

Э. Этачт, М. Фернандез,
Д. Маккези

ПРИВЕТ, КРЕПКАЯ ПСИХИКА!



Как пережить травмирующие
события и не сойти с ума



Выход есть

Эмили Этачт

**Привет, крепкая психика!
Как пережить травмирующие
события и не сойти с ума**

«Издательство АСТ»

УДК 37.032
ББК 88.3

Этачт Э.

Привет, крепкая психика! Как пережить травмирующие события и не сойти с ума / Э. Этачт — «Издательство АСТ», — (Выход есть)

ISBN 978-5-17-153747-0

Психологические травмы преследуют нас постоянно: наедине с собой, в большой компании друзей или в кругу семьи. Если вы устали от постоянного фонового гнетущего чувства, то эта книга — то, что вам нужно. «Привет, крепкая психика!» — это книга, которая уже доказала свою эффективность, став бестселлером AMAZON и заняв 6-е место в списке лучших книг, помогающих при ОКР. Данное руководство поможет разобраться в своих психологических травмах и «приручить их», позволяя получать удовольствие от каждого нового дня. Разберем и проработаем: — Посттравматическое стрессовое расстройство: причины, следствие и как с ним бороться; — метод психотерапии под названием «Десенсибилизация и переработка движением глаз»: его основы, нюансы и эффективность; — психотерапевтический метод соматического переживания и в чем его преимущества и т.д. В формате a4.pdf сохранен издательский макет.

УДК 37.032

ББК 88.3

ISBN 978-5-17-153747-0

© Этачт Э.

© Издательство АСТ

Содержание

Марция Фернандес	6
Введение	6
Глава 1	8
Глава 2	15
Конец ознакомительного фрагмента.	20

**Эмили Этacht, Марция
Фернандез, Джино Маккези**
Привет, крепкая психика!
*Как пережить травмирующие
события и не сойти с ума*

EMILY ATTACHED
MARZIA FERNANDEZ
GINO MACKESY

MENTAL HEALTH WORKBOOK
6 BOOKS IN 1

The Attachment Theory, Abandonment Anxiety, Depression in Relationships, Addiction, Complex PTSD, Trauma, CBT Therapy, EMDR and Somatic Psychotherapy

Mental Health Workbook: 6 Books in 1

The Attachment Theory, Abandonment Anxiety, Depression in Relationships, Addiction, Complex PTSD, Trauma, CBT Therapy, EMDR and Somatic Psychotherapy

Печатается с разрешения правообладателя Charlie Creative Lab Ltd.

© Э. Этacht, М. Фернандез, Д. Маккези, текст

© ООО Издательство «АСТ»

© Захватова О., перевод

* * *

«Выход есть»

Марция Фернандес

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), Травма и Восстановление

Введение

Эта книга посвящена травмам. Травма – это расстройство, вызывающее депрессию и тревогу в связи с определенными событиями.

Травма может быть разных типов: психологической, физической, физиологической. У нее также есть симптомы, и ее можно вылечить с помощью соответствующих лекарств и гибкого режима упражнений.

Всемирный обзор психического здоровья, проведенный под руководством Всемирной организации здравоохранения, показал, что 33 % из 125 000 человек, обследованных в 26 странах, так или иначе сталкивались с травмами.

Обычные реакции и симптомы травмы

Реакция на один и тот же несчастный случай меняется от человека к человеку.

К признакам относятся:

- *Горечь.*
- *Возмущение.*
- *Обида.*
- *Ужас.*
- *Позор.*

Они могут вызвать:

- *Кошмары.*
- *Нарушение сна.*
- *Проблемы с коммуникацией.*
- *Эмоциональные потрясения.*

Ожидаемые физические побочные эффекты:

- *Недомогание.*
- *Дискомбуляция.*
- *Изменение режима отдыха.*
- *Изменения в чувстве голода.*
- *Мигрени.*
- *Проблемы с желудочно-кишечным трактом.*

Психические проблемы могут состоять из:

- *ПТСР.*
- *Скорби, сожаления.*
- *Беспокойства.*
- *Диссоциативных проблем.*

- *Проблем, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами.*

У некоторых людей развиваются специфические побочные эффекты, подобные вышеупомянутым; они обычно исчезают через 10–15 дней. Это называется интенсивным давлением.

У других людей после травматического события симптомы ПТСР не проявляются в течение длительного времени. Признаки посттравматического стрессового расстройства могут усиливать приступы тревоги, печали и депрессии.

Глава 1

Определение депрессии

Во всем мире большое количество людей в той или иной форме страдает от депрессии. Более того, под категорию данного заболевания подпадают многие расстройства. В этой главе мы обсудим, что такое депрессия, а также на кого она больше всего влияет. Мы также остановимся на различных видах депрессии и на том, как она диагностируется.

Что такое депрессия?

Депрессия – это общее расстройство настроения. Это, пожалуй, самое частое психическое заболевание, оказывающее серьезное влияние на повседневную жизнь человека: его мышление, чувства и даже повседневную деятельность. Даже самые обыденные действия, такие как еда, сон, работа или учеба, могут быть затронуты депрессией.

Она может быть диагностирована как клиническая или, в более серьезных случаях, как депрессивное расстройство. Тем не менее это лишь два самых широких термина, используемых в мировой психиатрии для диагностики депрессивных расстройств. Чтобы получить диагноз, симптомы, которые испытывает человек, должны быть постоянными, почти ежедневными, наблюдаться в течение большей части дня на протяжении минимум двух недель. Симптомы и признаки, указывающие на депрессию, включают постоянную тревогу или чувство грусти, одиночества, апатии или опустошения.

Чувства сильного пессимизма или затянувшейся безнадежности также являются частью депрессии. Человек может потерять интерес к деятельности, которая раньше приносила ему удовольствие. Он может обнаружить, что борется с чувством вины, стал более раздражительным, ощущает себя беспомощным или никчемным. Пациент с депрессией может начать говорить и двигаться медленнее, чем раньше. Такое поведение зачастую вызвано усталостью, снижением уровня энергии или проблемами со сном.

Пациенты могут страдать бессонницей, просыпаться рано утром или просыпаться время, когда нужно вставать. С другой стороны, человеку, переживающему депрессию, может быть трудно усидеть на месте или он чувствует себя беспокойным и двигается гораздо больше, чем обычно. При мозговом тумане человек с трудом запоминает события, часто теряет ход мыслей во время разговора, с трудом концентрируется и не может принять даже самое незначительное решение.

Люди с депрессивным расстройством нередко испытывают изменения в аппетите и, следовательно, могут набирать или терять вес. Некоторые полностью теряют аппетит и обнаруживают, что едят только тогда, когда вспоминают о еде. Другие, напротив, едят больше из-за эмоций или чувства тревоги, и поэтому их вес увеличивается. Хотя оба случая находятся на противоположных концах спектра, как первый, так и второй вариант присущи людям с депрессией. Боль и различные недомогания, такие как спазмы, головные боли и проблемы с пищеварительной системой, – частые жалобы пациентов. Эти боли возникают без видимых причин в физическом смысле и обычно не поддаются успешному лечению. К наиболее тревожным проблемам относятся неконтролируемые мысли о самоубийстве и смерти, которые в некоторых случаях могут даже привести к попыткам самоубийства.

Депрессивное расстройство или клиническая депрессия – это диагноз, который ставится, когда вышеуказанные симптомы причиняют человеку страдания или вызывают значительные нарушения в профессиональном или социальном функционировании.

Эти симптомы не связаны с употреблением или злоупотреблением наркотиками или алкоголем.

С депрессивным расстройством также связан высокий уровень смертности. Большинство таких смертей происходит в результате суицида. Крайне важно, чтобы каждый, кто считает, что у него есть симптомы депрессии, обратился к врачу, психотерапевту или психиатру для лечения своего состояния.

Депрессивные расстройства – одно из самых распространенных психических заболеваний, которое в большинстве случаев хорошо или полностью поддается лечению. Когнитивная и поведенческая терапия – это краткосрочный и эффективный метод лечения. Механизмы и стратегии, разработанные и изученные в ходе терапии, могут помочь людям справиться с психическими расстройствами на всю жизнь.

Депрессия в повседневной жизни

Более 15 миллионов человек в мире страдают от депрессивных расстройств. Депрессия названа одним из самых распространенных заболеваний. Но, к сожалению, только около 10 процентов из миллионов людей, страдающих от депрессии, получают адекватное лечение.

Четверть взрослых людей в США живут с диагнозом клинической депрессии, также известной как депрессивное расстройство. Хотя депрессия – это расстройство, влияющее на психическое состояние, она может также нанести ущерб и физическому здоровью. Сердечно-сосудистая система особенно уязвима к дополнительным нагрузкам, возникающим в результате заболевания.

При данном диагнозе риск возникновения сердечно-сосудистых проблем возрастает. В основном это происходит потому, что депрессия вызывает сужение кровеносных сосудов, заставляя сердце работать интенсивнее. Люди, страдающие депрессией, также чаще умирают от сердечного приступа, чем их здоровые сверстники.

Депрессия может оказывать непосредственное влияние на питание, особенно в виде колебаний в аппетите. Некоторые люди едят недостаточно, поэтому подвержены развитию нервной анорексии. Более того, данное расстройство пищевого поведения зачастую приводит к тяжелым последствиям. Люди, страдающие депрессией, также испытывают дефицит по крайней мере одной из следующих категорий: витамины группы В, аминокислоты, минералы и жирные кислоты омега-3. Без достаточного количества питательных веществ мозг не может работать так, как должен.

В других случаях люди с депрессивными расстройствами склонны к перееданию, вплоть до обжорства. Это может привести к резкому увеличению веса и другим нарушениям физического здоровья, таким как диабет II типа, высокое кровяное давление и другие заболевания, вызванные ожирением. По этим причинам очень важно во время лечения депрессивных расстройств придерживаться здорового и полноценного питания, хотя это может быть и трудно.

Многие факторы приводят к ухудшению общего состояния здоровья людей, страдающих депрессивными расстройствами. К ним относятся плохой режим сна, неправильное питание и ослабленная иммунная система. При депрессивном расстройстве не менее важно лечить как физическое, так и психическое здоровье.

Депрессия оказывает влияние на все аспекты повседневной жизни человека, а также на способность есть и спать. В таких случаях часто развивается бессонница или, наоборот, человек может спать целыми днями. Все это – симптомы депрессии. Что касается питания, сюда может относиться как переедание, так и недоедание. Кроме того, человек может даже не понимать, *когда* ему нужно поесть. Из-за этих факторов и подавления иммунной системы депрессия наносит огромный вред здоровью.

Депрессия негативно сказывается и на отношениях. Взаимосвязь между настроением, эмоциями и здоровой коммуникацией жизненно важна. Когда речь идет о хронической депрессии, в отношениях однозначно могут появиться проблемы. Если настроение у человека часто

снижено, близкие люди постепенно отдаляются. Человек с депрессией даже не всегда осознает, что своими действиями разрушает взаимоотношения.

Именно поэтому обучение заменяющим моделям поведения с помощью когнитивно-поведенческой терапии способно принести значительную пользу людям, страдающим от депрессивных расстройств.

Существует множество способов воздействия депрессии на человека, которые могут быть незаметны для окружающих. Одно из самых распространенных и экстремальных – это чувство вины. Слишком часто человек с депрессией просто не чувствует в себе силы делать то, что должно быть сделано. Это включает в себя принятие душа, прием пищи, уборку, выгул собаки и многое другое. Человек знает, что это нужно делать, но у него не хватает сил и возможности. Вслед за неспособностью выполнить повседневные задачи часто возникает чувство вины. Исследования показали, что из-за изменений в мозге люди с депрессией испытывают чувство вины гораздо сильнее, чем люди без депрессии.

Некоторым людям с депрессией живется труднее по утрам, чем в любое другое время суток. Именно в это время возникает настоящая проблема встать с постели. Разочарование, усталость, гнев и крайняя печаль – вот некоторые из чувств, которые могут усугубить так называемую утреннюю депрессию.

Люди, страдающие депрессией, умеют прятать симптомы от внешнего мира. Это также может быть связано с чувством вины. Такой человек, даже если он совершенно измотан, умеет взять себя в руки, чтобы не причинить беспокойства другим. Некоторые люди, страдающие депрессией, прекрасно ведут себя так, будто с ними все в порядке, даже если это не так. Вот почему не всегда возможно определить, есть ли у человека проблема.

Поведение, которое часто демонстрируют люди, страдающие депрессией, – это отмена планов. Такое поведение особенно характерно для случаев биполярного расстройства. Человек чувствует, что он сможет справиться с прошлым, когда придет время. Но, когда время настает, он не может принимать участие в делах или даже выйти из дома. Одна мысль о подготовке к запланированному мероприятию оказывается слишком тяжелой. Выход во внешний мир, где все остальные могут легко функционировать, – это сильный стресс для человека, борющегося с побочными эффектами депрессивного расстройства.

Одна из самых сложных проблем заключается в том, что человек логически *понимает*, что его жизнь прекрасна. Он считает, что должен быть счастлив и благодарен. Но даже если он и верит, что для депрессии нет причин, он все равно не может с собой справиться. Чувства – это не то, что можно контролировать. Подобная ситуация – одно из самых неприятных обстоятельств, с которыми приходится сталкиваться человеку с депрессивным расстройством.

Что вызывает депрессию?

В Соединенных Штатах депрессия остается одним из наиболее часто диагностируемых психических состояний. Существует множество факторов, влияющих на наличие проблемы. Эти факторы могут быть единичными по своей природе или встречаться в комбинации, вызывая депрессию у каждого отдельного человека. Депрессия бывает генетической, то есть в ДНК заложен повышенный риск развития депрессивного расстройства. Во многих случаях диагноз депрессивного расстройства – это не просто психологический эффект. Он может быть связан и с биологическими факторами. В некоторых из случаев биохимический фон повышенного риска развития депрессии может способствовать развитию депрессивного расстройства. В возникновении депрессии могут участвовать и экологические факторы. Чаще всего это наблюдается в случаях сезонного аффективного расстройства, включая развод или смерть члена семьи. Наконец в некоторых случаях причины депрессии могут крыться в психологических аспектах. При таком варианте депрессия развивается у пессимистов и людей с низкой самооценкой.

У некоторых людей депрессия развивается как коморбидный диагноз, наряду с другим серьезным физическим или психическим заболеванием. Нередко она начинается у пациентов, страдающих раком, диабетом, болезнью сердца или болезнью Паркинсона. Любой из перечисленных диагнозов может полностью изменить жизнь человека и ограничить его повседневную деятельность, что, в свою очередь, приводит к депрессии.

У некоторых людей факторы риска развития депрессии выше, чем у остального населения. Как было сказано ранее, значительные жизненные изменения могут предрасположить человека к повышенному риску развития депрессии. Это может быть что угодно – от смены работы до смерти близкого человека или развода. Травмы и стресс также вызывают расстройство. Даже высокий уровень давления на рабочем месте может способствовать постановке диагноза.

У людей, переживших посттравматическое стрессовое расстройство, вероятность депрессии очень высока. Посттравматическое стрессовое расстройство часто встречается у солдат, проходивших срочную службу.

Оно может возникать и в других ситуациях, например, после похищения, нападения или автомобильной аварии. Депрессия и посттравматическое стрессовое расстройство часто диагностируются вместе. У пациента с депрессией в анамнезе более вероятно наличие рецидивов заболевания, особенно после прекращения приема лекарств или терапии. Аналогичным образом, если депрессия встречалась ранее у членов семьи, то такая наследственность повышает риск заболевания.

Многие лекарства имеют потенциальные побочные эффекты, способные предрасположить пациента к депрессии. Как уже говорилось ранее, конкретные диагнозы физических заболеваний приводят к развитию депрессивного расстройства. К сожалению, во многих случаях само заболевание является причиной проблемы. Тем не менее лекарства, назначаемые для лечения или контроля заболевания, могут вызвать депрессию как потенциальный побочный эффект.

Депрессия часто сопровождается злоупотреблением такими веществами, как алкоголь или наркотики. Склонность к злоупотреблению психоактивными веществами очень похожа на склонность к депрессии. Здесь даже существует генетическая связь, поскольку и депрессия, и злоупотребление психоактивными веществами передаются в семьях из поколения в поколение. Проблемы с психическим здоровьем иногда могут быть причиной того, что человек начал злоупотреблять психоактивными веществами. Иначе говоря, злоупотребление становится причиной развития проблем с психическим здоровьем. Как депрессия, так и злоупотребление алкоголем или другими веществами влияют на одну и ту же часть мозга, которая контролирует реакцию человека на стресс.

Такое сочетание депрессии и зависимости называют двойным диагнозом. Двойным диагнозом может стать любая форма психического заболевания, сосуществующая в сочетании с любой формой зависимости. Число случаев двойного диагноза в США постоянно растет.

Еще одним тревожным фактом является снижение иммунитета, в результате чего человек становится более восприимчивым к болезням.

Одна из мер безопасности, которую можно предпринять, – избегать алкоголя и лекарств, которые вам не прописаны.

Депрессия может обрести настолько тяжелую форму, что ее можно расценивать как инвалидность. В зависимости от того, насколько хорошо человек с депрессивным расстройством продолжает функционировать в повседневной жизни или насколько сильно оно нарушает его жизнедеятельность, будет определяться, является ли оно фактическим нарушением дееспособности. Депрессивное расстройство (или клиническая депрессия) и биполярное расстройство рассматриваются администрацией социального обеспечения как инвалидность.

Виды расстройств, рассматриваемые под общим термином «депрессия»

Потенциально каждый из нас подвержен депрессии. Депрессия – это не болезнь, которая возникает только в типичном возрасте, по стандартному стереотипу. Возраст, уровень физической подготовки, достаток, раса или религия не имеют никакого значения для развития депрессивного расстройства. Депрессия может быть легкой или тяжелой. Легкая депрессия, как правило, имеет менее выраженные симптомы, и в основном она мешает мотивации. Тяжелые депрессивные расстройства, как уже говорилось ранее, также называемые клинической депрессией, являются наиболее часто диагностируемой формой. Она вмешивается в повседневную жизнь человека и в его повседневную деятельность.

Некоторые виды депрессии могут незначительно отличаться друг от друга, в то время как другие развиваются только при определенных обстоятельствах. Помимо клинической депрессии и большого депрессивного расстройства, мы обсудим еще пять форм депрессии, существующих под общим диагнозом.

Первый тип расстройства, который мы рассмотрим, – это стойкое депрессивное расстройство. Его также называют дистимией. Стойкое депрессивное расстройство – это депрессивное настроение, длящееся не менее двух лет. Это непрерывный, хронический и длительный тип депрессии. Важнейшим компонентом стойкого депрессивного расстройства является длительность его протекания. Подобно клинической депрессии, пациент может испытывать неадекватность, безнадежность и отсутствие продуктивности.

Человек может потерять интерес к повседневной деятельности и даже к регулярному выполнению задач, связанных с личной гигиеной. Люди с таким диагнозом часто чувствуют себя мрачно и подавленно, им трудно радоваться даже тем обстоятельствам и случаям, которые обычно вызывают приподнятое настроение. Это расстройство может вызывать нарушения – от легких до тяжелых. Далее мы рассмотрим послеродовую депрессию. Этот тип характерен только для женщин, переживших беременность или роды.

Послеродовая депрессия рассматривается как осложнение после родов. Это отдельное явление от того состояния, которое многие женщины испытывают в первые несколько недель после рождения ребенка, включая трудности со сном и перепады настроения. Женщины, страдающие послеродовой депрессией, имеют все симптомы депрессивного расстройства, которое начинается в любой момент во время беременности или после родов. Женщина может испытывать тревогу, сильное чувство грусти и крайнюю усталость.

Многие женщины, страдающие послеродовой депрессией, испытывают трудности в общении с новорожденным. Из-за этих симптомов им может быть трудно ухаживать за собой или выполнять ежедневный уход за малышом. Многие женщины с послеродовой депрессией испытывают сильный гнев, грусть или раздражительность. Они считают, что не могут или не способны быть хорошей матерью.

В некоторых наиболее тяжелых случаях у молодой матери возникают повторяющиеся фантазии о причинении вреда себе или ребенку. Это может включать неконтролируемые мысли о самоубийстве и смерти. Случаи послеродовой депрессии возникают как у молодых отцов, так и у молодых матерей. У мужчин наблюдаются те же симптомы, что и у женщин, но они обычно сосредоточены на недостатке сна, чувстве недостойности своей роли отца и нехватке энергии. Другие симптомы могут включать бессонницу, трудности в общении с ребенком и отстранение от друзей и членов семьи.

Третье расстройство, о котором мы поговорим, – это психотическая депрессия. Этот термин используется, когда в дополнение к диагнозу тяжелой депрессии присутствует форма психоза. Его также можно назвать депрессией с психотическими чертами. Депрессия с сопутствующими галлюцинациями или бредом соответствует этому диагнозу. Бред определяется как ложное, мешающее, фиксированное убеждение. Галлюцинации могут быть слуховыми или зрительными.

При слуховых галлюцинациях человек слышит тревожные звуки, которые никто другой не слышит. Аналогичным образом, при зрительных галлюцинациях человек видит вещи, которые не видит никто другой. Как правило, тема галлюцинаций и бреда имеет депрессивный характер.

Примером может служить человек с депрессией, которому кажется, будто он болен, беден или в чем-то виноват. Это происходит тогда, когда психотические черты конгруэнтны настроению, что считается более опасным для пациента и других людей в его жизни. При таких галлюцинациях и бреде риск самоубийства, причинения вреда другим людям и самоповреждения значительно возрастает.

Галлюцинации и бред заставляют людей слышать и видеть вещи, которые не являются реальными. Приблизительно у каждого пятого человека с диагнозом депрессия диагностируется психоз, что делает это расстройство далеко не редким. Такой тип является более серьезным, чем некоторые другие виды. Поведение, настроение, сон и аппетит – вот те сферы жизни, на которые может повлиять депрессивное расстройство. Как правило, оно требует немедленного обращения к врачу и немедленного лечения.

Сезонное аффективное расстройство – это разновидность экологической депрессии, которой подвержены многие люди, особенно в северном полушарии. Сезонные периоды темноты бывают продолжительными. Для этого расстройства наиболее характерны симптомы, которые проявляются в зимние месяцы и проходят в весенние и летние.

Как правило, это происходит из-за уменьшения естественного солнечного света. Симптомы сезонного аффективного расстройства включают повышенную продолжительность сна, отказ от социальной активности и увеличение веса. Такое расстройство возвращается каждый год с наступлением холодных и темных месяцев. Некоторые причины, которые потенциально могут стоять за депрессией, включают нарушение естественного ритма организма и дисбаланс гормона мелатонина, вызванный уменьшением естественного солнечного света.

Последний тип депрессивного расстройства, который мы обсудим в этой главе, – биполярное расстройство. Это заболевание ранее называлось маниакально-депрессивным расстройством, что связано с экстремальными подъемами и экстремальными спадами, которых может достичь пациент.

У людей, страдающих биполярным расстройством, наблюдаются экстремальные смены настроения, с одного конца спектра на другой. Человек может быть подвержен очень сильному упадку, а может испытывать период экстремального подъема, называемого мания. Такое настроение нестабильно и может вызывать либо раздражительность, либо эйфорию.

Маниакальные эпизоды меньшей степени тяжести называются гипоманией. Некоторые симптомы, испытываемые людьми с биполярным расстройством, включают изменения в уровне активности и режиме сна, необычное поведение и сильные эмоции. При проявлении признаков депрессии или мании настроение и действия сильно отличаются от того, что обычно ожидает окружение.

Маниакальные эпизоды могут проявляться высокой активностью, трудностями со сном, сложностями в поддержании темы, раздражительностью, рискованным поведением и мыслями о том, что со многими вещами можно справиться одновременно. Периоды депрессии выражаются в снижении уровня активности, чувстве безнадежности, слишком большом или слишком малом количестве сна, трудностях с концентрацией внимания, мыслях о самоубийстве или смерти. Биполярное расстройство фактически разделяется на четыре отдельные подкатегории.

Все четыре категории объединяет то, что настроение, активность и уровень энергии меняются. Первая из подкатегорий – биполярное расстройство I типа. Для этой категории характерны маниакальные эпизоды продолжительностью не менее одной недели. Иногда маниакальные симптомы могут быть настолько интенсивными, что человеку требуется немедленная госпитализация.

Продолжительность депрессивных эпизодов достигает 14 дней. Некоторые пациенты испытывают смешанные черты. Это означает, что маниакальные и депрессивные симптомы способны сосуществовать. Биполярное расстройство II типа очень схоже с I типом. Главное отличие заключается в том, что вместо того, чтобы достичь интенсивности маниакального периода, характерного для биполярного расстройства I, биполярное расстройство II состоит из гипоманиакальных периодов и периодов депрессии. Циклотимия, известная также как циклотимическое расстройство, представляет собой довольно интересную категорию. При таком диагнозе симптомы продолжают в течение как минимум двух лет. Присутствуют депрессивные и гипоманические симптомы, но они не достигают такой степени тяжести, чтобы быть диагностированными как биполярное расстройство I или биполярное расстройство II типов.

Это происходит потому, что не соблюдены диагностические требования, позволяющие рассматривать эпизоды как истинно депрессивные или гипоманические. Последняя категория биполярного расстройства обозначена как «другие уточненные и неуточненные биполярные и родственные расстройства». Сюда относятся люди, чьи симптомы биполярного расстройства не отвечают требованиям для постановки диагноза ни в одной из трех других категорий. В некоторых случаях люди, перешедшие от депрессии к мании, могут сами не замечать изменений. Тем не менее они могут быть замечены членами семьи или друзьями.

Биполярное расстройство, как известно, сложно диагностировать из-за сходства симптомов, которые оно разделяет с типами психоза и другими психическими состояниями.

Депрессия может принимать различные формы. Сходство между каждым типом расстройства заключается в том, что человек чувствует себя подавленным, печальным, опустошенным или грустным.

Из-за сходства симптомов и большого количества диагнозов, попадающих под понятие депрессии, поиск правильного варианта лечения может быть затруднен.

Однако в большинстве случаев, если у человека диагностирована депрессия, когнитивно-поведенческая терапия становится ключом к успешному лечению.

На этом этапе вы можете сразу перейти к четвертой главе, если хотите узнать, как когнитивно-поведенческая терапия помогает преодолеть депрессию.

Глава 2

Как не стать частью проблемы

Работа с клиентами, сообщающими о воспоминаниях о насилии и травме, является потенциальным минным полем для клиента и терапевта. В 1992 году в США Фонд синдрома ложной памяти (FMSF) привел к политическим и юридическим драмам в области травмы и насилия.

Было подано множество судебных исков против предполагаемых преступников и терапевтов предполагаемых жертв. Клиенты столкнулись с дополнительным стрессом и травмой из-за сенсационных историй в СМИ о сексуальном и ритуальном насилии, а также детской порнографии.

В этих историях утверждалось, что среди преступников были высокопоставленные государственные чиновники, включая политиков, судей, адвокатов, полицейских, врачей, учителей и других лиц, имеющих доступ к детям. Преобладающая позиция СМИ, часто без каких-либо убедительных доказательств того, что преступление было или не было совершено, заключалась в том, что заявления предполагаемых жертв были ложными. Более того, по мнению СМИ, такие воспоминания являются результатом внушений терапевтов-шарлатанов и сомнительной терапии уязвимых клиентов.

Термин «терапия восстановленной памяти» был придуман СМИ. Хотя нет сомнений в том, что существовали сомнительные терапевтические практики, вредившие клиентам, на самом деле такой терапии не существует.

Некоторые клиенты сообщают, что помнят или частично помнят о насилии. Другие могут обратиться за терапией из-за повседневного жизненного опыта, такого как неудачные отношения, зависимость, депрессия, разочарование в жизни. Предвестником обращения к терапии может стать важное событие, меняющее жизнь, такое как роды, смерть, брак, расставание, потеря работы, тяжелый несчастный случай или болезнь.

Хотя эти события могут быть травмирующими сами по себе, они также могут стать катализатором всплытия диссоциированных воспоминаний. У клиентов могут быть различные реакции на правдивость их воспоминаний о насилии, которые могут меняться на начальных этапах терапии, в том числе во время проработки травматического материала.

Это может происходить независимо от того, были ли воспоминания нетронутыми, частично осознанными или всплыли спустя годы после событий.

Некоторые клиенты убеждены в правдивости и точности своих воспоминаний. Других терзают сомнения, и они склоняются в сторону неверия. Они предпочитают считать, что у них «психическое заболевание» или, по какой-то необъяснимой причине, они просто выдумывают.

В какой-то момент терапии клиент может прямо или косвенно попросить терапевта подтвердить воспоминания. Таким подтверждением служит вопрос: «Вы мне верите?», заданный в момент сильного замешательства, неуверенности, уязвимости и из потребности в чем-то или ком-то, за что можно было бы ухватиться. Прогресс терапии и последствия для клиента зависят от ответа терапевта.

Заранее предвидя последствия, опуская этот вопрос и разъясняя клиенту принцип терапевтической нейтральности, можно избежать недопонимания и поляризации в отношениях с терапевтом, что поможет поддерживать сеанс на должном уровне.

Принцип терапевтической нейтральности

Как терапевты, мы считаем себя людьми с большой способностью к состраданию и эмпатии. Действительно, это важные черты в нашей работе, как и в жизни в целом. Именно поэтому слово «нейтральность» применительно к терапии может звучать контринтуитивно. Нейтраль-

ность ассоциируется с отсутствием эмпатии, даже с безразличием. Но в данном случае это не совсем так. Суть терапевтического нейтралитета заключается в «поддержке клиента через амбивалентность, конфликты и сильные эмоции по поводу воспоминаний и предполагаемого виновного человека».

Перенос – это феномен, заключающийся в бессознательном перемещении ранее пережитых (особенно в детстве) чувств и отношений, проявлявшихся к одному лицу, на психотерапевта. Контрперенос описывает реакции терапевта на проекции клиента, а также реакции на его личность, поведение и материал, который он предоставляет в ходе терапии. Во время сеанса и у клиента, и у терапевта могут быть искренние причины быть расстроенными, рассерженными или уязвленными поведением других людей. Однако терапевт всегда несет ответственность за управление реакциями, четко понимая неравные отношения, действующий контекст, границы и динамику.

В любой терапевтической ситуации возможности переноса безграничны. Природа травмы, насилия и диссоциации усиливает потенциал для сложных реакций переноса. Можно почти гарантировать, что в той или иной степени два внутренних конфликта клиента – это «реальность» его воспоминаний и отношения с предполагаемым злоумышленником. Это так, даже если клиент высокофункционален и имеет четкое понимание динамики привязанности к правонарушителю и локуса контроля.

Понимание концепций не сразу приводит к изменению эмоциональной «реальности» клиента.

«Верить» или «не верить» воспоминаниям

Факторы, влияющие на реакцию клиента на воспоминания о насилии:

- *Привязанность к виновному*
- *Локус контроля*
- *Возраст и продолжительность жестокого обращения*
- *Вмешательство и поддержка*
- *Уровень функционирования и стабильности*

Большинство взрослых, сообщающих об истории насилия, не имеют независимых подтверждений, таких как отчеты полиции, больницы, школы или подтверждения от свидетелей. Именно по этой причине мы часто обращаемся к «предполагаемому преступнику». Этот термин может показаться громоздким и как будто мы ставим под сомнение утверждения клиентов о жестоком обращении. Намерение состоит в том, чтобы подойти к неподтвержденным сообщениям непредвзято и избежать риска предположений о действительных или ложных воспоминаниях.

Занятие позиции «верить или не верить» воспоминаниям, когда нет подтверждения, настраивает клиента на более серьезный конфликт. Например, предположим, что терапевт говорит, что верит клиенту. В этом случае он лишает его возможности *не верить*, что является для него важным путем, который он должен оставить открытым, чтобы проработать болезненные и противоречивые чувства. Если терапевт не верит клиенту, он будет чувствовать себя ограниченным в своей способности исследовать вопросы, с которыми ему необходимо разобраться, какой бы ни была истина его опыта.

В случае отсутствия доказательств, воспоминания клиента, возможно, частично или полностью не соответствуют действительности. Клиенту необходимо исследовать то, что он вспоминает, и что это значит для него самого. Если терапевт занимает позицию веры или неверия, этот процесс затрудняется.

Воспоминания являются источником большого конфликта и амбивалентности. Это борьба, в которой клиенту нужна поддержка, чтобы найти свой путь. Терапевт, заявляя о вере или неверии в воспоминания, становится игроком в треугольнике «жертва – спаситель – виновник».

Клиент будет чувствовать себя либо спасенным, либо жертвой позиции терапевта. В зависимости от того, что чувствует клиент, терапевт также становится виновником.

Если терапевт верит, а клиент отказывается верить, или становится очевидным, что воспоминания частично или полностью не соответствуют действительности, тогда получается, что терапевт способствовал страданиям, побуждая его верить. Если терапевт не считает, что причинил боль клиенту, независимо от того, окажутся ли воспоминания правдивыми или нет, он станет еще одним человеком, который подвел и не подтвердил переживания. Какой бы ни была истина воспоминаний, терапевт, высказывающий убеждение или неверие, препятствует клиенту в его собственном путешествии к открытию и потенциалу для исцеления и роста.

Высказывая убеждение или неверие в воспоминания клиента, терапевт фактически «предполагает», что жестокое обращение имело место или не имело места.

ПРИЧИНЫ ВЫБОРА НЕЙТРАЛЬНОЙ СТОРОНЫ ПРИ НЕПОДТВЕРЖДЕННЫХ СООБЩЕНИЯХ О НАСИЛИИ

- *Минимизировать проекцию конфликта на терапевта.*
- *Не становиться частью проблемы, занимая полярную позицию в конфликте клиента.*
- *Предоставить пространство для работы над конфликтом и амбивалентностью.*
- *Не входить в треугольник «жертва-спаситель-виновник».*

Если нет подтверждения обвинений клиента, терапевт никогда не сможет узнать, что произошло или не произошло. Бывают исключения, например клиент в состоянии психоза. Предположим, что во время психотического эпизода клиентка утверждала, что под зданием офиса терапевта есть туннели. Она видела, как один из ее коллег-терапевтов выходил из здания через туннели, чтобы тайно встретиться с агентами секретной службы в ближайшем кафе.

Другая клиентка, которая не находилась в состоянии психоза, вспомнила, что родила поросят. Терапевт знал, что ни одно из этих событий не имело отношения к правде. Однако важно не отбрасывать такие утверждения как бредовые и, следовательно, бессмысленные.

Терапевт может, в зависимости от своих знаний о клиенте, предпочесть остаться «нейтральным». Терапевт может заявить, что эти события не происходили (в первом случае) или не могли произойти (во втором случае). Какого бы подхода ни придерживался врач, такой материал можно исследовать точно так же, как и другие воспоминания и вопросы.

Конечно, со временем терапевт формирует мнение о воспоминаниях клиента. Эти мнения могут быть точными, а могут и не быть. Хотя это может выглядеть как поддержка и эмпатия, высказывание однозначной веры или неверия в воспоминания, как правило, создает больше проблем. Как и во многих других ситуациях в жизни, «никогда не говори никогда». С некоторыми клиентами бывают случаи, когда высказывание убеждений приносит пользу для терапии. Если у вас есть такой клиент, сообщите о своей позиции и тщательно изучите этот вопрос с вашим консультантом.

«Принятие стороны» – противоречивое поведение по отношению к предполагаемому преступнику (преступникам)

С деликатным вопросом о том, верить или не верить воспоминаниям, связаны чувства клиента и ваши собственные эмоции по отношению к предполагаемому виновнику. Следует

ожидать амбивалентной привязанности. Клиент может выражать в основном идеализированную любовь, возмущение и ненависть или, казалось бы, полное безразличие. Обычно человек колеблется между этими состояниями. Когда у клиента есть диссоциативное расстройство, другие эмоции будут занимать полярную позицию по отношению к выраженной, создавая дополнительные внутренние конфликты.

Ужас, отвращение, гнев и возмущение – вот некоторые из чувств, которые мы, как терапевты, испытываем, когда слышим о зверствах, совершенных против других. Это нормальные и здоровые реакции. Работая с клиентами, мы должны отслеживать их во время сессий. Мы не считаем, что проявление или выражение каких-либо чувств перед клиентами неуместно. Клиенту может даже полегчать, если он увидит, как другой человек – его терапевт – выражает печаль и гнев от его имени. Время и степень таких проявлений могут либо помочь, либо помешать процессу.

Противоречивые чувства по отношению к обидчику будут присутствовать на всех этапах терапии, включая завершающий. Клиентам обычно требуется значительная помощь в обучении тому, как управлять своими чувствами и выражать их здоровыми способами. Обучение безопасному удержанию противоречивых и сильных чувств является неотъемлемой частью терапии. Она будет обсуждаться в одной из последующих глав.

Наши собственные чувства по отношению к переживаниям клиента не должны затуманивать суждения или оказывать давление на клиентов, чтобы они заняли определенную позицию по отношению к обидчику. Клиенты сообщали, что получали от терапевта неявное и явное сообщение о том, что они должны или не должны испытывать определенные эмоции, такие как гнев, ненависть или любовь. Клиенты выражали чувство, что они «ошибались», чувствуя или не чувствуя определенные эмоции. Аналогичным образом мы консультировались с терапевтами, которые либо слишком настойчиво продвигались в определенном направлении, либо вступали в сговор со своими клиентами, чтобы избежать неприятных чувств и реакций. В целом процесс, который терапевт пытался инициировать, возможно, был правильным. Но время – неподходящим.

Когда терапевт «принимает сторону», он не только делает заявление о точности воспоминаний клиента, но и становится игроком в треугольнике «жертва – спасатель – преступник». Клиент будет чувствовать себя либо спасенным, либо жертвой позиции терапевта. Как и в случае с проблемой памяти, в зависимости от того, что чувствует клиент, терапевт также становится виновником. Когда клиент соприкасается с полярной позицией терапевта, он может почувствовать, что «не прав» или «не имеет права» выражать чувства. Он может бояться отвержения или неодобрения со стороны терапевта и скрывать эмоции, что будет препятствовать прогрессу и создавать новые конфликты.

Когда терапевт занимает одностороннюю позицию по отношению к предполагаемому нарушителю, он лишает клиента критически важного процесса обучения управлению противоречивыми чувствами, который приводит к разрешению конфликта.

Разрешение не означает «долго и счастливо»; оно означает, что клиент может сделать здоровый выбор в отношении своих действий и отношений. Когда чувства переполняют терапевта и остаются без внимания, они мешают терапии. Вы всегда можете поделиться эмоциями с консультантом или со своим терапевтом.

УПРАВЛЕНИЕ ЧУВСТВАМИ КЛИЕНТОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К НАСИЛЬНИКУ ИЛИ ЖЕСТОКОМУ РОДИТЕЛЮ

Клиенты обычно испытывают сильные и амбивалентные чувства к насильникам или жестоким родителям.

В таком случае у терапевта возникают бурные эмоции по отношению к человеку, о котором говорит клиент, эти эмоции следует проработать с консультантом или со своим психотерапевтом.

Позволяйте клиенту испытывать и выражать все чувства: гнев, ненависть, страх, любовь.

Будьте осторожны с явными или неявными сообщениями относительно контакта, отсутствия контакта, прощения и т. д.

Передача принципа терапевтической нейтральности

Клиент может прийти на терапию, сообщив о том, что впервые вспоминает историю насилия. Другие воспоминания могут появиться во время терапии. Когда клиент поднимает вопрос об известной или предполагаемой истории насилия, очень важно объяснить ему, чего он может ожидать от работы с такими вопросами. Сюда входит информация о природе памяти, о некоторых трудностях, которые он может испытать и встретить на этом пути, и о принципе терапевтической нейтральности. Изложение концепций привязанности к правонарушителю и сдвига локуса контроля также может помочь ему понять вашу «нейтральную» позицию в отношении воспоминаний и отношений с предполагаемым виновником.

Помимо устного объяснения, полезно также предоставить материал и/или форму информированного согласия. Как и при любом обучении, ключевым моментом является время, когда и сколько информации вы даете. Все будет зависеть от вашей оценки эмоциональной способности клиента и его текущего уровня функционирования.

Предоставьте информацию, чтобы помочь нормализовать чувства и реакции

Информацию о памяти, травмирующих воспоминаниях и диссоциации.

Информированное согласие, объясняющее некоторые вопросы, которые могут возникнуть в процессе работы с историей травмы и насилия.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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