

Глава 14

Психотерапия, самопомощь и другие способы выздоровления

Некоторые специалисты по головному мозгу сейчас исследуют, что происходит в нем во время психотерапии. В одном из экспериментов пациентов с социофобией помещали в позитрон-эмиссионный томограф и просили прочитать речь группе незнакомцев. При отсутствии лечения наблюдалось значительное повышение активности миндалевидных тел — центра страха головного мозга. СИОЗС или психотерапия уменьшали эту избыточную активность. Что интересно, по степени изменения активности миндалевидных тел, достигнутой за время лечения, можно было предсказать уровень тревожности пациентов год спустя¹. В других исследованиях депрессии, обсессивно-компульсивного расстройства и тревожности было показано, что психотерапия вызывает в головном мозге изменения, очень похожие на результаты действия лекарств, хотя есть и интересные различия². Мы знаем, что депрессия часто связана с уменьшением активности небольшой области мозга — так называемой дорсолатеральной префронтальной коры. Известно, что ЭСТ, антидепрессанты и психотерапия нормализуют активность этой зоны.

Это действительно потрясающие результаты. То, что психотерапия и лекарства достигают результатов с помощью схожего, хотя и немного отличного воздействия на головной мозг, означает, что путем изучения этих различий можно очень многое узнать о механизмах депрессии. Уже известно, что жизненный опыт изменяет мозг. Теперь мы начинаем видеть, какое влияние на него оказывает конкретный опыт — психотерапия.

Есть много видов психотерапии, но в основе всегда лежат открытые, доверительные отношения. Некоторым пациентам для начала лечения достаточно самой возможности раскрыть психотерапевту всю вину и стыд, сопровождающие депрессию, не боясь оценки с его стороны. В других случаях психотерапевт должен направлять пациента в таких сферах, как асертивность, навыки общения, постановка реалистичных целей, расслабление и управление стрессом. Все эти проблемы часто мешают выздоровлению.

В моей аспирантуре занятия вели приверженцы Фрейда, бихевиористы и специалисты по семейной терапии. Фрейдисты носили пиджаки

и галстуки, бихевиористы — белые халаты, а семейные психотерапевты — спортивные костюмы. Фрейдисты и бихевиористы едва скрывали презрение друг к другу — было интересно наблюдать, как на факультетских мероприятиях им приходилось изображать дружелюбие. Семейные психотерапевты вежливо, но снисходительно относились к обоим лагерям и пытались применить свои воззрения к институтской политике, в то время как представители других течений во многом их игнорировали. С точки зрения науки все это было крайне плохо. Разные лагеря просто не разговаривали друг с другом, не говоря уже о чтении литературы соперников. Можно было найти интересные и потенциально полезные статьи и книги по депрессии, эмпатии и другим предметам, которые расходились даже в определениях, поэтому было невозможно сообщить свою точку зрения другим.

Сегодня конкуренция и узость мышления по-прежнему имеют место, хотя игроки сменились. К счастью, большинство этих споров не выходит за пределы научных кругов: эффективные практикующие психотерапевты используют сплав методов, уходящих корнями в разные теории, но в сочетании дающих эффективную, человеческую психотерапию, часто краткосрочную по своей природе. Мы уже не исходим из того, что пациент не ведает об истинной природе своих проблем, а предполагаем, что в центре внимания при лечении должны находиться выражаемые им боль и нужды. Психотерапевту не обязательно молча стоять за диваном или быть чудаком в медицинском халате — надо обладать определенными умениями, понимать и давать советы. Так намного лучше для пациента.

Хорошую психотерапевтическую помощь может оказать психиатр (врач, специализирующийся на психических заболеваниях), психолог (с ученой степенью), социальный работник, а также священнослужители или наркологи. Найдите специалиста, которому вы доверяете и — самое главное — с которым вам удобно. Не стесняйтесь выбирать: надо спрашивать о профессиональном прошлом, образовании и опыте работы с депрессией, и если через несколько сеансов у вас появятся даже малейшие сомнения или вы почувствуете, что взаимодействия не получается, скажите об этом психотерапевту и проконсультируйтесь у кого-то другого. Современные исследования еще раз подчеркивают старое наблюдение, что эмоциональная связь между пациентом и психотерапевтом может стать самым важным фактором в эффективном лечении³. Поскольку в серьезных случаях вырывают лекарства, наряду с психотерапией надо детально рассмотреть вариант медикаментозной терапии. Если вы столкнулись с противником лекарственной терапии, поищите другого специалиста.

Если бы у меня была депрессия и я искал себе психотерапевта, я бы принял во внимание следующие факторы:

1. *Внутреннее чутье.* Этот человек мне нравится? Внушает доверие? Свободно ли я себя с ним чувствую? Возникают ли какие-то сомнения? В современной жизни психотерапия — один из немногих

шансов сказать о себе абсолютную правду. Этот человек способен взять на себя такую ответственность?

2. *Отзывы.* Поговорите с друзьями, врачом. Обычные профессиональные отношения — недостаточная рекомендация. Вам надо поговорить с человеком, хорошо знакомым с этим психотерапевтом, — в идеале, с его бывшим пациентом.
3. *Опыт работы* с депрессивными пациентами, включая когнитивную, межличностную методики и практику осознанности.
4. *Открытость лекарствам* как одному из компонентов лечения.
5. *Желание при необходимости активно действовать и руководить.* Психотерапевт не должен полагать, что умение выслушать — само по себе лекарство или что потребность пациента в совете или внушении инфантильна и ее надо игнорировать.

Про последних три пункта надо обязательно спросить напрямую у врача. Мы не боги, хотя некоторые себя ими считают, и нас не обижают прямые вопросы. Если вы столкнулись с психотерапевтом, которого они задевают, — поищите другого. На самом деле лучше сходить на предварительную консультацию к двум-трем специалистам и затем выбрать того, кто показался вам самым толковым. Это намного более важное решение, чем покупка новой машины, и нужно отдать поиску своего психотерапевта как минимум столько же сил и времени, как выбору марки и модели автомобиля. Не стесняйтесь сделать несколько тест-драйвов.

Пациенты, которые заглядывают в литературу по депрессии или в другие источники, обнаруживают, что терапией выбора для этого заболевания считаются когнитивная и межличностная терапия. *Когнитивно-поведенческая психотерапия* (КПТ)⁴ выявляет, перестраивает и исправляет искаженные мыслительные привычки, как было описано в главе 8. *Межличностная (интерперсональная) психотерапия* (ИПТ), разработанная учеными Йельского университета Джеральдом Клерманом и Мирной Вайсман⁵, сосредоточена на навыках общения: пациент учится точно интерпретировать то, что говорят другие (а не предполагать, что знает), эффективно высказывать свои чувства, желания и потребности. Многие опытные психотерапевты используют методики когнитивной и межличностной терапии по мере надобности. Эти подходы получили такое признание в науке, потому что эксперименты, проведенные в течение трех месяцев со всеми необходимыми мерами контроля, показали, что их эффективность как минимум равна лекарствам. Тем не менее это означает лишь то, что они соответствуют низким стандартам, предъявляемым медицинским препаратам: через три месяца лечения большинство пациентов перестают соответствовать всем диагностическим критериям глубокой депрессии, но могут по-прежнему чувствовать себя несчастными и в следующем месяце заболеть повторно.

Причина, по которой КПТ и ИПТ могут считаться эффективными, в том, что они разработаны для достижения определенного результата

за трехмесячный курс лечения и проработаны до такого уровня, что методика у разных специалистов очень похожа. Этого нет в большинстве других видов психотерапии, где личность врача продолжает оставаться очень важным фактором. Стандартизация дает когнитивной и межличностной терапии явное преимущество в научных исследованиях благодаря низкой вариабельности: вы оцениваете не искусство, а эффективность набора методик. Опытные психотерапевты иногда недооценивают оба подхода и считают их методами из рецептурного сборника, потому что в них мало места для творчества. Но ведь если делать торт по кулинарной книге, каждый раз будет получаться вполне хороший торт. Все мы, работающие в этой области, должны быть очень признательны создателям различных методик, потому что, пока они не появились, было совершенно невозможно доказать, что психотерапевтические методы вообще дают какой-то эффект.

В то же время новые исследования свидетельствуют, что продолжительная психодинамическая терапия эффективнее, чем эти кратковременные методы лечения. В большом обзоре целого ряда исследований, недавно опубликованном в престижном журнале Американской медицинской ассоциации, было показано: чем больше сеансов терапии прошел пациент, тем ему лучше⁶. Речь не идет о многолетнем психоанализе — пациенты просто ходили к специалисту, пока не почувствовали, что потребность в нем отпала. В среднем лечение длилось около года, больные обычно посещали психотерапевта два раза в неделю, иногда чаще. Это были люди с хроническими или сложными расстройствами, живущие в реальном мире, а не односимптомные участники, тщательно отобранные ради максимизации эффективности определенного метода лечения. Психодинамическая терапия — способ мышления, описание которого вы найдете в этой книге. Это вера в неосознанные мотивации и реакции; в то, что мы используем защитные механизмы для отрицания боли и это вызывает непреднамеренные негативные последствия; в важность детских переживаний для формирования психики и головного мозга; в базовый конфликт между интимностью и независимостью внутри каждого человека; в то, что депрессия — способ избежать сложных эмоциональных состояний. Но я не стану утверждать, что эффективное долговременное лечение депрессии обязательно должно быть психодинамическим. Большинство пациентов КПТ или ИПТ продолжают работать со своими психотерапевтами намного дольше трех месяцев и должны взаимодействовать до тех пор, пока это дает результат.

Теперь, когда мы знаем, что психотерапия влияет на наш мозг, не должно удивлять, что чем ее больше — тем лучше. Как я постоянно повторяю в этой книге, мозг меняют не самоанализ и изменение мышления, а практика и повторение.

Хотя и специалисты, и публика продолжают восхищаться таблетками, вдумчивые ученые и клиницисты стали признавать, что психотерапия — во многом лучшая альтернатива. В 2008 году вышли два независимых обзора всей имеющейся литературы, сравнивающей результативность психотерапии и медикаментов при лечении депрессии⁷. Всего авторы проанализировали

около 30 исследований и пришли к выводу, что медицинские препараты и психотерапия имеют практически одинаковую эффективность. Было подчеркнуто, что таблетки более эффективны при дистимии — забавный результат, потому что они не были разработаны для этого заболевания, и их успех, вероятно, лишь результат притупления эмоций, описанный в предыдущей главе. Оба исследования показали более низкую частоту выбывания пациентов при психотерапии. Лишь в одном обзоре были учтены результаты в период после исследования (средняя продолжительность наблюдения — 15 месяцев); было обнаружено значительное преимущество психотерапии, которое оказывалось тем больше, чем дольше длился этот период⁸. Мы не знаем, с чем это связано — с прекращением приема препаратов, с постепенным снижением их эффективности или с тем, что психотерапия дает пациентам то, что они могут развивать, но я подозреваю, что свою роль играют все три фактора.

У людей с депрессией имеются симптомы (изменчивость настроения, упадок сил, саморазрушающие схемы мышления, тревожность) и проблемы (конфликты в семье, плохая производительность труда, принятие неправильных решений, прокрастинация). Надежда в том, что медикаменты снимут симптомы и пациент сможет эффективнее справляться с проблемами. Если таблетки работают как надо, это действительно реально. Но намного чаще пациенту помогает решить его проблемы хорошая психотерапия, и симптомы начинают уменьшаться вслед за этим. (Это как улица с двухсторонним движением.) Или терапия помогает справляться с симптомами лучше лекарств — бросает вызов депрессивному мышлению, с помощью осознанности отрывает человека от пережевывания мыслей, обучает правильному сну, более эффективному общению. Еще раз: к продолжительным изменениям — как при решении проблем, так и в борьбе с симптомами — ведет *практика* новых навыков. Психотерапевт здесь выступает в роли тренера: помогает, когда практика не идет как надо или при появлении непредвиденных препятствий. Если пациент не научится новым методам борьбы с жизненными трудностями и собственными чувствами, депрессия с очень высокой вероятностью возвращается.

Психотерапия депрессии на основе осознанности

Новый подход к лечению депрессии, основанный на методиках осознанности, доказал свою эффективность, особенно в профилактике рецидивов заболевания. В основе когнитивной психотерапии депрессии на основе осознанности (*Mindfulness-based Cognitive Therapy*, МВСТ)⁹ лежит наблюдение, что у людей с повторяющимися эпизодами начинают возникать ассоциации между грустными мыслями и депрессивными чувствами, которых большинство людей не испытывает. Например, когда мы слышим по радио песню, напоминающую о старой любви, то испытываем не только легкую

грусть и ностальгию, но и определенное удовольствие от пробудившихся воспоминаний. Однако депрессивные люди переживают вереницу накручивающихся негативных мыслей: «Она была классная. Как я мог ее упустить? Как обычно, просто струсил. У меня больше никогда не будет такой любви, я во всем сам виноват. Я ни на что не годен». И очень скоро страдающий снова в отчаянии. При депрессии существует прямая связь между чувством грусти и спиралью негативных мыслей. Как отмечалось выше, в большинстве случаев триггеры первого и второго эпизодов депрессии легко выявить, но впоследствии вызывающие их события становятся все меньше и меньше — настолько незначительными, что пациент часто не отдает себе в них отчет: мимолетные воспоминания, песня по радио, неважные мелочи.

МВСТ учит пациента навыкам осознанности, чтобы непосредственно обращаться к связи между чувством грусти и вышедшим из-под контроля пережевыванием негативных мыслей. Пациент учится делать шаг назад и наблюдать свои мысли со стороны, не попадая автоматически в их ловушку. Он может прямо заявить себе: «Мне грустно, но это временно. Мне не обязательно давать негативным мыслям себя увлечь. Я могу от них оторваться или отвлечься». Дисциплинированное занятие медитацией, возвращение мыслей к дыханию или каким-то нейтральным предметам становится навыком, помогающим пациенту бороться с этой разрушительной связью. Разработчики МВСТ опубликовали очень полезную книгу самопомощи — *The Mindful Way Through Depression**, к которой прилагается CD для управляемой медитации. Неоднократные клинические исследования МВСТ показали, что она может снизить риск рецидива от 38 до 100% случаев (у людей с четырьмя и более эпизодами). Но также было выявлено, что у людей, перенесших всего один-два эпизода глубокой депрессии, МВСТ не так эффективна. По-видимому, это связано с тем, что в числе факторов, влияющих на таких людей, реже оказывается травмирующее детство, и первая депрессия случается в более старшем возрасте¹⁰. Я интерпретирую эти данные так: мозг этих людей поврежден меньше, чем после психологической травмы или повторяющихся эпизодов депрессии, поэтому им не требуется целительный опыт, который дает осознанность. Им просто надо научиться работать со своей депрессией, и тут поможет межличностная или когнитивно-поведенческая терапия.

Самопомощь

К сожалению, по-прежнему ни на национальном, ни на международном уровне не наблюдается создания групп самопомощи при депрессии. Отсутствие конкретной программы самопомощи — настоящий позор. Я убежден, что поддержка коллектива при депрессии может стать чрезвычайно полезной,

* Издана на русском языке: Уильямс М. Выход из депрессии. Освободите себя от хронической неудовлетворенности. СПб. : Питер, 2009.

особенно в начале заболевания. Некоторые «третье калачи» сами организуют неформальные группы, однако в них не приветствуют новичков.

К сожалению, образованию таких групп препятствует сама природа депрессии. Я считаю, что проблему создает и сохраняющаяся стигматизация болезни, с которой пациенты начинают соглашаться и выражают это чувством вины и самообвинением. Депрессивные люди естественным образом полагают, что другие больные не могут им помочь, да и потом, кто захочет собираться, чтобы поговорить о том, как ему плохо? Однако то, что все больше и больше людей просто получают минимальную психотерапию или лекарства от лечащего врача, лишь усиливает потребность в таких группах.

Есть и воодушевляющие изменения к лучшему. Дэниел Лукасик, адвокат из Буффало, почти в одиночку создал программу «Юристы с депрессией», которая была хорошо встречена по всему штату Нью-Йорк. Юристы — профессия, в которой риск депрессии особенно высок, и Лукасик своим примером вдохновил многих успешных адвокатов и судей открыто заявить о своих переживаниях. Американский фонд профилактики самоубийств организует благотворительные ночные прогулки, чтобы собрать средства и рассказать людям о проблеме суицида, и, похоже, с каждым годом они привлекают все больше внимания. Подобные программы много делают, чтобы уменьшить стигматизацию депрессии. В интернете создаются дистанционные группы. Во многих социальных сетях возникают специальные дискуссионные площадки и доски объявлений, посвященные депрессии. Одна моя пациентка получила огромную поддержку в группе для детей нарциссических матерей.

Но если группы поддержки нет, вы можете помочь себе сами. Об этом вся эта книга, и в мире есть много других хороших изданий. Вера, что себе ничем нельзя помочь, — симптом заболевания, и с ним надо бороться каждый день. Каждый день немного больше читать, медитировать и упражняться, общаться с другими людьми. Просматривайте мои советы по развитию силы воли, занимайтесь медитацией. Предпоследняя глава этой книги называется «Программа выздоровления», и я гарантирую, что, если вы будете прилежно ей следовать, вскоре почувствуете себя лучше.

Поддержка со стороны семьи

Жизнь с человеком в состоянии депрессии может быть одной из самых неприятных вещей в мире¹. Мы хотим уменьшить его страдания, но не знаем как. Часто кажется: что бы мы ни делали, от этого только хуже. Иногда мы сердимся на страдальца, а потом чувствуем себя виноватыми.

Депрессивный человек испытывает сильную потребность в любви и понимании, но обычно не может ответить взаимностью, поэтому кажется надоедливым и неблагодарным. Бывает, что нотки отчаяния в голосе и самопожертвование отталкивают, а безнадежность и пораженчество очень раздражают.

У больного депрессией зачастую остается слишком мало сил, чтобы думать о других, поэтому он выглядит поглощенным собой, часто имеет целый набор мелких жалоб на здоровье. Его проблемам не помогают ни хорошие советы, ни здравый смысл, поэтому друзья в конце концов сдаются. После этого страдающий чувствует себя виноватым в своей самопоглощенности и очень старается ее компенсировать или неустанно просит прощения и подтверждения хороших отношений.

Кажется, что гнев следует за депрессивным человеком, как темная туча над головой. Иногда он чувствует его сам: считает, что жизнь несправедлива, горько переживает, что его лишили чего-то заслуженного. Или выводит из себя окружающих жалостливым или надутым видом. Члены семьи обычно боятся открыто сердиться из опасений ранить жертву.

Очевидно, что с таким человеком очень сложно жить. Иногда друзьям и близким неocenимую помощь оказывает *точный диагноз*. Смириться со сложным поведением любимого человека намного легче, если понимаешь, что он в клещах тяжелой болезни, а не провоцирует нас нарочно. Депрессия — это болезнь. Она может развиваться постепенно или очень быстро. Она может появляться в ответ на жизненные события или в результате химических изменений в организме. Она может поразить каждого, независимо от пола и возраста, богатого и бедного. Но это заболевание, а не сознательный выбор.

Важно помнить, что депрессия не эмоция, а защита от эмоций. Депрессивный человек хранит взаперти много чувств и в целом считает, что его никто не может понять. Бывает полезно поднять завесу болезни и выразить эти чувства, хотя любимым и членам семьи может быть неприятно слышать о них. Такой человек может сердиться на нас, как нам кажется, без особого повода, или его может съедать вина за банальные на вид происшествия. Он может очень бояться или очень заикливаться на себе. С другой стороны, он может сказать важную правду о наших отношениях — вероятно, о том, как мы пользовались его депрессией. Конечно, слушать такие вещи непросто, но важно, чтобы страдающий понял: честные эмоции не отталкивают людей.

Больному депрессией нужно терпение и понимание со стороны близких. Нам, друзьям и родственникам, хочется попросить его взять себя в руки, дать хороший совет, рассказать, как мы сами справились в похожих ситуациях. Но от этого ему будет только хуже, это укрепит в нем чувство неполноценности, поэтому надо просто слушать его с заботой и участливостью. В группе самопомощи, с которой я был связан, составили хороший список советов близким:

- Будьте тактичны, внимательны, сопереживайте. Если ваш партнер сломал ногу, понятно, что его возможности и силы ограничены. Иногда ему больно, и он не может быстро выздороветь просто потому, что вам так захотелось. Воспринимайте депрессию так же.

- Не провоцируйте. В каждых отношениях есть маленькие «красные кнопки», которые в любой момент могут спровоцировать ссору: грязные носки на полу, пульт от телевизора не на месте, мало бензина в бензобаке автомашины и т. д. Вы знаете эти точки у своего партнера. Не нажимайте их, когда он в депрессивном состоянии.
- Очень ценятся и помогают небольшие добрые дела, даже если на них не отвечают взаимностью. Когда я иду спать, жена целует меня и желает спокойной ночи. Хотя при этом я не всегда выгляжу радостным, без ее внимания мне было бы гораздо хуже, я чувствовал бы себя одиноким и нелюбимым.
- Очень помогает желание немного облегчить обязанности своего партнера. Предложите сделать покупки, вынести мусор, постирать, сходиться с детьми в пиццерию. Это лучше слов говорит о том, что вы понимаете, насколько тяжелыми бывают повседневные обязанности.
- Когда депрессии нет, любящие люди могут заключить «соглашение», в котором описано, что делать при наступлении эпизода заболевания. Такой «договор» может состоять из следующих пунктов:
 - Этап 1. Оставь меня одного.
 - Этап 2. Будь добрым, терпеливым и внимательным.
 - Этап 3. Настаивай, чтобы я позвонил психотерапевту.
 - Этап 4. Отвези меня в больницу.
 Одна пациентка теряла способность различать цвета, когда у нее начиналась депрессия. На своем опыте она научилась сразу же говорить об этом мужу. Когда ей становилось хуже, сообщать об этом она уже не хотела.
- Займитесь самообразованием. Узнайте о депрессии все что можно. Старайтесь общаться с психотерапевтом, лечащим вашего заболевшего близкого. Вы удивитесь, насколько прочитанное или услышанное от специалиста может изменить вашу точку зрения. Даже если вы считаете, что понимаете: депрессия — это заболевание и пациент не выбирает, быть ему в депрессии или нет, вам потребуется вся возможная информация. Мы просто не хотим в это верить, и, если узнать о болезни побольше, будет легче помочь любимым. Это и способ показать, как вас заботит состояние близкого человека — настолько, что вы что-то предпринимаете.

Должен сказать, мои коллеги не очень помогают членам семей своих клиентов. Хотя иногда при госпитализации пациента проводятся семейные встречи, существует давняя традиция не привлекать родственников к амбулаторному лечению. Как правило, это считается защитой частной жизни: пациент — взрослый дееспособный человек, который сам решил со мной проконсультироваться. Если бы мне надо было прямо говорить с членами семьи о его состоянии и лечении, это ставило бы под сомнение его дееспособность. Но, конечно, пациент может добровольно отказаться от права

на частную жизнь. Психотерапевты редко говорят: «По-моему, вашему родителю/супругу/ребенку сложно понять, через что вы проходите. Как думаете, может быть, им стоит прийти на один из наших сеансов? Возможно, я смогу что-то им объяснить о природе заболевания, и мы вместе поработаем над коммуникацией между вами». Ничего не происходит за спиной пациента, нет никаких заговоров. Предполагая, что член семьи желает помочь, но просто не знает как, мы моделируем для нашего пациента принципы эффективного лечения и выздоровления, которое поддерживаем: мы ответственны за то, чтобы нас понимали, и определенные навыки общения улучшают взаимопонимание. Нельзя исходить из предположения, будто мы знаем, что чувствуют другие.