяется «репертуар» оценок события, и, соответственно, диапазон возможного реагирования существенно растёт. Иногда люди неправильно воспринимают данное упражнение и начинают просто подбирать «позитив». С точки зрения когнитивной психотерапии это неправильно! Человек должен реалистично воспринимать события окружающего мира. Любые фильтры, хоть «розовые» — позитивные, хоть «чёрные» — негативные мешают. Если человек находится в состоянии плохого настроения или, тем более, депрессии, у него работают «чёрные» фильтры.

После того, как человек подобрал несколько альтернативных мыслей, определил эмоциональный ответ, он пытается решить, какой же вариант для него наиболее приемлем и реалистичен. Вначале данное упражнение идет «со скрипом», может присутствовать ощущение искусственности усилий, но постепенно человек «на автомате» начинает рассматривать несколько альтернатив и выбирать наиболее приемлемые. Ему становится заметно проще и интенсивность негативных эмоций сама собой снижается. Для освоения навыка требуется не менее трех недель. Моментальные результаты возможны, но маловероятны.

Приятные события

Когда человек долго находится в состоянии подавленности, то он прекращает замечать те положительные события, которые встречаются в его жизни. Большинство заданий, описанных ранее, ориентировано на опознавание и борьбу с подавленностью. Борьба с негативными эмоциями хорошо, но недостаточно, для того чтобы наслаждаться жизнью — дышать полной грудью. Для полноценной жизни необходимо восстановить способность получать удовольствие, радость в жизни.

Опишите в структурированном дневнике обстоятельства, сопутствующие моментам Вашего хорошего настроения.

Оцените его по шкале от 0 до 100 баллов: 0 — отсутствие хорошего настроения, чувства психологического комфорта, 100 — наиболее интенсивное ощущение хорошего настроения, какое только можно испытывать.

Ситуация	Мысли, определяющие хорошее настроение	Интенсивность чувства психологического комфорта
Сходили с женой в кино.	Фильм неплохой, но не совсем в моем вкусе. Все равно приятно посмотреть на большом экране с хорошим звуком. Нужно будет сходить на другой фильм.	15
Клиент хорошо отозвался о моей работе.	Приятно, когда замечают мои усилия.	35
На улице солнышко. Решил пройтись пешком.	Хорошо пройтись по свежему воздуху.	20

Ситуация	Мысли, определяющие хорошее настроение	Интенсивность чувства психологического комфорта

Данное упражнение лучше выполнять письменно (особенно на начальных этапах). Постарайтесь замечать в день не менее трех положительных событий. Эффективным оно будет при регулярном выполнении не менее двух недель. Иногда возникают сложности. Человеку кажется, что в жизни вообще нет ничего приятного. В таком случае либо он еще находится в слишком тяжелом состоянии и слишком рано приступил к выполнению данного упражнения, либо он ориентируется на

слишком интенсивные эмоции. Ведь для получения удовольствия и радости не обязательно лететь в далекую экзотическую страну, а можно почитать любимую книгу, встретиться с другом или побыть на природе. Но получение удовольствия — это формируемый навык. Если пустить все на самотек, то негативные мысли будут потихоньку пытаться завладеть Вашим восприятием мира и привести к подавленному, безрадостному существованию. Даже чтобы получить радость, нужны усилия.

Поддержка близкими людьми

Человеку, находящемуся в состоянии подавленности, эмоционально тяжело. В такой момент ему как никогда нужна помощь близких людей. Но будет ли она принята? Мы уже описывали негативный стереотип мышления, сопровождающий депрессию. Сам человек больше погружен внутрь себя. Внимание окружающих он или не замечает, или игнорирует. Да и близким, ранее не сталкивавшимся с состояниями депрессии, малопонятно поведение больного. Особенно нелогичным и непонятным со стороны выглядит поведение человека, страдающего эндогенной депрессией. Родные думают: ничего особенного в жизни не происходило, так чего же он так расстраивается? Начинают давать советы: не расстраивайся или держи себя в руках! Страдающий человек испытывает в адрес окружающих раздражение, так как осознает всю абсурдность подобных советов. Стена непонимания между близкими людьми растет и ухудшает и без того непростое эмоциональное состояние.

Вот так описывает такой период жизни Борис. «Когда мне было особенно тяжело, жена пыталась как-то заботиться обо мне, то сидела со мной вместе, то пыталась казаться веселой и рассказывала о планах на будущее. Я думал, что являюсь обузой для нее, и все, что она делает, это только из жалости».

Если Вы находитесь в состоянии подавленности, то помните о том, что присутствуют «негативные фильтры»! Если сомневаетесь в чем-то, можно спросить у близких и сравнить восприятие ситуации. В ряде случаев хороший результат может дать подключение семейной психотерапии. В большинстве случаев родные ведут себя так не со зла, а от дефицита информации. Вы можете дать им прочитать теоретические кусочки данной книги.

Профилактика рецидивов

Итак, Вы проделали серьезную работу по преодолению депрессии и достигли определенных успехов. Сравните свое состояние до и после проделанной работы. Если у Вас уже были периоды депрессии, к сожалению, есть вероятность возобновления таких переживаний в течение жизни. Это не повод для пессимистического видения будущего. Важно своевременно определять признаки надвигающегося ухудшения состояния, уметь с ними бороться и представлять, к какому врачу можно обратиться за помощью. Для борьбы с подавленностью рекомендуем Вам возвращаться к тому, что написано в этой тетради, и возобновить выполнение упражнений. Самое важное средство в борьбе с депрессией — продолжение самостоятельной работы. Если Вы замечаете, что длительное время испытываете негативную эмоцию (не обязательно подавленность), то это хороший повод возобновить выполнение упражнений. Как запасной вариант, к которому можно прибегнуть, если Вы чувствуете, что самостоятельно бороться сложно, это возобновление Вашего сотрудничества с психотерапевтом.

Автор будет благодарен за отзывы и предложения по дальнейшему улучшению и развитию «рабочих тетрадей». Написать ему можно по адресу: an@erichev.ru

Если данная книга Вам хоть немного помогла разобраться в ситуации, для нас это приятная новость!

Благодарности

Хочется выразить искреннюю благодарность тем людям, психотерапевтическая работа с которыми натолкнула на мысль и мотивировала к созданию данной книги. Отдельная благодарность Учителям и коллегам, работа с которыми доставляет удовольствие и позволяет лично расти: Владимиру Ивановичу Курпатову, Александру Петровичу Коцюбинскому, Александру Петровичу Федорову.

СОДЕРЖАНИЕ

Масштабы депрессии.....	4
Теория уязвимость-стресс-болезнь.....	4
Депрессия и стресс.....	6
Медицинское определение депрессии.....	7
Отличия депрессии от плохого настроения.....	7
Лечение депрессии.....	12
Тест Бека на выявление депрессии.....	15
Скрытые депрессии. Или депрессия без депрессии.....	18
История депрессии.....	20
Проблемы, мешающие обращению за квалифицированной помощью и тормозящие процесс психотерапии.....	21
План по выходу из депрессии.....	24
Планирование дел и активирующий режим.....	24
Оценка результатов по тесту Аарона Бека.....	25
Учимся опознавать и преодолевать подавленное настроение.....	28
Приятные события.....	35
Поддержка близкими людьми.....	36
Профилактика рецидивов.....	37

**Издательский дом
«Санкт-Петербургской медицинской
академии последипломного образования»**

Производит и реализует широкий ассортимент медицинской литературы, предназначенной как для профессионально подготовленной аудитории врачей, студентов медицинских вузов, так и для населения. Надеемся, что написанные ведущими специалистами в соответствующих областях медицины книги найдут у Вас признание.

По вопросам приобретения книг обращаться:
195196, Санкт-Петербург, а/я 43, тел. (812) 275-02-11
электронная почта: ordermaps@mail.ru
www.idmaps.ru

Приглашаем к сотрудничеству авторов медицинской литературы и авторские коллективы. Мы подготовим к изданию Ваши труды, разместим заказ в типографии и поможем распространить тираж.

По вопросам сотрудничества обращаться:
191014, Санкт-Петербург, Саперный пер., д. 7, литера А
тел. (812) 275-02-11, 275-05-62
электронная почта: spbmaps@mail.ru



Еричев Александр Николаевич — врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии Санкт-Петербургской Медицинской академии последипломного образования, член правления Санкт-Петербургского отделения Российской психотерапевтической ассоциации.

Автор имеет большой практический опыт психотерапии людей страдающих тревожно-депрессивными расстройствами, химическими и нехимическими зависимостями. Неоднократно становился лауреатом Всероссийских конкурсов молодых ученых-психиатров за работу, посвященную образованию людей, страдающих эмоциональными расстройствами.

Написать автору можно на электронную почту: an@erichev.ru

Вы можете узнать полезную информацию о когнитивно-поведенческих методах психотерапии на сайте www.cbt-effect.ru

