

Тело помнит все. Какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть

Автор:

[Бессел ван дер Колк](#)

Тело помнит все. Какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть

Бессел ван дер Колк

Революция в медицине. Самые громкие и удивительные открытия

Знаковая книга для тех, кто хочет справиться с травмой

Психическая травма бьет не только по жертве, но и тому, кто рядом. Как распознать ее у себя и близкого человека и чем поможет современная психотерапия?

Книга обязательна к прочтению, если:

[ul]Устали от мучительных воспоминаний, не понимаете причину срывов, агрессии и странного поведения близкого человека.

Хотите больше узнать о механизмах появления психотравмы и о том, что происходит в теле и мозге.

Клиент с ПТСР нуждается в глубокой проработке травмы. Автор предлагает множество практик и их комбинации для индивидуального подхода к пациентам.

Вам интересно посмотреть, как работает профессиональный психотерапевт на реальных (и очень страшных) примерах.[/ul]

Доктор Бессел ван дер Колк, выдающийся психиатр и исследователь, более 30 лет занимается изучением посттравматического стрессового расстройства и помогает пациентам, от чьих историй сжимается сердце.

Человек, преодолевший травму, начинает жизнь заново. Помогите себе или близким вырваться из порочного круга переживаний.

Внимание! Информация, содержащаяся в книге, не может служить заменой консультации врача. Перед совершением любых рекомендуемых действий необходимо проконсультироваться со специалистом.

Бессел ван дер Колк

Тело помнит все. Какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть

Bessel van der Kolk

THE BODY KEEPS THE SCORE: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma

© Чорный Иван, перевод на русский язык, 2019

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2020

Пролог. Перед лицом травмы

Чтобы встретиться с травмой, необязательно принимать участие в боевых действиях или посещать лагерь беженцев в Сирии или Конго. Травмы случаются с нами, нашими друзьями, родными и соседями. Исследование, проведенное

Центрами по контролю и профилактике заболеваний США (Centers for Disease Control and Prevention, CDC. – Прим. ред.), показало, что каждый пятый американец подвергался сексуальному насилию в детстве; каждого четвертого избивали родители, и примерно в каждой третьей паре случается физическое насилие. У четверти из нас в детстве были близкие родственники-алкоголики, и каждый восьмой становился свидетелем того, как били его маму (1).

Будучи людьми, мы принадлежим к чрезвычайно выносливому виду. С незапамятных времен мы оправлялись от бесконечных войн, бесчисленных катастроф (как природных, так и техногенных), а также от насилия и предательства в наших собственных жизнях. Ужасные события, однако, неизменно оставляют свой отпечаток, будь то в истории и культуре или в наших семьях, когда темные секреты незаметно передаются из поколения в поколение. Они также оставляют отпечаток на нашем разуме и эмоциональном состоянии, способности испытывать радость и чувствовать близость, и даже на физиологии и иммунной системе.

Травма затрагивает не только тех, кто сталкивается с ней напрямую, но и окружающих. Вернувшиеся с войны солдаты порой пугают своих близких приступами ярости и эмоциональной отрешенностью. Жены мужчин, страдающих от ПТСР (Посттравматическое стрессовое расстройство. – Прим. ред.), зачастую впадают в депрессию, а дети подверженных депрессии матерей страдают от тревожности и неуверенности в себе. Людям, в детстве столкнувшимся с насилием в семье, часто оказывается сложно построить стабильные доверительные отношения во взрослой жизни.

Травма, по своему определению, невыносима и ужасна. Большинство жертв насилия, солдат, участвовавших в боевых действиях, и растленных детей настолько огорчают мысли о том, что они пережили, что они стараются вытеснить их из своей памяти, делать вид, будто ничего не случилось, и оставить все в прошлом. Приходится прилагать невероятные усилия, чтобы продолжать жить с воспоминаниями об этом кошмаре и ощущением полного бессилия и уязвимости.

Как бы нам всем ни хотелось оставить травму позади, часть нашего мозга, призванная обеспечивать выживание (рациональный мозг), не особо хорошо справляется с отрицанием.

Спустя долгое время после болезненных событий воспоминания о них могут возродиться при малейшем намеке на опасность – нарушенные нейронные контуры мозга снова активируются, провоцируя выделение огромных доз гормонов стресса. Это порождает сильные отрицательные эмоции и реальные физические ощущения, а также провоцирует импульсивные и агрессивные действия.

Посттравматические реакции кажутся необъяснимыми и всепоглощающими. Чувствуя потерю контроля над собой, люди, пережившие травму[1 - Здесь и далее под словом «травма» подразумевается психотравмирующая ситуация. – Прим. ред.], зачастую боятся, что уже не смогут вернуться к нормальной жизни.

Первый раз желание заниматься медициной у меня возникло в летнем лагере, когда мне было около четырнадцати. Мой двоюродный брат Майкл всю ночь напролет рассказывал мне про замысловатую работу почек, про то, как они выделяют из нашего тела отходы и усваивают химические вещества, поддерживающие в организме баланс. Я с упоением слушал о том, каким чудесным образом устроено наше тело. Позже, на каждом этапе моей медицинской подготовки – независимо от того, изучал ли я хирургию, кардиологию или педиатрию, – мне было очевидно, что ключ к исцелению лежит в понимании работы человеческого организма. Когда же настал черед психиатрии, я был поражен тому, как мало психиатры знают о причинах болезней, которые они лечат, как невообразимо сложен человеческий мозг и разнообразны взаимоотношения между людьми. Сможем ли мы когда-нибудь так же глубоко постичь человеческий разум, работу мозга и механизмы любви, как все остальные системы нашего организма?

Очевидно, подобное понимание еще далеко, но уже сегодня рождение трех новых областей наук привело к резкому росту знаний о последствиях психологических травм, насилия и пренебрежительного отношения. Этими новыми дисциплинами стали: нейробиология – наука о том, как мозг обслуживает процессы умственной деятельности; психопатология развития – наука о влиянии болезненного опыта на развитие мозга и разума, а также межличностная нейробиология – наука о том, как наше поведение влияет на эмоции, физиологию и умонастроение тех, кто нас окружает.

Исследования, проводимые в рамках этих трех дисциплин, показали, что травма приводит к реальным физиологическим изменениям, включая перенастройку

тревожной системы мозга[2 - Авторский термин. Вероятно, имеются в виду структуры головного мозга, которые участвуют в формировании чувства тревоги. - Прим. ред.], увеличение активности гормона стресса, а также перестройку системы, которая отвечает за отсеивание лишней информации. Известно, что травма нарушает работу области мозга, которая отвечает за передачу физических ощущений, внутреннего понимания того, что ты жив. Эти изменения объясняют, почему пережившие травму люди становятся сверхбдительными по отношению к потенциальным угрозам, становясь более замкнутыми и сдержанными в своей повседневной жизни. Они также помогают нам понять, почему эти люди зачастую раз за разом повторяют одни и те же ошибки, оказываясь не в состоянии извлечь из них урок. Теперь нам известно, что их поведение не является следствием морального упадка, нехватки силы воли или скверного характера - это результат произошедших в мозге реальных изменений.

Обширное развитие знаний о процессах, происходящих после травмы, также открыло нам новые возможности для уменьшения, а то и вовсе полного устранения нанесенного ущерба. Мы стали разрабатывать методики, использующие присущую мозгу нейропластичность, чтобы помочь пережившим травму людям в полной мере почувствовать себя живыми и оставить неприятности в прошлом. Существует три основных направления лечения: 1) сверху-вниз, путем разговоров, установления (восстановления) контактов с окружающими, а также осознания человеком того, что именно с ним происходит, с попутным переосмыслением воспоминаний о полученной травме; 2) прием лекарств, блокирующих нежелательные тревожные реакции, либо применение других технологий, которые изменяют то, как наш мозг систематизирует получаемую информацию; и 3) снизу-вверх: человек позволяет своему телу испытывать ощущения, которые в корне противоречат появившимся в результате травмы беспомощности, ярости или апатии. Оптимальная методика определяется эмпирическим путем для каждого отдельного человека. Большинству людей, с которыми мне доводилось работать, понадобилось сочетание нескольких методик.

Это работа всей моей жизни. В этом мне помогают мои коллеги и студенты в Центре травмы («Trauma Center». - Прим. пер.), основанном мной тридцать лет назад. Через наши руки прошли тысячи переживших травму детей и взрослых: жертвы насилия в детском возрасте, жертвы природных катастроф, войн, несчастных случаев и торговли людьми; люди, пострадавшие от нападения близких и незнакомцев. У нас существует давняя традиция подробно обсуждать всех наших пациентов на еженедельных собраниях лечащих врачей, где мы

тщательно отслеживаем, насколько эффективно различные формы лечения помогают конкретным пациентам.

Нашей первостепенной задачей всегда была забота о детях и взрослых, обратившихся к нам за лечением, однако с самого начала мы также посвятили себя исследованиям последствий посттравматического стресса на различные группы людей и определения оптимального лечения для них. На протяжении всего этого времени мы получали поддержку в виде грантов от Национального института психического здоровья, Национального центра комплементарной и альтернативной медицины, Центров контроля заболеваний, а также ряда частных фондов на проведение исследований эффективности множества различных форм лечения, от лекарств до разговоров, йоги, ДПДГ (Десенсибилизация и переработка движением глаз. – Прим. пер.), театра и нейробиологической обратной связи.

Задача – помочь людям обрести контроль над пережитками былой травмы и снова встать у штурвала своего корабля. Терапия помогает достичь осознания и выстроить взаимодействие, в то время как лекарства способны заглушить сверхактивную тревожную систему. Вместе с тем прошлые воспоминания можно преобразить путем физических переживаний, которые напрямую противоречат вызванному травмой ощущению беспомощности, ярости и апатии, тем самым помогая вернуть самоконтроль. У меня нет какого-то предпочтительного метода лечения, так как не существует универсальных подходов, однако я применяю в своей практике все описанные в данной книге формы лечения. Каждый из них способен приводить к значительным переменам, в зависимости от характера конкретной проблемы, а также индивидуальных особенностей человека.

Я написал эту книгу в качестве руководства и призыва – призыва принять подлинную сущность травмы, изучить оптимальные пути ее лечения, а также целенаправленно использовать все возможные средства ее предотвращения на уровне всего общества.

Часть I. Переосмысление травмы

Глава 1. Уроки от ветеранов Вьетнамской войны

Я стал собой сегодняшним в возрасте двенадцати лет, морозным пасмурным днем зимой 1975 года... Это было давно, однако то, что говорят о прошлом, неверно... Оглядываясь назад, я понимаю, что все последние двадцать шесть лет украдкой заглядываю в этот пустынный переулок.

Халед Хоссейни, «Бегущий за ветром»

Жизни некоторых людей текут, словно рассказ; в моей было много остановок, после которых все начиналось сначала. Вот что делает с людьми травма. Она прерывает сценарий... Это просто случается, а затем жизнь продолжается. Никто вас к этому не готовит.

Джессика Штерн, «Отрицание: воспоминания об ужасе»

Четверг после Дня независимости[3 - 4 июля – национальный американский праздник в честь принятия Декларации независимости США в 1776 году, празднование сопровождается фейерверками, семейными пикниками и барбекю, ярмарками и т. д. – Прим. пер.] 1978 года стал моим первым днем в качестве штатного психиатра в Бостонской клинике для ветеранов. Вешая в своем новом кабинете на стену репродукцию моей любимой картины Брейгеля «Притча о слепых», я услышал какой-то шум, доносящийся из приемной внизу по коридору. Мгновение спустя крупный взъерошенный мужчина в заляпанном костюме-тройка с журналом «Soldier of Fortune»[4 - «Солдат удачи», если дословно, но на самом деле просто «наемник». – Прим. пер.] под мышкой вваливается в мой кабинет. Он был настолько возбужден и с таким очевидным похмельем, что я засомневался, смогу ли я вообще как-либо помочь этому громиле. Я попросил его присесть и спросил, что могу для него сделать.

Его звали Том. Десятью годами ранее он в составе морской пехоты воевал во Вьетнаме. Он провел праздничные выходные, отсиживаясь в своей адвокатской конторе в центре Бостона, где он пил и рассматривал старые фотографии, вместо того, чтобы проводить время с семьей. По опыту прошлых лет он знал, что шум, фейерверки, жара, а также пикник на заднем дворе у его сестры на фоне густой летней листвы – все это напоминало ему о Вьетнаме – сведут его с

ума. Он боялся находиться рядом с семьей в таком состоянии, потому что вел себя словно монстр по отношению к своей жене и двум маленьким детям. От шума детских голосов он приходил в такое взволнованное состояние, что пулей вылетал из дома, чтобы не причинить им вреда. Успокаивался он, лишь напиваясь до беспамятства либо разъезжая на высокой скорости на своем «Harley-Davidson».

Ночь не приносила облегчения – он постоянно просыпался от кошмаров про засаду, в которую они попали на рисовых полях во Вьетнаме, когда все солдаты его взвода были убиты или ранены. Он мысленно переносился в прошлое, видя перед глазами мертвых вьетнамских детей.

Кошмары были настолько ужасными, что он боялся засыпать и частенько большую часть ночи не смыкал глаз, продолжая напиваться. Утром жена заставляла его в отключке на диване в гостиной, и ей вместе с детьми приходилось ходить вокруг него на цыпочках, пока она готовила им завтрак и собирала в школу.

Поведав мне эту предысторию, Том рассказал, что закончил школу в 1965 году лучшим выпускником своего класса. Следуя семейной традиции, он сразу же записался добровольцем в корпус морской пехоты. Его отец служил во время Второй мировой войны в армии генерала Паттона, и Том никогда не сомневался в том, что тоже пойдет на службу. Будучи крепким, умным, с лидерскими качествами, Том после окончания базовой военной подготовки чувствовал себя полностью готовым к службе и всем ее сюрпризам. Во Вьетнаме он быстро стал командиром взвода, и в его подчинении оказались восемь других морских пехотинцев. Когда людям удается выжить, пробираясь сквозь грязь под пулеметным огнем, они зачастую испытывают гордость за себя и своих сослуживцев.

Когда срок службы подошел к концу, Том был с почестями отправлен в запас, и все, что ему хотелось, – это оставить Вьетнам в прошлом. Внешне, казалось, именно так он и поступил. Воспользовавшись положенными ему льготами по закону о правах военнослужащих, он поступил в колледж, получил юридическое образование, женился на своей школьной возлюбленной и обзавелся двумя сыновьями.

Тому было не по себе от того, насколько сложно ему оказалось испытывать реальные чувства к своей жене, несмотря на все ее письма, которые поддерживали его во время творившегося в джунглях безумия. Том притворялся, всячески стараясь вести нормальную жизнь, в надежде, что это поможет ему снова стать собой. К этому времени у него были успешная адвокатская практика и идеальная семья, однако он чувствовал, что с ним далеко не все в порядке: внутри него словно все умерло.

Хотя Том и стал первым ветераном, с которым мне довелось столкнуться в работе, многие аспекты его истории были мне прекрасно знакомы. Я вырос в Голландии в послевоенные годы, играл в разбомбленных зданиях, а мой отец был настолько ярким противником нацистов, что его отправили в концентрационный лагерь. Он никогда не говорил со мной о войне, однако временами поддавался вспышкам безудержного гнева, которые повергали меня в детстве в шок. Как у человека, который каждое утро тихонько спускался по лестнице на первый этаж, чтобы помолиться и почитать Библию, пока его семья спит, мог быть столь свирепый нрав? Как человек, посвятивший свою жизнь борьбе за социальную справедливость, мог быть наполнен такой злобой? Я становился свидетелем такого же необъяснимого поведения и у своего дяди, которого взяли в плен японцы в голландской Ост-Индии (ныне Индонезия), а затем отправили рабом в Бирму (ныне Мьянма. – Прим. пер.), где он принял участие в строительстве знаменитого моста через реку Кхуэной. Он тоже редко когда заводил разговоры про войну и так же частенько впадал в приступы неконтролируемой ярости.

Слушая Тома, я думал о том, мучили ли моего отца и моего дядю подобные болезненные воспоминания и ночные кошмары – не оберегали ли они своих близких, лишив себя возможности обрести настоящую радость в жизни. Должно быть, где-то в глубине моего разума также затаились воспоминания о моей охваченной страхом – и зачастую пугающей – матери, которую, как я теперь понимаю, терзала ее собственная детская травма. Она имела привычку падать в обморок каждый раз, когда я спрашивал у нее про ее детство, а затем винить меня в том, что я ее расстроил.

Воодушевленный моей явной заинтересованностью, Том принялся рассказывать о том, насколько напуганным и растерянным он себя чувствовал. Он боялся, что превращается в своего отца, который вечно сердился и редко разговаривал со своими детьми – разве что осуждал их, ставя в пример своих сослуживцев,

пожертвовавших своими жизнями под Рождество 1944 года во время Арденнской операции[5 - Операция немецких войск на Западном фронте в ходе Второй мировой войны. - Прим. ред.].

Когда сеанс приблизился к завершению, я сделал то, что обычно делают врачи: сосредоточился на той части истории Тома, которая, как мне казалось, была мне понятна – его ночных кошмарах. Будучи студентом-медиком, я работал в лаборатории изучения сна, где наблюдал за циклами сна-бодрствования пациентов и писал об этом статьи. Я также принимал участие в первых исследованиях положительного применения психотропных препаратов в 1970-х. Хотя мне и не хватало знаний, чтобы охватить проблему Тома целиком, в кошмарах я хоть немного, да разбирался, и, будучи человеком, с энтузиазмом верующим в то, что химия способна сделать нашу жизнь лучше, я выписал ему препарат, который, как показывал опыт, эффективно справляется с уменьшением частоты и интенсивности ночных кошмаров. Я назначил Тому повторный прием через две недели.

Когда он пришел ко мне во второй раз, я с нетерпением спросил Тома, помогли ли ему лекарства. Он сказал, что не стал пить таблетки. Пытаясь сдержать собственное раздражение, я поинтересовался, почему. «Я понял, что если приму таблетки и кошмары пройдут, – ответил он, – то я брошу своих товарищей, и их смерть окажется напрасной. Я должен хранить в себе воспоминания о тех, кто погиб во Вьетнаме».

Я был потрясен: преданность Тома мертвым не давала ему жить собственной жизнью, как это в точности было с его отцом. Пережитая травма лишила и отца, и сына смысла жизни. Как это случилось и что можно с этим поделать? В то утро я осознал, что, скорее всего, посвящу всю свою оставшуюся карьеру разгадке тайны психологической травмы. Как именно внушающие ужас воспоминания приводят к тому, что люди оказываются безнадежно застрявшими в прошлом? Что такого происходит в голове у людей, из-за чего они застревают в том месте, из которого им отчаянно хочется сбежать? Почему война для этого человека не подошла к концу в феврале 1969-го, когда его родители обняли его в бостонском международном аэропорту Логан по его возвращении из Дананга?

Потребность Тома жить с вечной памятью о своих товарищах дала мне понять, что он страдал от куда более серьезной и сложной проблемы, чем просто неприятные воспоминания или нарушенные химические процессы в мозге – ну или поврежденный нейронный контур[6 - Нейронная сеть, состоящая из

элементов двух основных типов – возбуждающих и тормозных нейронов, – соединенных строго определенным образом. По сути, это структурные элементы нервной системы, подобно микросхеме в электроприборе. – Прим. ред.], отвечающий за страх.

До той злополучной засады в рисовых полях Том был преданным и любящим другом, который умел наслаждаться жизнью и получать от нее удовольствие. Но в один момент ужасная травма все раз и навсегда изменила.

За время работы в клинике для ветеранов мне довелось повстречать многих людей с похожей реакцией. Столкнувшись даже с малейшей фрустрацией[7 - Фрустрация – психическое состояние, возникающее в ситуации несоответствия желаний имеющимся возможностям. – Прим. ред.], наши ветераны мгновенно впадают в крайнюю ярость. Стены клиники испещрены следами от их кулаков на штукатурке, а охрана постоянно вынуждена защищать от их нападков агентов по претензиям и администраторов. Разумеется, поведение ветеранов нас пугало, однако у меня оно также и вызывало любопытство.

Мы с женой сталкивались с похожими проблемами у наших детей, которые постоянно гневно капризничали, когда их заставляли есть шпинат или надевать теплые носки. Почему же я совершенно не переживал по поводу их незрелого поведения, однако чрезвычайно беспокоился из-за происходящего с ветеранами (разумеется, если не брать во внимание масштабы ущерба, который способен нанести взрослый человек по сравнению с маленьким ребенком)? Причина была в моей полной уверенности в том, что при правильном воспитании и заботе мои дети постепенно научатся справляться с фрустрацией и разочарованием, однако сильно сомневался, что смогу помочь нашим ветеранам вновь обрести потерянный на войне самоконтроль.

К сожалению, моя подготовка в психиатрии никак не научила меня справляться с проблемами, наблюдавшимися у Тома и других ветеранов. Я отправился в медицинскую библиотеку на поиски книг о неврозе военного времени, боевой психической травме, контузии, а также информации обо всех остальных диагнозах и определениях, которые, как мне казалось, могли помочь пролить свет на состояние моих пациентов. К моему удивлению, в библиотеке клиники для ветеранов не оказалось ни одной книги, касающейся подобных проблем. Спустя пять лет после того, как Вьетнам покинул последний американский

солдат, проблема боевой психологической травмы по-прежнему не получила огласки. Наконец, в библиотеке Гарвардской медицинской школы я обнаружил книгу «Травматические неврозы военного времени», опубликованную в 1941 году психиатром по имени Абрам Кардинер. В ней описывались наблюдения Кардинера за ветеранами Первой мировой войны, и она была опубликована в преддверии ожидаемого наплыва контуженых и перенесших психологические травмы солдат, ставших жертвами Второй мировой войны (2).

Кардинер рассказывал о том же самом явлении, с которым столкнулся и я: после войны его пациенты были охвачены чувством опустошения; они становились замкнутыми и отстраненными, даже если раньше вели активную жизнь. То, что Кардинер называл «травматическими неврозами», сегодня мы именуем посттравматическим стрессовым расстройством – ПТСР. Кардинер отметил, что у жертв травматических неврозов развивались хроническая бдительность и чувствительность к угрозе. Мое особое внимание привлек подведенный им итог: «корнем невроза является физионевроз» (введенный самим Кардинером термин. – Прим. пер.) (2). Другими словами, посттравматический стресс не просто находится «у человека в голове», как полагали некоторые, а имеет определенную физиологическую основу. Кардинеру даже удалось понять, что природа наблюдаемых симптомов кроется в реакции всего организма на изначально полученную психологическую травму.

Описание Кардинера подтверждало мои собственные наблюдения, что внушало уверенность, однако в его работе почти ничего не говорилось о том, как я могу помочь ветеранам. Нехватка литературы на эту тему была серьезным препятствием, однако мой великолепный учитель, Элвин Семрад, научил нас не доверять учебникам. Он говорил, что у нас есть только один учебник: наши пациенты. Это звучит невероятно просто, однако, подталкивая нас к тому, чтобы полагаться на полученные на собственном опыте знания, Семрад также предупреждал, насколько на самом деле сложным является процесс их приобретения, так как люди – непревзойденные эксперты принимать желаемое за действительное и скрывать правду. Помню, как он говорил: «Наибольшим источником наших страданий является ложь, которую мы твердим самим себе». Работая в клинике для ветеранов, я вскоре осознал, насколько порой мучительно бывает принять реальность. Причем это в равной мере касалось как меня, так и моих пациентов.

Нам на самом деле не хочется знать, через что проходят на войне солдаты. Нам не хочется знать, как много детей становятся жертвами насилия в нашем

обществе или сколько пар – почти треть – сталкиваются в своих отношениях с физическим насилием. Нам хочется считать свою семью безопасным островком в безжалостном мире, а свою страну – населенной просвященными, цивилизованными людьми.

Мы предпочитаем думать, что жестокость происходит лишь в отдаленных местах, таких как Дарфур или Конго. Даже сторонним наблюдателям весьма тяжело становиться свидетелями чужой боли. Стоит ли тогда удивляться, что пережившие психологическую травму люди не переносят воспоминания о ней и зачастую ищут спасения в наркотиках, алкоголе, самокалечении, лишь бы заглушить эти невыносимые мысли?

Том и другие ветераны стали моими первыми наставниками в стремлении понять, как болезненные переживания разрушают людям жизни, а также найти способ помочь им снова жить полной жизнью.

Травма и потеря себя

Первое проведенное мной в клинике для ветеранов исследование началось с систематических расспросов пациентов о том, что случилось с ними во Вьетнаме. Мне хотелось понять, что именно довело их до крайности и почему некоторые из них сломались, в то время как другие смогли продолжить жить своей жизнью (3). Большинство мужчин, с которыми я разговаривал, отправлялись на войну, чувствуя себя хорошо подготовленными, сплоченными тяготами базовой военной подготовки. Они показывали друг другу фотографии своих родных и девушек; они мирились с недостатками друг друга. И они были готовы рисковать своими жизнями ради товарищей. Большинство доверяли приятелям свои самые темные секреты, а некоторые даже делились друг с другом рубашками и носками.

У многих мужчин складывалась крепкая дружба с кем-то из сослуживцев, как между Томом и Алексом. Том познакомился с Алексом, итальянским парнишкой из Малдена, штат Массачусетс, в свой первый день во Вьетнаме, и они сразу же стали близкими друзьями. Они вместе ездили на джипе, слушали одну и ту же

музыку и читали друг другу письма из дома. Они вместе напивались и ухаживали за одними и теми же вьетнамскими девушками, работавшими в барах.

Примерно через три месяца после приезда Том повел свой взвод в пеший дозор на закате по рисовым полям. Внезапно из окружавших их зеленых зарослей джунглей посыпался пулеметный огонь, одного за другим раня людей вокруг него. Том рассказал, как наблюдал с беспомощным ужасом за тем, как все члены его взвода за считанные секунды были убиты или ранены. Одно воспоминание навсегда въелось ему в разум: затылок Алекса, рухнувшего лицом вниз на залитое водой поле с задранными вверх ногами.

Том со слезами на глазах вспоминал: «Он был моим единственным настоящим другом за всю мою жизнь». Ночью Том и дальше слышал крики своих товарищей и видел, как их тела падали в воду. От любых звуков, запахов или образов, напоминавших ему об этой засаде (например, взрывы петард на День независимости), он точно так же впадал в ступор, испытывал ужас и ярость, как в тот день, когда вертолет забрал его с того злосчастного рисового поля.

Пожалуй, еще хуже, чем постоянные мысли о засаде, Тому было от воспоминания о том, что случилось после. Я запросто могу представить, как ярость Тома из-за смерти его товарищей привела к последовавшему кошмару. Он три месяца справлялся с парализующим стыдом, прежде чем набрался смелости мне об этом рассказать. С незапамятных времен ветераны, подобно Ахиллу в «Илиаде» Гомера, реагировали на смерть своих товарищей неопишными актами возмездия. На следующий день после засады обезумевший Том отправился в соседнюю деревню, где убил детей, застрелил безобидного фермера и изнасиловал вьетнамскую женщину. После этого по возвращении домой он уже попросту не мог жить нормальной жизнью. Как можно, глядя в глаза своей возлюбленной, сказать ей, что ты жестоко изнасиловал женщину, вроде нее самой, либо спокойно смотреть, как твой сын делает первые шаги, вспоминая об убитом тобой ребенке? Для Тома вместе с Алексом навсегда погибла и частичка его самого – та часть, что была хорошей, благородной и заслуживавшей доверие. После перенесенной психологической травмы – независимо от того, стала ли она результатом каких-то действий по отношению к тебе или твоих собственных поступков, – практически всегда становится сложно поддерживать близкие отношения. Как можно, пережив

нечто столь немыслимое, научиться доверять себе или кому-то другому? Либо, наоборот, как можно покориться близким отношениям, став жертвой жестокого насилия?

Том продолжил исправно ходить ко мне на прием, так как я стал для него некой спасительной отдушиной – отцом, которого у него никогда не было, Алексом, пережившим засаду. Нужно проявить огромное доверие и смелость, чтобы позволить вспомнить все. Людям, пережившим психическую травму, пожалуй, сложнее всего разобраться со стыдом из-за своих приступов, будь он объективно оправданным (как в случае совершения злодеяний) или нет (например, когда ребенок пытается задобрить обидчика). Одним из первых об этом явлении написала Сара Хейли, занимавшая соседний с моим кабинет в бостонской клинике для ветеранов. В своей статье под заголовком «Когда пациент сообщает о совершенных бесчинствах» (4), которая дала важнейший толчок к сформулированному в итоге диагнозу ПТСР, она написала о том, насколько невыносимо тяжело говорить (и слушать) об ужасных поступках, совершаемых зачастую солдатами в ходе военных действий.

Тяжело думать о страданиях, причиненных другими, однако в глубине души многих переживших психологическую травму людей еще больше преследует стыд за то, что они сделали или не сделали сами в сложившихся обстоятельствах. Они презирают себя за то, насколько напуганными, зависимыми, возбужденными или взбешенными они себя чувствовали.

В последующие годы я столкнулся с похожим явлением у детей, которые подверглись насилию: большинство из них страдают от мучительного стыда за действия, которые им пришлось предпринять, чтобы выжить и сохранить связь с человеком, совершившим над ними насилие. Это было особенно актуально, когда обидчик был кем-то из близких родственников ребенка, от которого тот зависел, как это зачастую и бывает. В результате рождается замешательство: человек уже не может понять, стал ли он жертвой, или принимал в этом участие добровольно, из-за чего, в свою очередь, у него в голове смешиваются понятия любви и ужаса; боли и наслаждения. Мы еще будем возвращаться к этой дилемме по ходу книги.

Черствость

Пожалуй, наихудшим симптомом Тома была эмоциональная черствость. Он отчаянно хотел любить свою семью, однако попросту не мог вызвать у себя по отношению к ним каких-либо глубоких чувств. Он испытывал эмоциональную отчужденность от всех, словно его сердце заледенело и он жил за стеклянной стеной. Эта неспособность испытывать эмоции касалась и его самого. Он не чувствовал ничего, кроме вспышек ярости и стыда. По его словам, он с трудом узнавал себя в зеркале, когда брился. Выступая в суде, он словно смотрел на себя со стороны, слушал свои слова и недоумевал, как этот парень, с точно такой же внешностью и голосом, как у него, мог приводить столь убедительные доводы. Выиграв дело, он делал вид, что доволен, а в случае проигрыша он словно его предвидел заранее, с самого начала смирившись с поражением. Хотя он и был весьма успешным адвокатом, он всегда чувствовал себя бессмысленно парящим в невесомости.

Единственным, что придавало его жизни какой-то смысл, была его полная вовлеченность в какое-то конкретное дело. В ходе нашего лечения Тому пришлось защищать в суде одного бандита, обвиненного в убийстве. На протяжении всего судебного разбирательства он был полностью поглощен разработкой выигрышной стратегии и неоднократно засиживался допоздна, погружаясь в то, что его по-настоящему воодушевляло. По его собственным словам, это было сродни участию в боевых действиях – он чувствовал себя живым на все сто, и больше ничего не имело значения. Выиграв же дело, Том тут же утратил всю свою энергию и целеустремленность. Ночные кошмары снова дали о себе знать, а вместе с ними вернулись и приступы гнева – настолько интенсивные, что ему пришлось перебраться в мотель, чтобы оградить от себя жену и детей. Одиночество, однако, также было для него ужасным, потому что демоны войны начинали досаждать ему с удвоенной силой. Том пытался чем-то постоянно себя занимать, работал, пил, принимал наркотики – делал все, лишь бы избежать встречи с ними.

Он все листал журнал «Soldier of Fortune», раздумывая над тем, чтобы записаться добровольцем на одну из бушующих в то время региональных войн в Африке. Той весной он сел на свой «Харлей» и с ревом понесся по Канкамагскому шоссе в Нью-Хэмпшире. Вибрация, скорость и опасность той поездки помогли ему снова взять себя в руки, и он даже смог вернуться из мотеля обратно к своей семье.

Перестройка восприятия

Другое исследование, проведенное мной в клинике для ветеранов, началось с изучения ночных кошмаров, однако закончилось тем, как психологическая травма меняет восприятие и воображение людей. Билл, бывший медик, навидавшийся ужасов во Вьетнаме десятью годами ранее, стал первым участником моего исследования ночных кошмаров. После увольнения в запас он поступил в духовную семинарию и возглавил приход в Конгрегационалистской церкви в пригороде Бостона. У него все складывалось хорошо, пока они с женой не обзавелись первым ребенком. Вскоре после рождения первенца его жена, медсестра, вернулась на работу, в то время как он оставался дома, совмещая работу над еженедельной проповедью и другие приходские обязанности с заботой о новорожденном. В его самый первый день наедине с ребенком тот начал плакать, и на Билла внезапно нахлынули невыносимые образы умирающих вьетнамских детей.

Биллу пришлось позвонить жене, чтобы она осталась с ребенком, в то время как сам он в панике пришел в клинику для ветеранов. Он рассказал, как ему не дают покоя голоса плачущих детей, а также образы обгоревших и окровавленных детских лиц. Мои коллеги решили, что у него явный психоз, так как учебники того времени гласили, что слуховые и зрительные галлюцинации являются симптомами параноидальной шизофрении. Те же учебники помимо самого диагноза предложили и его объяснение: психоз Билла, скорее всего, был вызван его ощущением, будто любовь его жены перенеслась с него на новорожденного.

Приехав в приемное отделение в тот день, я застал Билла в окружении взволнованных врачей, готовившихся ввести ему мощные антипсихотические препараты, а затем закрыть его в специальной палате. Они описали мне его симптомы и поинтересовались, что думаю я. Прежде я работал в отделении, специализировавшемся на лечении шизофрении, так что его случай вызвал у меня любопытство. Что-то в его диагнозе не сходилось. Я предложил Биллу побеседовать и, услышав его историю, невольно перефразировал слова Зигмунда Фрейда, сказанные им о психологической травме в 1985 году: «Думаю, этот человек страдает от воспоминаний». Я заверил Билла, что постараюсь ему помочь, дал ему кое-какие лекарства, чтобы сдержать панику, а затем предложил вернуться спустя несколько дней, чтобы принять участие в моем исследовании ночных кошмаров (5). Он согласился. В рамках этого исследования

мы предлагали нашим пациентам пройти тест Роршаха (6).

В отличие от других тестов, требующих прямых ответов на вопросы, ответы на тест Роршаха подделать практически невозможно. Он предоставляет нам уникальную возможность наблюдать, как люди составляют мысленные образы по бессмысленным, по своей сути, картинкам: чернильным пятнам.

Так как люди по своей природе стремятся всему придать какой-то смысл, то из этих клякс в нашей голове обычно выстраиваются какие-то образы или истории, подобно тому, как мы распознаем в проплывающих над головой облаках различные фигуры, лежа на лужайке в солнечный летний день. То, что людям удается увидеть в этих пятнах, способно многое рассказать нам о том, как работает их мозг.

Увидев вторую карточку теста Роршаха, Билл в ужасе воскликнул: «Это тот ребенок, которого разорвало у меня на глазах во Вьетнаме! Прямо посередине его обуглившееся тело, раны, из которых брызжет во все стороны кровь». Тяжело дыша и с выступившим на лбу потом, он явно был в приступе паники, вроде того, с которым изначально и пришел в клинику. Хотя я уже и слышал, как ветераны описывали свои живые воспоминания, я впервые стал свидетелем подобного. В этот самый момент у меня в кабинете Билл явно видел те же самые образы, чувствовал те же самые запахи и испытывал те же самые физические ощущения, что и во время этих событий во Вьетнаме. Через десять лет после того, как у него на руках умирал ребенок, которому он был не в силах помочь, банальная чернильная клякса заставила Билла вновь пережить свою травму.

Увидев своими глазами, как Билла настигли эти живые воспоминания, я в полной мере осознал, через какую агонию регулярно проходят ветераны, которых я пытался лечить, а также в очередной раз понял, насколько важно найти решение их проблемы. У самого события, породившего травму, каким бы ужасным оно ни было, имелось начало, середина и конец, однако воспоминания о нем, как я теперь видел, могли быть еще хуже. Они всегда приходят неожиданно, и никак нельзя понять, когда они прекратятся. У меня ушли годы, чтобы узнать, как справляться с этими яркими болезненными воспоминаниями, и в этом процессе Билл в итоге оказался одним из моих самых главных учителей.

Когда мы провели тест Роршаха еще с двадцатью одним ветераном, реакция была аналогичной: шестнадцать из них, увидев вторую карточку, отреагировали так, будто переживали травму военного времени. Вторая карточка Роршаха – первая, в которой присутствуют цвета, и она зачастую провоцирует так называемый цветовой шок. Ветераны видели на этой карточке «кишки моего друга Джима, когда его разорвало минометным снарядом», или «шею моего друга Дэнни, когда ему оторвало голову осколком гранаты за обедом». Никто из них не упоминал танцующих обезьян, порхающих бабочек, мужчин на мотоциклах и другие банальные, порой причудливые образы, которые видят большинство людей.

Если большая часть ветеранов была явно огорчена увиденным, реакция остальных пятерых была еще более тревожной: на них попросту находило затмение. «Здесь нет ничего, – сказал один из них, – просто чернильная клякса». Разумеется, они были правы, однако нормальной реакцией человека является попытка что-то разглядеть в расплывчатой картинке, используя свое воображение.

Результаты теста Роршаха дали нам понять, что пережившие травму люди склонны проецировать ее на все вокруг, а также испытывают сложности с интерпретацией происходящего. Ничего другого, казалось, они были видеть не в состоянии.

Мы также узнали, что травма воздействует на воображение. Пятеро мужчин, ничего не увидевших в кляксах, попросту потеряли способность давать волю своему воображению. Вместе с тем то же самое можно сказать и про остальных шестнадцать ветеранов, потому что, видя в пятнах сцены из своего прошлого, они показали отсутствие гибкости ума, являющейся характерной чертой воображения. Они попросту проигрывали одну и ту же заевшую пластинку.

Воображение играет важнейшую роль в обеспечении качества нашей жизни. Оно позволяет нам сбегать от повседневной рутины, фантазируя о путешествиях, еде, сексе, влюбленности, либо о том, как последнее слово осталось за нами – в общем, обо всем том, что делает нашу жизнь интересной. Воображение позволяет нам увидеть новые возможности – это незаменимый трамплин для исполнения наших желаний. Оно разжигает нашу изобретательность, избавляет от скуки, облегчает боль, усиливает наслаждение и обогащает наши отношения

с самыми близкими. Когда люди постоянно и неконтролируемо возвращаются к своему прошлому, вспоминая момент, когда они в последний раз испытывали яркие, живые эмоции, были чем-то по-настоящему увлечены, то они страдают от неспособности проявлять воображение, от потери гибкости мышления. Без воображения нет никакой надежды, никаких шансов представить светлое будущее, человеку некуда податься, не к чему стремиться.

Тест Роршаха также дал нам понять, что пережившие травму люди смотрят на мир совершенно не так, как все остальные. Для большинства из нас идущий по улице человек – это просто прогуливающийся прохожий. Жертва же изнасилования, однако, может увидеть в нем человека, который собирается на нее напасть, и в результате поддаться панике. Грозный вид строгой учительницы способен испугать любого ребенка, однако для того, кого бьет отчим, она может стать воплощением мучителя, спровоцировав приступ ярости или желание забиться в страхе в угол.

В плену травмы

В нашей клинике было множество ветеранов, обратившихся за психиатрической помощью. Тем не менее ввиду острой нехватки квалифицированных врачей нам только и оставалось, что записывать большинство из них в очередь, несмотря на то, что они продолжали мучить себя и своих родных. Мы стали замечать резкий всплеск арестов ветеранов за насильственные преступления и пьяные драки – а также пугающее количество самоубийств среди них. Я получил разрешение на организацию группы помощи молодым ветеранам в качестве временного решения, пока не появится возможность приступить к индивидуальному лечению.

На первой встрече группы бывших морских пехотинцев первый взявший слово мужчина решительно заявил: «Я не хочу говорить про войну». Я ответил, что присутствующие вольны обсуждать все, что им заблагорассудится. Спустя полчаса мучительной тишины один из ветеранов наконец начал рассказывать про пережитое им крушение вертолета. К моему изумлению, все остальные тут же оживились, принявшись наперебой рассказывать про свои собственные болезненные воспоминания. Все они пришли на следующее собрание через неделю, а потом и через неделю. В этой группе они нашли отклик и новое

осмысление того, что прежде являлось для них лишь ощущением ужаса и пустоты.

Они снова почувствовали дух товарищества, имевший столь важное значение для них во время войны. Они настояли на том, что я должен быть частью их группы, и на день рождения подарили мне форму морского пехотинца. Оглядываясь назад, я понимаю, что этот жест раскрыл часть их проблемы: ты либо был с ними, либо нет – либо принадлежал их группе, либо был никем.

После перенесенной психологической травмы мир для них четко разделился на тех, кто понимает, и тех, кто нет. Людям, не разделявшим подобных болезненных воспоминаний, доверять было нельзя, потому что они не могли их понять. К сожалению, к таковым зачастую относились супруги, дети и коллеги по работе.

Позже я организовал еще одну группу, на этот раз для ветеранов из армии Паттона (то есть воевавших во Второй мировой. – Прим. пер.) – это были мужчины за семьдесят, годившиеся мне в отцы. Мы собирались в восемь утра по понедельникам. Зимой в Бостоне снежные бури порой парализуют общественный транспорт, однако, к моему изумлению, все они приходили на наши встречи даже в метель, хотя некоторым из них приходилось по несколько километров пробираться пешком по снегу, чтобы добраться до клиники. На Рождество они подарили мне армейские часы, выпущенные в 1940-х годах. Как и в случае с группой морпехов, я не мог быть их врачом, пока они не сделали меня одним из них.

Какими бы трогательными ни были эти собрания, вскоре стало понятно, что толк от этих групп весьма ограниченный. Когда я предлагал этим мужчинам поговорить о проблемах, с которыми они сталкиваются в повседневной жизни – их взаимоотношениях с женами, детьми, девушками и родными; проблемах с начальством и удовлетворении от работы; их злоупотреблении спиртным, – они, как правило, уклонялись от ответа и вместо этого снова принимались рассказывать, как вонзили кинжал в сердце немецкого солдата в Хюртгенском лесу[8 - Битва в Хюртгенском лесу – серия ожесточенных боев между американскими и германскими войсками во время Второй мировой войны в лесу Хюртген, ставших самым длинным сражением на немецкой земле во Второй мировой войне и самым длинным из всех сражений, в котором когда-либо

участвовала армия США. – Прим. пер.] либо как их вертолет подстрелили во вьетнамских джунглях.

Диагностика посттравматического стресса

В эти первые дни в клинике для ветеранов мы клеймили наших переживших войну пациентов всевозможными диагнозами – алкоголизм, наркотическая зависимость, депрессия, аффективное расстройство и даже шизофрения – и пробовали все рекомендуемые учебниками варианты лечения. Сколько бы мы ни старались, однако вскоре стало ясно, что толку от наших действий не было почти никакого. От назначаемых нами сильнодействующих лекарств мозги наших пациентов затуманивались так, что они едва справлялись с повседневными делами. Когда мы призывали их подробней рассказать о породившем травму событии, тем самым мы зачастую непреднамеренно провоцировали полномасштабный приступ ярких болезненных воспоминаний вместо того, чтобы помочь с этой проблемой справиться. Многие из них прекращали лечение, потому что оно не только им никак не помогало, но порой только еще больше все усугубляло.

Поворотный момент настал в 1980 году, когда группа ветеранов войны во Вьетнаме при помощи психоаналитиков из Нью-Йорка по имени Хаим Шатан и Роберт Дж. Лифтон добилась от Американской ассоциации психиатров признания нового диагноза под названием посттравматическое стрессовое расстройство, описывавшего набор симптомов, в большей или меньшей степени наблюдавшихся у всех наших ветеранов. Систематическое выявление симптомов позволило установить новое расстройство, которым страдали люди, охваченные ужасом и чувством беспомощности. Появление концептуальной модели ПТСР подготовило почву для радикальных изменений в нашем понимании пациентов. В конечном счете это привело к всплеску исследований и попыток найти эффективный способ лечения.

Независимо от того, случилась ли психологическая травма десять либо более сорока лет назад, мои пациенты попросту не могли преодолеть разрыв между войной и их текущей жизнью. Событие, причинившее им столько боли, одновременно стало для них единственным смыслом в их жизни. Они

чувствовали себя снова живыми, лишь когда возвращались к болезненным воспоминаниям о прошлом.

Вдохновленный возможностями, открывшимися с этим новым диагнозом, я предложил Управлению по делам ветеранов провести исследование физиологии болезненных воспоминаний. Отличаются ли воспоминания людей, страдающих от ПТСР, от воспоминаний о другом травматическом опыте? У большинства людей мысли о неприятном событии в конечном счете пропадают либо перерождаются в более безобидную форму. Большинство же наших пациентов были не в состоянии превратить свои воспоминания в историю, случившуюся с ними в далеком прошлом (7).

Письмо с отказом в предоставлении гранта начиналось со следующей строки: «До сих пор не было доказано, что ПТСР имеет отношение к деятельности Управления по делам ветеранов». Разумеется, сегодня деятельность Управления сосредоточена именно на ПТСР и черепно-мозговых травмах, и ежегодно выделяются значительные средства для применения «способов лечения с доказанной эффективностью» к пережившим психологическую травму ветеранам войн. В те же времена ситуация была иной, и, не желая продолжать работать на организацию, чье мировоззрение столь кардинально расходилось с моим собственным, я подал заявление на увольнение. В 1982 году я устроился в Массачусетский центр психического здоровья, клинику при Гарвардском университете, где прежде выучился на психиатра. Моей новой обязанностью было обучать только что зародившейся науке – психофармакологии, занимающейся облегчением симптомов психических заболеваний с помощью лекарственных препаратов.

На своей новой работе я практически ежедневно сталкивался с проблемами, которые, как я надеялся, остались в прошлом. Мой опыт с ветеранами войн научил меня столь многому в вопросе терапии психологической травмы, что теперь я совсем иначе слушал рассказы подверженных депрессии и тревожности пациентов о сексуальном и физическом насилии в их семьях. Я был в особенности поражен тому, сколь многие из пациенток рассказывали, как в детстве подвергались сексуальному насилию. Это вводило меня в замешательство: стандартный учебник по психиатрии того времени гласил, что инцест в США – чрезвычайно редкое явление, затрагивающее примерно одну женщину на миллион (8). С учетом того, что в те годы в США жило лишь около ста миллионов женщин, я был удивлен, как сорок семь женщин – почти половина всех жертв – очутились в моем кабинете в больничном подвале.

Более того, в учебнике говорилось: «Нет единого мнения относительно того, что сексуальное насилие отца по отношению к дочери способно приводить к развитию у нее последующих психопатологий». Моих пациенток, рассказывавших мне истории про инцест, сложно было назвать лишенными «последующих психопатологий» – они были в глубокой депрессии, замешательстве и зачастую причиняли себе вред различными способами, например резали себя бритвенными лезвиями. Далее учебник принимался чуть ли не восхвалять инцест, объясняя, что «подобные половые отношения уменьшают риск развития у женщины психоза, позволяя лучше приспособиться к окружающему миру» (9). На самом же деле, как оказалось, инцест губительным образом сказывался на психическом здоровье женщин.

Во многих смыслах эти пациентки не особо отличались от ветеранов, с которыми я имел дело на прошлом месте работы. Они тоже страдали от болезненных живых воспоминаний и ночных кошмаров. Их периодические приступы неконтролируемой ярости так же чередовались с длительными периодами эмоциональной отрешенности. Большинство из них испытывали сложности в общении с другими людьми, и им тяжело давались серьезные отношения.

Кроме того, если примерно четверть всех солдат, проходивших службу в зоне боевых действий, по статистике, сталкиваются с серьезными посттравматическими проблемами (10), то большинство американцев в какой-то момент своей жизни переживают насильственное преступление, и более точное исследование показало, что двенадцать миллионов женщин в США становились жертвами сексуального насилия. Более половины всех случаев изнасилований приходятся на девушек в возрасте до пятнадцати лет (11). Для многих людей война начинается дома: согласно официальным данным, каждый год в США три миллиона детей становятся жертвами насилия и пренебрежительного отношения. Один миллион из этих случаев оказывается настолько серьезным, что местные службы защиты детей или суды вынуждены предпринимать какие-то меры (12).

То есть война – не единственное бедствие, разрушающее человеческие жизни. На каждого солдата, служащего в зоне боевых действий за границей, приходится десяток детей, находящихся под угрозой в своем собственном доме.

Это особенно трагично, так как растущим детям сложно оправиться от полученной травмы, когда источник их ужаса и боли – это не вражеские солдаты, а люди, под чьей опекой они находятся.

Новое понимание

За три десятилетия, прошедшие с нашей встречи с Томом, мы узнали невообразимо много нового не только о последствиях и проявлениях психологической травмы, но также и о том, как помочь пережившим ее людям вернуть свою жизнь обратно. В начале 1990-х первые томографы и другие устройства для визуализации работы мозга показали нам, что на самом деле происходит в голове у переживших травму людей. Это сыграло решающую роль в понимании ее последствий и позволило нам создать совершенно новые способы ее исправления.

Мы также узнали, как болезненные переживания воздействуют на внутренние ощущения и восприятие физической реальности – на сущность. Мы узнали, что травма – это не просто произошедшее в какой-то момент прошлого событие, но еще и отпечаток, оставленный этими переживаниями на разуме, мозге и всем теле. Этот след надолго изменяет способность человека выживать в настоящем.

Травма приводит к фундаментальной перестройке механизмов управления восприятием нашего разума и мозга. Она меняет не только мыслительный процесс и сами мысли, но и способность мыслить. Мы обнаружили, что огромное значение имеет помощь жертвам в выборе нужных слов для описания случившегося, однако чаще всего этого оказывается недостаточно. Сам факт пересказа истории не может изменить автоматические физические и гормональные реакции организма, который продолжает находиться в состоянии повышенной бдительности, будучи постоянно готовым пережить в любой момент нападение или насилие. Чтобы произошли реальные изменения, тело должно понять, что опасность миновала, и научиться жить в реалиях настоящего. Наша работа по изучению психологической травмы привела к совершенно новому пониманию не только структуры человеческого разума, но также и механизмов его излечения.

Глава 2. Революция в понимании разума и мозга

Чем больше сомнение, тем больше осознание. Чем меньше сомнение, тем меньше осознание. Нет сомнения – нет осознания.

Чжан Чжень-Цзы, «Практика дзэн»

Ты живешь в своем собственном крошечном кусочке времени, однако этот кусочек времени – не только твоя собственная жизнь, это переплетение всех остальных жизней, происходящих одновременно с твоей... Ты – это выражение Истории.

Роберт Пенн Уоррен, «World Enough and Time»

В конце 1960-х, во время академического отпуска между первым и вторым годом в медицинской школе, я стал невольным свидетелем кардинальных перемен в медицинском подходе к психическим заболеваниям. Я заполучил теплое местечко санитара в исследовательском отделении Массачусетского центра психического здоровья (МЦПЗ), где я отвечал за организацию досуга для пациентов. Этот центр долгое время считался одной из лучших психиатрических больниц в стране, жемчужиной учебной империи Гарвардской медицинской школы. Целью проводимых в моем отделении исследований было сравнить эффективность психотерапии и лекарств в лечении молодых людей, которым впервые была диагностирована шизофрения.

Разговорная психотерапия, детище фрейдистского психоанализа, тогда еще по-прежнему была основной формой лечения психических заболеваний в центре. В начале 1950-х, однако, группа французских ученых открыла новое соединение, хлорпромазин (продававшееся под торговой маркой «Торазин»), которое успокаивало пациентов, подавляя их возбуждение и бредовые идеи. Это внушило надежду на создание препаратов для лечения таких тяжелых психических проблем, как депрессия, панические атаки, тревожность и мании, а также для контроля самых негативных симптомов шизофрении.

Будучи лишь санитаром, я не имел никакого отношения к проводимым в отделении исследованиям и не знал, какое лечение получали мои пациенты. Они были все примерно одного со мной возраста – студенты Гарварда, МТИ (Массачусетский технологический институт. – Прим. пер.) и Бостонского университета. Одни из них пытались покончить с собой; другие резали себя ножами и бритвами; некоторые нападали на своих соседей по комнате либо каким-то иным образом пугали своих родителей или друзей непредсказуемым, иррациональным поведением. Моя задача заключалась в том, чтобы заниматься с ними тем, чем занимаются обычные студенты: водить их в пиццерию и на бейсбол, устраивать походы с палатками в местный лес, катать на лодке по реке Чарльз.

Будучи полным новичком в этой области, я внимательно слушал, о чем говорят на собраниях отделения, пытаюсь разобраться в запутанной речи и логике пациентов. Мне также пришлось учиться справляться с их иррациональными всплесками эмоций и испуганной отрешенностью.

Однажды утром я застал одну пациентку стоящей в палате, как статуя, с поднятой вверх, словно для защиты, рукой и застывшей на лице гримасой ужаса. Она провела в таком положении, совершенно не двигаясь, не менее двенадцати часов.

Врачи сказали мне, как называется ее болезнь – кататония, однако даже в учебниках, к которым я обратился, не было написано, как с этим можно бороться. Мы просто ждали, пока ее приступ пройдет.

Предрассветная травма

Я провел в отделении множество ночей и выходных и стал свидетелем того, что врачи во время своих коротких посещений никогда не видели. Когда пациенты не могли уснуть, они в туго затянутых халатах часто приходили поболтать на сестринский пост. Казалось, ночная тишина помогала им раскрыться, и они делились со мной историями о том, как их били, изводили или насиловали, причем зачастую их же собственные родители, иногда родственники,

одноклассники или соседи. Они рассказывали, как лежали по ночам в кровати, охваченные ужасом и чувством беспомощности, слушая, как отец или отчим избивает мать, как родители выкрикивают в адрес друг друга ужасные угрозы, как ломается мебель. Другие вспоминали возвращение домой пьяного отца – они слышали шаги, ожидая, что он зайдет в комнату, вытащит из постели и накажет за какие-то надуманные провинности. Несколько женщин вспоминали, как лежали с открытыми глазами, без движения, в ожидании неизбежного – когда отец или брат зайдут к ним в спальню, чтобы изнасиловать.

Во время утреннего обхода младшие врачи рассказывали про своих пациентов старшему руководству – санитарам разрешалось молча наблюдать за этим ритуалом. Они редко упоминали истории, подобные тем, которые пациенты рассказывали мне. Тем не менее многие проведенные впоследствии исследования подтвердили, что эти полуночные исповеди имели прямое отношение к болезни: теперь нам достоверно известно, что более половины людей, обращающихся за психиатрической помощью, в детстве сталкивались с насилием, физическим и сексуальным, родительским пренебрежением, становились свидетелями насилия в своей собственной семье (1). Во время обходов, однако, об этом почему-то не упоминалось. Меня часто поражало, насколько хладнокровно обсуждаются симптомы пациентов и как много внимания уделяется их суицидальным мыслям и склонности к саморазрушению без каких-либо попыток понять возможную причину их отчаяния и уязвимости. Также меня удивляло, насколько мало значения придавалось их достижениям и амбициям. Казалось, никому не было интересно, кого эти люди любили или ненавидели, какие были у них мотивы и интересы, от чего они впадали в ступор, а что их умиротворяло – в общем, экология их жизни.

Несколько лет спустя, будучи уже младшим врачом, я столкнулся с особенно ярким примером этой медицинской модели в действии. Я тогда подрабатывал в католической больнице, где проводил физический осмотр женщин, поступавших туда для лечения депрессии с помощью электрошоковой терапии. Будучи любопытным иммигрантом, я сам расспрашивал их о жизни. Многие из них делились историями про тяжелый брак, трудных детей, чувство вины из-за сделанных аборт. Разговаривая со мной, они заметно оживлялись и зачастую рассыпались передо мной в благодарностях за то, что я их выслушал. Некоторые, сбросив такой огромный камень с души, даже начинали сомневаться, что им вообще нужен электрошок. Мне всегда было грустно по окончании этих разговоров, так как я знал: лечение, которое они пройдут на следующий день, сотрет все воспоминания о нашей беседе. Долго я на этой работе не продержался.

Когда у меня были выходные в МЦПЗ, я частенько ходил в медицинскую библиотеку, чтобы больше узнать про пациентов, которым должен был помогать. Как-то в субботу я наткнулся на книгу, и по сей день пользуюсь уважением: это был учебник Эйгена Брейлера 1911 года под названием «Раннее слабоумие» (*Dementia Praecox*). Наблюдения Брейлера были весьма любопытными.

Среди галлюцинаций, наблюдаемых у шизофреников, самыми пугающими и важными являются те, что носят сексуальный характер. Эти пациенты испытывают всевозможные радости и удовольствия нормального и анормального сексуального удовлетворения, однако еще чаще встречаются всевозможные бесстыдные и гадкие действия, которые может придумать только самая извращенная фантазия. У пациентов мужского пола выкачивают сперму; им провоцируют болезненную эрекцию. Пациенток женского пола насилуют и наносят им травмы самым чудовищным образом... Несмотря на символическое значение многих таких галлюцинаций, большинство из них сопровождаются реальными ощущениями (2).

Это заставило меня задуматься: у наших пациентов тоже были галлюцинации – врачи постоянно расспрашивали про них и отмечали их как симптомы болезни. Но если истории, которые я слушал в предрассветные часы, были правдой, то не могли ли все эти «галлюцинации» на самом деле быть обрывочными воспоминаниями об их реальных переживаниях?

Были ли эти галлюцинации лишь порождением больного разума? Могли ли люди придумывать физические ощущения, которые они никогда не испытывали? Была ли четкая грань между больным воображением и богатой фантазией? Между воспоминаниями и фантазиями? Эти вопросы остаются без ответа и по сей день.

Однако исследования показали, что у людей, переживших насилие в детстве, зачастую возникают ощущения (такие как боль в животе), у которых нет никакой явной физической причины; они слышат голоса, предупреждающие их об опасности либо обвиняющие их в чудовищных преступлениях.

Не было никакого сомнения в том, что многие пациенты в палате были склонны к агрессивному, странному и саморазрушительному поведению, особенно когда

они были чем-то недовольны, если им казалось, будто им кто-то мешает либо не понимает их. Они устраивали истерики, бросались тарелками, били окна и резали себя осколками стекла. Тогда я не понимал, как можно реагировать на банальную просьбу («Позволь мне убрать у тебя из волос эту грязь?») с ужасом или гневом. Обычно я следовал указаниям опытных медсестер, которые давали мне знать, когда нужно отступить либо, если это не помогало, усмирить пациента. Я был удивлен и встревожен тем, какое удовлетворение порой испытывал, прижав пациента к полу, чтобы медсестра могла сделать ему укол, и постепенно я стал понимать, что значительная часть нашего профессионального обучения направлена на то, чтобы помогать нам держать ситуацию под контролем, когда мы сталкиваемся с пугающими и сбивающими с толку реалиями своей работы.

Сильвия была ослепительно красивой девятнадцатилетней студенткой Бостонского университета, которая сидела, как правило, одна в углу палаты с испуганным до смерти видом и почти ничего не говорила, однако слухи о том, что она была девушкой важного бостонского мафиози, придавали ей налет таинственности. Когда она на протяжении недели отказывалась есть и начала стремительно худеть, врачи назначили ей принудительное кормление. Нам приходилось втроем удерживать ее, в то время как еще один санитар засовывал ей в горло резиновый шланг, по которому медсестра заливала ей в желудок питательную жидкость. Позже, во время очередной полуночной исповеди Сильвия застенчиво и нерешительно рассказала мне про то, как ее в детстве насильовали брат с дядей. Тогда я понял, что наше проявление «заботы» больше напоминало ей групповое изнасилование. Этот и подобные ему случаи помогли мне сформулировать следующее правило, которое я постоянно повторяю своим студентам: если вы делаете со своим пациентом что-то, чего не стали бы делать со своими друзьями или детьми, то задумайтесь, не воспроизводите ли вы тем самым травму, случившуюся с пациентом в прошлом.

Будучи организатором досуга для пациентов, я заметил еще кое-что: все пациенты были на удивление неуклюжими, с плохой физической координацией. Когда мы разбивали палатки в лесу, большинство из них беспомощно стояли, в то время как я возился с палатками. Однажды мы чуть не перевернулись под шквальным ветром в реке Чарльз, потому что они все столпились с подветренной стороны, не понимая, что им нужно сместиться, чтобы придать лодке устойчивость. Когда мы играли в волейбол, действия персонала были неизменно более слаженными, чем у пациентов. Еще одной характерной чертой было то, что даже во время самых обычных разговоров они вели себя неестественно – им были несвойственны естественные, непринужденные жесты

и выражение лица, которые обычно наблюдаются в кругу друзей. Значимость всех этих наблюдений стала мне ясна лишь позже, когда познакомился с психотерапевтами Питером Левином и Пэт Огден. В последующих частях мы еще много поговорим о том, как травма удерживается в человеческом теле.

Осмысление страданий

Проведя год в исследовательском отделении, я возобновил учебу в медицинской школе, а затем, будучи новоиспеченным доктором медицины, вернулся в МЦПЗ, чтобы пройти подготовку на психиатра, – я был безумно рад, что меня туда приняли. Здесь обучались многие знаменитые психиатры, включая Эрика Кандела, позже получившего Нобелевскую премию по физиологии и медицине. Аллан Хобсон открыл нейроны, отвечающие за создание сновидений, в лаборатории в подвальном помещении больницы, пока я там учился. Первые исследования химических процессов, лежащих в основе депрессии, также были проведены в МЦПЗ. Многих же из тех, кто проходил здесь подготовку, в первую очередь интересовали пациенты. Мы проводили с ними по шесть часов в день, а затем встречались на групповых собраниях со старшими психиатрами, чтобы поделиться своими наблюдениями, задать вопросы и посоревноваться в остроумных замечаниях.

Наш замечательный учитель, Элвин Семрад, настойчиво призвал нас не читать учебники по психиатрии в течение первого года обучения (этот интеллектуальный голод, возможно, и привел к тому, что позже многие из нас стали ненасытными читателями и плодовитыми писателями). Семрад не хотел, чтобы наше восприятие реальности оказалось затуманено псевдофактами психиатрических диагнозов. Помню, однажды спросил его: «Как бы вы назвали этого пациента – шизофреником или шизоаффективным?» Он задумался, почесывая подбородок. «Думаю, я бы называл его Майкл Макинтайр», – ответил он.

Семрад учил нас, что большинство человеческих страданий связано с любовью и утратой, а задача психотерапевтов – помочь людям «осознать, ощутить и принять» реалии жизни – со всеми ее радостями и невзгодами. «Наибольшим источником наших страданий является ложь, которую мы твердим самим

себе», – любил говорить он, призывая нас быть честными перед собой относительно всего, с чем мы сталкиваемся. Он часто говорил, что люди не могут вырасти над собой, не зная того, что они знают, и не чувствуя того, что они чувствуют.

Помню, как удивился, услышав от этого уважаемого пожилого профессора Гарварда признание о том, как уютно ему ощущать тепло ягодич своей жены, когда он засыпает рядом с ней ночью. Делясь с нами своими собственными простыми человеческими потребностями, он помог нам осознать, какую важную роль они играют в нашей жизни. Если их не удовлетворять, это приводит к неполноценному существованию, какими бы возвышенными ни были наши мысли и достижения. В основе исцеления лежат практические знания: полностью контролировать свою жизнь можно, лишь признав реальность своего тела, во всех его внутренних измерениях.

Наша профессия, однако, двигалась в совершенно ином направлении. В 1968 году «Американский журнал психиатрии» опубликовал результаты исследования, проведенного в отделении, где я работал санитаром. Они однозначно показали, что у больных шизофренией, получавших только лекарства, дела шли лучше, чем у тех, кто трижды в неделю посещал лучших бостонских психотерапевтов (3). Это исследование стало одним из многих важнейших этапов на пути к постепенному изменению подхода медицины и психиатрии к психологическим проблемам: на смену бесконечному разнообразию проявлений невыносимых чувств и отношений пришла четкая модель отдельных «расстройств», связанных с болезнями мозга.

Подход медицины к нервным болезням всегда определялся доступными на тот момент технологиями. До эпохи просвещения отклонения в поведении объяснялись божьей волей, греховностью, колдовством, деяниями ведьм и злых духов. Лишь в девятнадцатом веке французские и немецкие ученые стали рассматривать поведение как адаптацию к хитросплетениям окружающего мира. Тогда зародилась новая парадигма: злость, похоть, гордость, жадность, алчность и лень, а также все остальные проблемы, которые нам, людям, тяжело контролировать, – были названы «расстройствами», которые можно исправить с помощью определенных химических веществ (4). Многие психиатры обрадовались возможности стать «настоящими учеными», подобно своим однокурсникам из медицинских школ, у которых были лаборатории, эксперименты на животных, дорогостоящее оборудование и замысловатые диагностические тесты, и забросить невразумительные теории философов,

вроде Фрейда с Юнгом. В одном известном учебнике по психиатрии было даже заявлено: «Причиной психических заболеваний теперь считается нарушение в мозге, химический дисбаланс» (5).

Подобно моим коллегам, я с радостью встретил фармакологическую революцию. В 1973 году я стал первым старшим ординатором психофармакологии при МЦПЗ. Возможно, я также стал первым психиатром в Бостоне, назначившим литий пациенту с маниакально-депрессивным синдромом (я прочитал про использование лития Джоном Кейдом в Австралии и получил разрешение больничной комиссии его опробовать). Принимая литий, женщина, которая последние тридцать пять лет каждый май впадала в маниакальное состояние, а каждый ноябрь – в депрессию, пошла на поправку и оставалась стабильной на протяжении всех трех лет, что была моей пациенткой. Кроме того, я был членом первой в США исследовательской группы, которая провела клинические испытания антипсихотического препарата Клозарил (Клозапин) на хронических пациентах, которых держали в палатах старой психиатрической больницы (6). Некоторые из них отреагировали чудеснейшим образом: люди, которые большую часть своей жизни провели в своей собственной изолированной, пугающей реальности, смогли вернуться в свои семьи и снова стать частью общества; застрявшие во мраке и отчаянии пациенты начали реагировать на человеческий контакт и находить удовольствие в работе и развлечениях. Эти многообещающие результаты вселили в нас надежду на победу над человеческими страданиями.

Антипсихотические препараты сыграли важнейшую роль в снижении количества обитателей психиатрических больниц в США: если в 1955 году их было более полумиллиона, то к 1996 году осталось менее ста тысяч (7).

Современным людям, не заставшим мира до появления этих препаратов, сложно осознать масштаб произошедших изменений. На первом курсе медицинской школы я посетил государственную больницу Канкаки в Иллинойсе, где увидел, как санитар бесцеремонно поливает из шланга десятки грязных, голых, ничего не соображающих пациентов в комнате без какой-либо мебели, оборудованной сливами для стекающей воды. Это воспоминание теперь больше напоминает ночной кошмар, чем нечто, увиденное мной собственными глазами. Моей первой работой после окончания ординатуры в 1974 году стала должность предпоследнего директора когда-то почтенного учреждения, бостонской

государственной больницы. Прежде она вмещала тысячи пациентов и занимала сотни гектаров, на которых располагались десятки различных зданий, а также теплицы, сады и мастерские – от большинства к тому времени остались лишь руины. Во время моей работы пациентов постепенно распределяли по «общинам» – это был общий термин для безликих приютов и лечебниц, где большинство из них и закончили свои жизни. (Изначально это место начиналось как приют, который постепенно приобрел более мрачный оттенок. Эти люди получали крышу над головой, и весь персонал знал имена своих пациентов, а также их особенности.) В 1979 году, вскоре после моего ухода в клинику для ветеранов, ворота Бостонской государственной больницы были раз и навсегда закрыты, и она опустела.

Параллельно с Бостонской государственной больницей я продолжал работать в психофармакологической лаборатории МЦПЗ, где основной упор теперь делался на новое направление исследований. В 1960-х годах ученые из Национальных институтов здравоохранения начали разрабатывать методики выделения и измерения гормонов и нейромедиаторов в крови и головном мозге. Нейромедиаторы – это химические посланники, основной функцией которых является передача нервного импульса от нейрона к нейрону, что позволяет нам эффективно взаимодействовать с окружающим миром.

Теперь, когда ученые стали получать доказательства, что отклонение уровня норэпинефрина от нормы связано с развитием депрессии, а дофамина – с шизофренией, появилась надежда на создание препаратов, действие которых будет направлено на конкретные отклонения в работе мозга. Эта надежда так никогда и не была в полной мере оправдана, однако наша работа по изучению влияния лекарств на психические симптомы привела к другим важнейшим изменениям в нашей профессии. Исследователи нуждались в точном и систематическом способе передачи полученных ими данных, и в результате были созданы так называемые диагностические показатели исследований, в которые я внес свой вклад в качестве младшего лаборанта. В конечном счете они легли в основу первой систематической системы диагностики психиатрических проблем – «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам» (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), которое принято называть «библией психиатрии». Предисловие к вышедшему в 1980 году третьему изданию (DSM-III) скромно гласило, что эта диагностическая система является неточной – настолько неточной, что она не подлежит использованию в судебно-криминалистических целях, либо для решения вопросов, связанных со страхованием (8). Как мы увидим, эта скромность, к сожалению, продлилась недолго.

Неотвратимый шок

Поглощенный столь многими неразрешенными вопросами относительно травматического стресса, я был заинтригован идеей о том, что зарождающаяся наука нейробиология способна дать некоторые ответы, и начал посещать собрания Американского колледжа нейропсихофармакологии (АКНП). В 1984 году АКНП провел много увлекательнейших лекций о разрабатываемых лекарственных препаратах, и лишь за несколько часов до моего обратного рейса в Бостон я услышал презентацию Стивена Майера из Колорадского университета, который работал совместно с Мартином Селигманом из Пенсильванского университета. Темой их исследования было изучение беспомощности у животных. Майер и Селигман систематически били сильным разрядом электрошока запертых в клетках собак. Они называли это состояние «неотвратимым шоком» (9). Будучи любителем собак, я понимал, что сам на подобное исследование никогда бы не решился, однако мне стало любопытно, как подобная жестокость скажется на животных.

После нескольких ударов током исследователи открыли клетки с собаками и снова пустили ток. Несколько собак из контрольной группы, которые до этого электрошоков не получали, сразу же убежали, однако собаки, которые уже подвергались неотвратимому шоку, не предприняли никаких попыток сбежать, даже когда клетки были открыты, – они просто лежали там, скулили и гадили.

Одной только возможности спастись, как оказалось, было недостаточно, чтобы пережившие психологическую травму животные – или люди – выбрали путь к свободе. Подобно собакам Майера и Селигмана, многие травмированные люди попросту сдаются. Вместо того чтобы экспериментировать с новыми вариантами, они остаются в плену хорошо знакомого им страха.

Я был прикован к рассказу Майера. С моими пережившими травму пациентами повторялось в точности то же самое, что они делали и с этими бедными собаками. Им тоже был нанесен ужасный вред – вред, от которого им было не убежать. Я мысленно пробежался по своим пациентам. Практически все из них были в той или иной степени загнаны в ловушку, будучи не в состоянии

предпринять меры, чтобы предотвратить неизбежное. Их реакция «бей или беги» была нарушена, и результатом была чрезмерная возбужденность или полная апатия.

Майер и Селигман также обнаружили, что травмированные собаки выделяли гораздо больше гормонов стресса, чем обычно. Это подтверждало появляющиеся новые знания о биологической подоплеке травматического стресса. Группа молодых ученых, среди которых были Стив Саутвик и Джон Кристал из Йеля, Арье Шалев из медицинской школы Хадасса в Иерусалиме, Франк Патнэм из Национального института психического здоровья (НИПЗ) и Роджер Питмэн из Гарварда, все получили свидетельство того, что пережившие травму люди продолжают вырабатывать большое количество гормонов стресса еще долгое время после того, как опасность миновала, а Рэйчел Иегуда из сети больниц «Mount Sinai» в Нью-Йорке представила парадоксальные на первый взгляд данные о заниженном уровне гормона стресса под названием кортизол у людей с ПТСР. Эти данные обрели смысл только после того, как в ходе дальнейших исследований стало ясно, что кортизол отвечает за прекращение стрессовой реакции, посылая мозгу сигнал о полной безопасности, а при ПТСР гормоны стресса в организме не возвращаются к своему начальному уровню, когда угроза миновала.

В идеале наши гормоны стресса должны обеспечивать стремительную реакцию на угрозу с последующим быстрым восстановлением гормонального баланса. У пациентов с ПТСР, однако, данный механизм не срабатывает. Сигналы, связанные со стрессовой реакцией (бей/беги/замри), продолжают отправляться и после того, как опасность миновала.

Как это было и с собаками, эта система не возвращается в нормальное состояние. Продолжающиеся выделяться гормоны стресса выражаются в виде повышенного возбуждения и паники, в долгосрочной перспективе подрывая здоровье.

Я пропустил свой самолет в тот день, так как мне нужно было поговорить со Стивом Майером. Его работа не только проливала свет на корни проблем моих пациентов, но и могла помочь найти способы их решения. Так, они с Селигманом обнаружили, что единственный способ научить собак покидать свои клетки с подведенным к ним током заключался в том, чтобы систематически вытаскивать

их оттуда насильно, давая возможно физически испытать процесс выхода из клетки. Это заставило меня задуматься: не могли ли мы точно так же помочь нашим пациентам с их непоколебимой убежденностью в том, что они не могут никак себя защитить? Возможно, чтобы мои пациенты могли вернуть внутреннее чувство контроля, им тоже нужно было дать его почувствовать физически? Что, если их можно было научить физически двигаться, чтобы избежать потенциально опасной ситуации, похожей на ту травму, в ловушке которой они оказались? Как вы убедитесь в пятой части этой книги, посвященной лечению, именно к такому заключению я в итоге и пришел.

Дальнейшие исследования с участием мышей, крыс, кошек, обезьян и слонов дали еще более интригующие результаты (10). Так, например, когда ученые включали громкий, назойливый звук, мыши, выращенные в теплом гнезде с обилием пищи, немедленно убегали к себе домой. Другая группа мышей, выращенная в шумном гнезде, где была нехватка пищи, также возвращалась домой, даже после того, как проводила какое-то время в более приятной обстановке (11).

Напуганные мыши возвращались домой независимо от того, был ли он безопасным или пугающим местом. Я подумал про своих пациентов, подвергавшихся насилию в семье, которые тоже раз за разом возвращались к родным, где их ждала очередная порция жестокости. Неужели травмированные люди обречены искать спасение в знакомом для них месте? Если это так, то можно ли им помочь привязаться к другим, безопасным и приятным местам и занятиям? (12)

Зависимость от травмы: боль от утешения и утешение от боли

Когда мы с моим коллегой Марком Гринбергом проводили терапевтические группы для ветеранов войны во Вьетнаме, нас поражало то, как многие из них, несмотря на весь пережитый ужас и скорбь, словно оживали, начиная говорить про свои подбитые вертолеты и умирающих товарищей (бывший журналист «New York Times» Крис Хеджес, освещавший ряд кровопролитных конфликтов, назвал свою книгу «Война – это сила, которая придает нам смысл» (13)). Многие травмированные люди словно стремятся ощутить то, что будет отталкивать большинство из нас (14), и пациенты зачастую жалуются на смутное ощущение

пустоты и скуки, наполняющее их, когда они не злятся, не подвержены насилию либо не занимаются чем-то опасным.

Моя пациентка Джулия была жестоко изнасилована под дулом пистолета в гостиничном номере, когда ей было шестнадцать. Вскоре после этого она связалась с грубым сутенером, который заставлял ее заниматься проституцией. Он постоянно ее избивал. Ее раз за разом арестовывала полиция за занятие проституцией, однако она всегда возвращалась к своему сутенеру. Наконец вмешались ее бабушка с дедушкой, оплатив курс интенсивной реабилитации. После успешно пройденного стационарного лечения она устроилась на работу администратором и начала ходить на курсы в местный колледж. В своей курсовой работе по социологии она написала про то, какую свободу может давать проституция, вдохновившись мемуарами нескольких известных проституток. Постепенно она забросила все остальные предметы. Непродолжительные отношения с одним из однокурсников быстро пошли наперекосяк – по ее словам, с ним было скучно до слез, а «от его семейных трусов ее воротило». Затем она повстречала в метро какого-то наркомана, который сначала ее избил, а затем начал преследовать. Когда ее в очередной раз сильно избили, она решила вновь вернуться к лечению.

У Фрейда был специальный термин для подобного воссоздания травматических переживаний: «тяга к повторению». Он полагал, что воссоздание болезненных событий прошлого было следствием подсознательного стремления обрести контроль над неприятной ситуацией и что тем самым можно решить проблему.

Эта теория так и не была подтверждена – повторения ведут только к еще большей боли и ненависти к себе. На самом деле даже если просто постоянно вспоминать про пережитую травму на сеансах психотерапии, то это может еще больше усилить заикленность на ней.

Мы с Марком Гринбергом решили больше разузнать про аттракторы – то, что нас притягивает, мотивирует нас, помогает почувствовать вкус к жизни. Обычно аттракторы призваны приносить удовольствие. Так почему же столь многие люди испытывают тягу к опасным или болезненным ситуациям? В конечном счете нам удалось найти исследование, объясняющее, как действия, связанные со страхом или болью, способны позже становиться волнующими переживаниями (15). В 1970-х Ричард Соломон из Пенсильванского университета

показал, что тело учится приспосабливаться к любым стимулам. Люди подсаживаются на наркотики, потому что они моментально приносят удовольствие, однако такие занятия, как париться в бане, бежать марафон или прыгать с парашютом, которые сначала приносят дискомфорт и даже вызывают ужас, в итоге порой начинают приносить огромное удовольствие. Это постепенное приспособление указывает на то, что в организме устанавливается новый химический баланс, в результате чего, скажем, марафонцы получают приятные ощущения, выкладываясь на пределе своих возможностей.

На этом этапе, в точности как это происходит с любой зависимостью, нас начинает тянуть к этому занятию, и мы испытываем синдром отмены, когда лишаемся его. По прошествии достаточно длительного времени людей уже больше заботят неприятные ощущения, связанные с синдромом отмены, чем само занятие. Эта теория объясняет, почему некоторые люди нанимают кого-то, чтобы их избили, либо прижигают свое тело сигаретами, или же испытывают влечение только к тем, кто приносит им страдания. Страх и отвращение порой самым извращенным образом трансформируются в удовольствие.

Соломон выдвинул предположение, что эндорфины[9 - Эндорфины – химические вещества, сходные с опиатами (морфиноподобные соединения). Они вырабатываются в нейронах головного мозга и способны уменьшать боль и влиять на эмоциональное состояние человека. – Прим. ред.] – морфиноподобные соединения, выделяемые мозгом в ответ на стресс, – играют определенную роль в описанных им парадоксальных зависимостях. Я снова вспомнил про его теорию, когда моя привычка ходить в библиотеку привела меня к работе под названием «Боль у мужчин, получивших ранение на войне», опубликованной в 1946 году. Заметив, что семьдесят пять процентов тяжело раненных на итальянском фронте солдат отказывались от морфина, хирург по имени Генри К. Бичер предположил, что «сильные эмоции способны блокировать боль» (16).

Имело ли наблюдение Бичера какое-то отношение к ПТСР? Марк Гринберг, Роджер Питмэн, Скотт Орт и я решили предложить восьмерым ветеранам войны во Вьетнаме пройти стандартный болевой тест во время просмотров сцен из различных фильмов. Первый показанный нами ролик был взят из наполненного жестокими сценами фильма Оливера Стоуна «Взвод» (1986). Пока они его смотрели, мы засекали время, в течение которого им удавалось продержать правую руку в ведре с ледяной водой. Затем мы повторили этот процесс, показав им фрагмент из спокойного (и давно позабытого) фильма. Семь из восьми

ветеранов продержали руку в ледяной воде на тридцать процентов времени дольше, когда смотрели «Взвод». Затем мы высчитали, что уровень болеутоления после просмотра пятнадцати минут фильма о боевых действиях соответствовал тому, который достигается путем введения восьми миллиграмм морфина – примерно столько же получает пациент в неотложной помощи при сильной давящей боли в груди.

Мы заключили, что Бичер был прав: «сильные эмоции способны блокировать боль» благодаря выделению морфиноподобного вещества, вырабатываемого мозгом. Это говорило о том, что для многих переживших травму людей повторный стресс, вероятно, приносит схожее облегчение от неконтролируемой тревоги (17). Это был любопытный эксперимент, однако он до конца не объяснял, почему Джулия раз за разом возвращалась к своему жестокому сутенеру.

Утешение мозга

Собрание АКНП в 1985 году заставило задуматься, если это вообще возможно, еще больше, чем предыдущее. Профессор Королевского колледжа Лондона Джефри Грей выступил с речью про миндалевидное тело – скопление нейронов в головном мозге, определяющее, воспринимать ли тот или иной звук, зрительный образ или телесное ощущение как потенциальную угрозу. Полученные Греем данные показали, что чувствительность миндалевидного тела зависела, как минимум частично, от уровня серотонина в этой части мозга. Животные с низким уровнем серотонина чрезвычайно активно реагировали на стрессовые воздействия (такие как громкий звук), в то время как высокий уровень серотонина заглушал эту реакцию, в результате чего они реже становились агрессивными или замирали в ответ на потенциальную опасность (18).

Этот результат сразу же показался мне крайне важным: мои пациенты постоянно взрывались в ответ на малейшую провокацию и начинали нервничать при малейшем отказе. Меня пленила идея о возможной роли серотонина в ПТСР. Другие исследования показали, что у доминантных самцов обезьян уровень серотонина в мозге значительно выше, чем у сородичей низшего ранга, однако их уровень серотонина падал, когда им не давали поддерживать зрительный контакт с обезьянами, над которыми они прежде властвовали. С другой стороны,

обезьяны, которым искусственно повышали уровень серотонина, брали на себя лидерство (19).

Социальное окружение влияет на химические процессы, происходящие в мозге. У обезьян, которых принудительно смещали на более низкую ступень в иерархии, уровень серотонина падал, в то время как химическая стимуляция выработки серотонина повышала ранг бывших подчиненных.

Значение этого исследования для переживших травму людей было очевидным. Подобно обезьянам в эксперименте Грея с низким уровнем серотонина, они проявляли повышенную активность, зачастую оказываясь не в состоянии справиться с различными социальными ситуациями. Если бы мы нашли способ увеличить уровень серотонина в мозге, то, возможно, решили бы сразу обе проблемы. На том же самом собрании 1985 года я узнал, что фармацевтические компании разрабатывали два новых продукта с именно таким действием, однако, так как они пока еще не были в свободном доступе, я принялся экспериментировать с пищевой добавкой под названием «L-триптофан», являющейся предшественником серотонина в организме (результаты были разочаровывающими). Один из разрабатываемых препаратов так на рынок и не попал. Вторым был флуоксетин [10 - Антидепрессант из группы ингибиторов обратного захвата серотонина. Другими словами, препарат не дает нейронам, выделяющим серотонин, его захватить, и, таким образом, серотонин дольше остается в синаптической щели (место контакта между двумя нейронами или между нейроном и другой клеткой), вызывая свои эффекты. Препарат принимают строго по назначению врача. - Прим. ред.], который, продаваемый под торговой маркой «Прозак», стал одним из самых успешных когда-либо созданных психоактивных лекарств.

В понедельник восьмого февраля 1988 года Прозак был выпущен фармацевтической компанией «Eli Lilly». Первым пациентом, которого я принял в тот день, была молодая девушка, подвергавшаяся ужасному насилию в детстве и теперь страдавшая от булимии – большую часть своей жизни она проводила, объедаясь, а затем очищая желудок. Я выписал ей этот новый препарат, и когда она вернулась в четверг, то сказала: «Последние несколько дней у меня прошли совсем иначе: я ела, когда была голодна, а все остальное время выполняла школьное домашнее задание». Это было одно из самых невероятных заявлений, которые я когда-либо слышал в своем кабинете.

В пятницу ко мне пришел еще один пациент, которому я назначил Прозак в понедельник. Это была страдающая от хронической депрессии мать двух детей школьного возраста, озабоченная своими неудачами в роли матери и жены, а также перегруженная ожиданиями родителей, которые с детства ею помыкали. Пропив Прозак в течение четырех дней, она попросила меня перенести прием, назначенный на следующий понедельник, на который выпадал Президентский день[11 - Федеральный праздник США, который празднуется каждый третий понедельник февраля. Посвящен должности Президента Соединенных Штатов Америки. Традиционно праздник приурочен к дню рождения Джорджа Вашингтона. - Прим. пер.]. «В конце концов, - объяснила она, - я так никогда и не брала своих детей кататься на лыжах - обычно этим занимается муж, - а у них в этот день в школе нет занятий. Было бы здорово оставить им приятные воспоминания о том, как мы вместе весело провели время». Это был пациент, которому каждый день давался с огромным трудом.

Когда прием подошел к концу, я позвонил одному знакомому из «Eli Lilly» и сказал: «Вы создали лекарство, которое помогает людям жить в настоящем, а не находиться в плену прошлого».

Позже компания выделила мне небольшой грант на исследование эффекта Прозака на шестидесяти четырех пациентах - двадцати двух женщинах и сорока двух мужчинах - с ПТСР. Это было первое исследование нового класса препаратов в лечении ПТСР. Сотрудники нашего Центра травмы собрали тридцать три добровольца, не являвшихся ветеранами, в то время как мои бывшие коллеги из клиники для ветеранов привлекли для участия в исследовании тридцать одного ветерана. На протяжении восьми недель половина людей в каждой группе принимала Прозак, в то время как вторая получала плацебо. Это было слепое исследование: ни мы, ни пациенты не знали, что именно они принимали, чтобы наша предвзятость не могла исказить результатов.

Все участники исследования - даже те, кто принимал плацебо, - пошли на поправку, во всяком случае в какой-то степени. В большинстве исследований пациентов с ПТСР эффект плацебо оказывает значительное влияние. Люди, которые набираются смелости, чтобы принять участие в исследовании, за которое им не платят, в ходе которого в них постоянно тычут иглами, при том, что лишь половина из них получает настоящее лекарство, по-настоящему

мотивированы решить свою проблему. Возможно, им становится лучше лишь от уделяемого им внимания, от возможности ответить на вопросы о своих мыслях и самочувствии. С другой стороны, возможно, что мамины «волшебные» поцелуи, от которых у ребенка не так болят ссадины, – точно такое же плацебо[12 - Препарат-«пустышка», используется для имитации лекарственного средства в исследованиях, чтобы оценить реальную эффективность исследуемого препарата. – Прим. ред.].

Для пациентов из Центра травмы эффект от Прозака оказался значительно выше, чем от плацебо. Они стали лучше спать: лучше контролировали свои эмоции и меньше переживали из-за своего прошлого, чем те, кто получал таблетки-пустышки (20). На ветеранов же Прозак, к нашему всеобщему удивлению, не оказал никакого эффекта – симптомы их ПТСР оставались без изменения. Такие же результаты были получены и в большинстве последующих клинических исследований лекарств на ветеранах: хотя у некоторых и наблюдались незначительные улучшения, большинству они не приносили никакой пользы. Мне так и не удалось объяснить этого явления, и я не могу согласиться с самым распространенным объяснением: люди не шли на поправку, чтобы не лишиться пенсии или пособия по инвалидности. В конце концов, миндалевидное тело понятия не имеет, что такое пенсия, – оно просто выявляет угрозу.

Как бы то ни было, такие препараты, как Прозак и родственные ему Золофт, Селекса, Симбалта и Паксил, внесли огромный вклад в лечение связанных с психологической травмой расстройств. В ходе нашего клинического исследования Прозака мы использовали тест Роршаха для оценки восприятия окружающего мира травмированными людьми. Полученные данные предоставили нам важную информацию о работе этого класса лекарств (официально именуемых селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, или СИОЗС). До приема Прозака реакция этих людей определялась их эмоциями. Я вспоминаю одну свою голландскую пациентку (не участвовавшую в исследовании Прозака), которая обратилась ко мне за лечением травмы, связанной с изнасилованием в детстве. Только услышав мой голландский акцент, она тут же решила, что я непременно ее изнасилую. Прозак кардинально все менял: он позволял пациентам с ПТСР адекватно смотреть на вещи (21) и помогал им обрести значительный контроль над собственными побуждениями. Должно быть, Джеффри Грей был прав: с повышением уровня серотонина многие пациенты становились менее подвержены бурным несоразмерным реакциям.

Триумф фармакологии

Вскоре фармакология произвела настоящую революцию в психиатрии. Лекарства позволили врачам более эффективно лечить пациентов, дополнив психотерапию. Кроме того, они приносили немалый доход и прибыль. Гранты, выдаваемые фармацевтическими компаниями, обеспечили нас лабораториями с передовым оборудованием, в которых усердно работали полные энергии студенты. Отделение психиатрии, прежде неизменно размещавшееся в подвалах больниц, стало постепенно подниматься вверх как с точки зрения расположения, так и престижности.

Одна из знаковых перемен той эпохи произошла в МЦПЗ, где в начале 1990-х больничный бассейн залили раствором, чтобы подготовить место для лаборатории, а баскетбольный зал разделили перегородками на секции для новой лечебной клиники. Десятилетиями врачи и пациенты плескались в бассейне и бросали мячи в зале. Во времена работы санитаром я часы напролет проводил с пациентами в спортзале. Здесь мы могли восстановить физическое самочувствие – это был настоящий оазис посреди страданий, с которыми мы ежедневно сталкивались. Теперь же все это превратилось в место, где пациентам «вправляли мозги».

Лекарственная революция со столь многообещающим началом в итоге принесла не меньше вреда, чем пользы. Теория того, что психические заболевания становятся следствием нарушения химического баланса в мозге, который можно исправить специальными препаратами, получила широкое признание как в медицинских кругах, так и в СМИ, и среди общественности (22).

Во многих клиниках лекарства полностью заменили психотерапию, позволив пациентам подавлять их проблемы, не разбираясь с их первопричиной. Антидепрессанты были способны кардинально изменить повседневную жизнь пациентов, и если выбирать между снотворным и ежедневным пьянством до беспомыслия с целью хоть немного поспать, то решение очевидно.

Людам, уставшим от попыток справиться самостоятельно с помощью йоги, спортзала или же просто терпения и силы воли, лекарства принесли спасительное облегчение. И сегодня СИОЗС эффективно помогают пережившим травму людям выбраться из плена собственных эмоций, однако они должны рассматриваться лишь как вспомогательное средство в комплексной терапии (23).

Проведя ряд исследований эффективности различных препаратов в лечении ПТСР, я пришел к выводу, что у них имеются и свои серьезные минусы, такие как способность отвлечь внимание от решения первоочередной проблемы. Первопричина в болезни мозга перекладывает контроль над судьбой из рук пациентов на плечи врачей и страховых компаний, которые берут на себя ответственность в решении их проблем.

За последние тридцать лет психотропные препараты стали оплотом нашей культуры, причем с весьма сомнительными последствиями. Возьмем антидепрессанты. Будь они действительно такими эффективными, как нас заставили поверить, депрессия должна была стать незначительной проблемой современного общества. Вместо этого, хотя антидепрессанты и принимает все большее количество людей, уровень госпитализаций по причине депрессии так и не снизился. За последние двадцать лет количество проходящих лечение от депрессии пациентов утроилось, и теперь каждый десятый американец принимает антидепрессанты (24).

Антипсихотические препараты нового поколения, такие как Абилиф, Риспердал, Зипрекса и Сероквель, стали самыми продаваемыми лекарствами в США. В 2012 году люди потратили 1 528 228 000 долларов на Абилиф – больше, чем на какой-либо другой препарат.

Третье место занял антидепрессант Симбалта, таблеток которого было продано больше чем на миллиард долларов, хотя ни одно исследование не показало его превосходства над предыдущими группами антидепрессантов, вроде Прозака, для которых доступны более дешевые аналоги. Государственная программа медицинской помощи для бедных Medicaid расходует на антипсихотические препараты больше денег, чем на какую-либо другую группу лекарств (26). В 2008 году – ближайший год, по которому имеется полная информация, – в рамках программы было выделено 3,6 миллиарда долларов на

антипсихотические препараты, в то время как в 1999-м этот показатель составлял 1,65 миллиарда. Количество людей младше двадцати лет, получающих за счет государства антипсихотические препараты, утроилось в период между 1999 и 2008 годами. Четвертого ноября 2013 года компания «Johnson & Johnson» согласилась заплатить 2,2 миллиарда долларов штрафов, чтобы урегулировать иск из-за ненадлежащей рекламы препарата Риспердал для приема взрослыми, детьми и людьми с пороками развития (27). Вместе с тем врачей, которые выписывали этот препарат, к ответу никто призывать не собирается.

В настоящий момент в США полмиллиона детей принимают антипсихотические препараты. Дети из семей с низким доходом в четыре раза чаще получают эти лекарства, чем дети с частной медицинской страховкой. Эти препараты частенько используются, чтобы сделать более податливыми и сговорчивыми беспризорников и детей, которые подверглись насилию.

В 2008 году 19 045 детям в возрасте до пяти лет в рамках Medicaid были выписаны антипсихотические средства (28). Одно исследование, основываясь на данных Medicaid по тринадцати штатам, обнаружило, что 12,4 процента детей, живущих у приемных родителей, получают антипсихотические препараты, в то время как среди всех детей, попадающих под программу Medicaid, этот показатель составляет всего 1,4 процента (29). Эти лекарства делают детей менее агрессивными и более послушными, однако также они оказывают влияние и на их мотивацию, игривость и любознательность, необходимые для того, чтобы вырасти полноценными членами общества. Кроме того, принимающие их дети подвержены повышенному риску развития тяжелого ожирения и диабета. Тем временем количество случаев передозировки лекарствами, связанные с одновременным употреблением антипсихотических и обезболивающих препаратов, неуклонно растет (30).

Так как продажа лекарств стала невероятно прибыльным бизнесом, ведущие медицинские журналы редко публикуют исследования немедикаментозных методов лечения психических проблем (31). Врачей, применяющих такие типы лечения, как правило, клеймят за приверженность к «альтернативной» медицине. На исследования немедикаментозных способов лечения деньги выделяются, лишь когда в них используется так называемые «пошаговые протоколы», позволяющие четко подстраиваться под потребности пациентов.

Официальная медицина твердо привержена идее сделать жизнь лучше с помощью химии и редко когда рассматривает другие способы изменения психики и внутреннего равновесия человека.

Адаптация или болезнь?

В теории болезней мозга упускаются из виду четыре фундаментальные истины: (1) наша способность истреблять друг друга сопоставима с нашей способностью к взаимному исцелению. Важнейшую роль в восстановлении здоровья играет восстановление социальных связей и отношений с близкими; (2) язык дает нам возможность менять себя и окружающих, делаясь своим опытом; он помогает нам формулировать наши знания и находить здравый смысл; (3) мы способны управлять своей собственной психикой, включая так называемые произвольные функции мозга и тела, с помощью таких простых вещей, как дыхание, движение и прикосновение; и (4) мы можем менять социальные условия, создавая такую среду, в которой дети и взрослые будут чувствовать себя в безопасности и смогут нормально жить и развиваться.

Игнорируя эти фундаментальные грани человеческой сущности, мы лишаем людей возможности исцеления травмы и восстановления самоконтроля. Когда люди становятся пациентами, не принимающими активного участия в своем лечебном процессе, они отделяются от своего окружения, равно как и своего внутреннего самосознания. Учитывая ограниченные возможности лекарств, я стал раздумывать над поисками более естественных способов помочь людям справляться со своими посттравматическими реакциями.

Глава 3. Заглядывая в мозг: нейробиологическая революция

Если бы можно было видеть сквозь черепную крышку и если бы место больших полушарий с оптимальной возбудимостью светилось, то мы увидели бы на думающем сознательном человеке, как по его большим полушариям передвигается постоянно изменяющееся по форме и величине причудливо неправильных очертаний светлое пятно, окруженное на всем остальном

пространстве полушарий более или менее значительной тенью.

Иван Павлов[13 - Точная цитата из работы «Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных», с. 17. - Прим. пер.]

Можно многое заметить, всего лишь глядя.

Йоги Берра

В начале 1990-х новейшие методики визуализации мозга открыли невиданные возможности для подробного изучения механизмов обработки информации мозгом. Огромные аппараты стоимостью миллионы долларов, в которых использовались последние достижения физики и компьютерных технологий, быстро превратили нейробиологию в одну из самых популярных исследовательских областей.

Прежние технологии измерения уровня химических веществ, таких как серотонин, позволили ученым понять, что обеспечивало нейронную активность – а это все равно что пытаться понять работу двигателя автомобиля, изучая бензин. Методы визуализации мозга предоставили возможность заглянуть внутрь двигателя, изменив наше представление о психологической травме.

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)[14 - Метод исследования, основанный на способности радиоактивного изотопа накапливаться в тканях, обладающих большой метаболической активностью. Человеку внутривенно вводится вещество – радиоактивный изотоп, после чего через определенное время с помощью рентгеновского излучения (компьютерной томографии) оценивается, где и в каком количестве накопился введенный препарат. – Прим. ред.] вместе с появившейся позже функциональной магнитно-резонансной томографией (фМРТ)[15 - Разновидность МРТ, которая проводится для оценки изменений в токах крови, вызванных нейронной активностью головного и спинного мозга. Когда определенная область мозга активна, приток крови к этой области увеличивается. – Прим. ред.] позволили ученым визуализировать процесс активации различных участков мозга, когда люди выполняют определенные действия либо вспоминают какие-то события из прошлого. Впервые в истории мы смогли наблюдать, как мозг обрабатывает воспоминания,

ощущения и эмоции, и начать составлять карту нейронных контуров разума и сознания.

Гарвардская медицинская школа была и остается на передовой нейробиологической революции. В 1994 году молодого психиатра Скотта Рауча назначили первым директором Лаборатории визуализации мозга при Массачусетской многопрофильной больнице. Рассмотрев самые важные вопросы, на которые могли дать ответ эти новые технологии, а также ознакомившись с некоторыми моими статьями, Скотт предложил мне заняться совместным исследованием того, что происходит в мозге у людей в момент живых болезненных воспоминаний.

Я только что закончил исследование воспоминаний о травме (о котором мы поговорим в двенадцатой главе), участники которого раз за разом рассказывали мне, сколько неприятностей им доставляли навязчивые образы, ощущения и звуки из прошлого. Когда некоторые сказали, что хотели бы узнать, что происходит с их мозгом во время этих болезненных воспоминаний, я предложил восьмерым из них вернуться в клинику, чтобы пройти томографию (это была совершенно новая процедура, которую я в мельчайших подробностях описал), в то время как мы будем специально воссоздавать преследующие их ужасные события прошлого. К моему удивлению, все восемь дали согласие, а многие выразили надежду, что полученные нами с помощью их переживаний данные смогут помочь другим людям.

Моя помощница Рита Фислер, работавшая с нами до поступления в Гарвардскую медицинскую школу, побеседовала с каждым из участников, чтобы составить подробный сценарий, пошагово повторяющий пережитую им травму. Мы целенаправленно стремились собрать лишь отдельные фрагменты их переживаний – определенные образы, звуки и чувства, – а не всю историю целиком, потому что именно так люди ощущают свою травму. Рита также попросила участников описать ситуацию, в которой они чувствовали себя в безопасности и знали, что все контролируют. Одна женщина описала свои утренние сборы; другой участник чувствовал себя спокойно, когда сидел на крыльце своего деревенского дома в Вермонте, любясь холмами. Мы собирались использовать эти сценарии для второй томограммы, чтобы использовать ее в качестве точки отсчета.

Когда участники проверили написанные для них сценарии (читая их про себя, чтобы не спровоцировать реакцию раньше времени) на точность, Рита записала им кассеты со своей речью, которые должны были проигрываться, пока участники будут находиться в томографе. Типичный сценарий звучал следующим образом:

Вам шесть лет, и вы собираетесь ложиться спать. Вы слышите, как мать с отцом кричат друг на друга. Вы напуганы, и у вас внутри все сжалось. Вы стоите вместе с младшим братом и сестрой, прижавшись друг к другу, вверху лестницы. Вы заглядываете через перила и видите, что ваш отец держит вашу мать за руки, а она отчаянно вырывается. Ваша мама плачет, плюется и шипит, словно животное. У вас заливается краской лицо, вы чувствуете нахлынувший жар. Освободившись, ваша мать убегает в столовую, где разбивает очень дорогую китайскую вазу. Вы кричите, чтобы они перестали, но они не слушают. Ваша мать убегает наверх, и вы слышите, как она разбивает телевизор. Ваши младшие брат с сестрой пытаются спрятать ее в чулане. Вы слышите удары, и вас начинает трясти.

Перед этим первым этапом мы объяснили участникам назначение радиоактивного кислорода, которым они должны были дышать. По мере того как метаболическая активность той или иной части мозга возрастает или падает, ее уровень потребления кислорода мгновенно меняется, и именно эти изменения и отслеживает томограф. В ходе процедуры мы также собирались отслеживать их кровяное давление и пульс, чтобы потом сопоставить эти физиологические признаки с измеренной активностью мозга.

Несколько дней спустя участники пришли в кабинет томографии. Первым участником была Марша – сорокалетняя школьная учительница из пригорода Бостона. Ее сценарий возвращал ее на тринадцать лет назад, в тот день, когда она забрала свою пятилетнюю дочку Мелиссу из летнего лагеря. Когда они отъехали, Марша услышала настойчивое пиканье, указывающее на то, что ремень безопасности Мелиссы был застегнут не до конца. Нагнувшись, чтобы поправить ремень, Марша не заметила, как проехала на красный. В ее машину справа врезалась другая, мгновенно убив ее дочь. В «Скорой» по дороге в больницу также погиб и семимесячный плод, вынашиваемый Маршей.

За одну ночь Марша из жизнерадостной женщины, которая всегда была душой компании, превратилась в подавленного человека, которого преследовало угнетающее чувство вины. Она перестала преподавать и перешла в школьную

администрацию, потому что работать с детьми напрямую для нее было невыносимо – как и для многих пациентов, потерявших детей, их радостный смех провоцировал у нее бурную реакцию. Тем не менее каждый день, даже когда она пряталась за своими бумагами, давался ей с огромным трудом. В тщетной попытке сдержать свои чувства она стала работать по ночам.

Я стоял рядом с томографом, в то время как Марша проходила эту процедуру, и следил за ее физиологическими реакциями на мониторе. Как только мы включили кассету, ее пульс подскочил, а кровяное давление подпрыгнуло. Прослушивание этой записи спровоцировало у нее ту же реакцию, что и во время самой аварии тринадцать лет назад. Когда запись подошла к концу и у Марши нормализовались пульс и давление, мы включили второй сценарий, в котором описывалось, как она встает с кровати и идет чистить зубы. На этот раз ее пульс и давление остались без изменений.

А. Правая лимбическая область

Б. Зрительная кора

В. Зона Брока

Изображение мозга в процессе переживания травмы. Светлые пятна в лимбической коре (А) и зрительной коре (Б) соответствуют повышенной активности мозга в этих участках. На снимке (В) видна значительно пониженная активность речевого центра мозга.

Выйдя из томографа, Марша выглядела разбитой, вымотанной и была в полном оцепенении. Ее дыхание было поверхностным, глаза широко открыты, а голова втянута в плечи – сама беспомощность и незащитность. Мы попытались утешить ее, однако я уже стал сомневаться, будут ли полученные нами данные стоить перенесенного ею стресса.

Когда через эту процедуру прошли все восемь участников, Скотт Рауч вместе со своими математиками и статистиками взялся за создание составного снимка, по которому можно было бы наглядно сравнить активность мозга в нейтральном состоянии и в момент появления неприятных воспоминаний. Несколько недель спустя он отправил мне результаты, которые вы видите выше. Я приклеил эти снимки на дверцу своего холодильника в кухне и на протяжении следующих нескольких месяцев каждый вечер их разглядывал. Должно быть, именно так чувствовали себя первые астрономы, взглянув через телескоп на неизученное звездное скопление.

На снимках были некоторые сбивающие с толку точки и цвета, однако самая яркая область активации мозга – большое красное пятно в правом нижнем центре мозга, известном как лимбическая область, или эмоциональный мозг, – никакого удивления не вызвала. Мы уже знали, что сильные эмоции активируют лимбическую систему, в особенности участок внутри нее, известный как миндалевидное тело.

Миндалевидное тело предупреждает нас о надвигающейся опасности, активируя стрессовую реакцию организма. Наше исследование явно показало, что у переживших травму людей определенные образы, звуки или мысли, связанные с их конкретными переживаниями, миндалевидное тело начинает бить тревогу – даже, как это было в случае с Маршей, спустя тринадцать лет после самого происшествия.

Активация этого центра страха влечет за собой выброс гормонов стресса и передачу нервных импульсов, которые повышают кровяное давление, пульс и уровень потребления кислорода – тем самым подготавливая тело к тому, чтобы бить или бежать (1). Мониторы, прилепленные к рукам Марши, зарегистрировали это состояние бешеного возбуждения, хотя она на протяжении всей процедуры прекрасно отдавала себе отчет в том, что лежит в томографе, где ей ничего не угрожает.

Немой ужас

Больше всего из полученных нами результатов нас поразила белая точка в левой фронтальной доле коры, так называемой зоне Брока. В данном случае изменение цвета означает значительный спад активности в этой области мозга.

Зона Брока – это один из речевых центров мозга, который зачастую бывает затронут у людей, перенесших инсульт, когда этот участок оказывается отрезан от кровотока. Без нормально функционирующей зоны Брока человек неспособен выражать словами свои мысли и чувства. Наши снимки показали, что при активации болезненных воспоминаний зона Брока отключалась.

Другими словами, перед нами было наглядное доказательство того, что последствия психологической травмы могут совпадать с последствиями физических повреждений, таких как инсульты, либо иметь с ними что-то общее.

Любая травма лишает дара речи. Шекспир метко изобразил данное состояние безмолвного ужаса в «Макбете», когда обнаруживают тело убитого короля: «О ужас, ужас! Сердце и язык понять не могут и назвать!» (перевод Анны Радловой. – Прим. пер.). В экстремальных условиях люди выкрикивают непристойности, зовут своих матерей, воют от ужаса либо же просто замыкаются в себе. Жертвы нападений и несчастных происшествий сидят в безмолвном оцепенении в отделении неотложной помощи, пережившие травму дети «теряют дар речи» и отказываются разговаривать. На фотографиях можно увидеть солдат с ввалившимся глазами, молча смотрящих куда-то в пустоту.

Даже годы спустя пережившим травму людям зачастую тяжело рассказывать другим о произошедшем с ними. Их тело заново переживает весь ужас, гнев и беспомощность, а вместе с ними позыв бить или бежать, однако все эти чувства им оказывается практически невозможно выразить. Психологическая травма по своей природе выбивает нас из колеи, лишая способности внятно выразить свои мысли.

Это не означает, что люди не могут говорить про приключившуюся с ними трагедию. Рано или поздно все пережившие травму люди, подобно ветеранам из первой главы, придумывают, как многие из них любят ее называть, «легенду», хоть как-то объясняющую их симптомы и поступки общественности. Невероятно сложно составить на основе чьих-то болезненных переживаний связный рассказ, у которого есть начало, середина и конец. С подобными проблемами сталкиваются даже матерые журналисты: так, знаменитый корреспондент CBS Эдвард Марроу с трудом подбирал слова, описывая увиденные им ужасы, когда в 1945 году освобождали нацистский концентрационный лагерь Бухенвальд: «Прошу, поверьте тому, что я рассказал. Я сообщил про то, что видел и слышал, но только часть из этого. Потому что для всего остального у меня попросту нет слов».

Когда слова подводят, центральное место в переживаниях занимают навязчивые образы, которые впоследствии преследуют нас в виде ночных кошмаров и болезненных живых воспоминаний. Если у наших участников отключалась зона Брока, то другой участок мозга под названием поле Бродмана 19[16 - Поля Бродмана - отделы коры больших полушарий головного мозга, отличающихся по строению на клеточном уровне. Выделяют 52 поля, каждое из которых выполняет определенную функцию. Например, поле 44, оно же центр Брока, отвечает за речь. В то время как поле 19 отвечает за оценку значения увиденного. - Прим. ред.]

Конец ознакомительного фрагмента.

notes

Примечания

Здесь и далее под словом «травма» подразумевается психотравмирующая ситуация. – Прим. ред.

2

Авторский термин. Вероятно, имеются в виду структуры головного мозга, которые участвуют в формировании чувства тревоги. – Прим. ред.

3

4 июля – национальный американский праздник в честь принятия Декларации независимости США в 1776 году, празднование сопровождается фейерверками, семейными пикниками и барбекю, ярмарками и т. д. – Прим. пер.

4

«Солдат удачи», если дословно, но на самом деле просто «наемник». – Прим. пер.

5

Операция немецких войск на Западном фронте в ходе Второй мировой войны. – Прим. ред.

6

Нейронная сеть, состоящая из элементов двух основных типов – возбуждающих и тормозных нейронов, – соединенных строго определенным образом. По сути, это структурные элементы нервной системы, подобно микросхеме в электроприборе. – Прим. ред.

7

Фрустрация – психическое состояние, возникающее в ситуации несоответствия желаний имеющимся возможностям. – Прим. ред.

8

Битва в Хюртгенском лесу – серия ожесточенных боев между американскими и германскими войсками во время Второй мировой войны в лесу Хюртген, ставших самым длинным сражением на немецкой земле во Второй мировой войне и самым длинным из всех сражений, в котором когда-либо участвовала армия США. – Прим. пер.

9

Эндорфины – химические вещества, сходные с опиатами (морфиноподобные соединения). Они вырабатываются в нейронах головного мозга и способны уменьшать боль и влиять на эмоциональное состояние человека. – Прим. ред.

10

Антидепрессант из группы ингибиторов обратного захвата серотонина. Другими словами, препарат не дает нейронам, выделяющим серотонин, его захватить, и, таким образом, серотонин дольше остается в синаптической щели (место контакта между двумя нейронами или между нейроном и другой клеткой), вызывая свои эффекты. Препарат принимают строго по назначению врача. – Прим. ред.

11

Федеральный праздник США, который празднуется каждый третий понедельник февраля. Посвящен должности Президента Соединенных Штатов Америки. Традиционно праздник приурочен к дню рождения Джорджа Вашингтона. – Прим. пер.

12

Препарат-«пустышка», используется для имитации лекарственного средства в исследованиях, чтобы оценить реальную эффективность исследуемого препарата. – Прим. ред.

13

Точная цитата из работы «Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных», с. 17. – Прим. пер.

14

Метод исследования, основанный на способности радиоактивного изотопа накапливаться в тканях, обладающих большой метаболической активностью. Человеку внутривенно вводится вещество – радиоактивный изотоп, после чего через определенное время с помощью рентгеновского излучения (компьютерной томографии) оценивается, где и в каком количестве накопился введенный препарат. – Прим. ред.

15

Разновидность МРТ, которая проводится для оценки изменений в токах крови, вызванных нейронной активностью головного и спинного мозга. Когда определенная область мозга активна, приток крови к этой области увеличивается. – Прим. ред.

16

Поля Бродмана – отделы коры больших полушарий головного мозга, отличающихся по строению на клеточном уровне. Выделяют 52 поля, каждое из которых выполняет определенную функцию. Например, поле 44, оно же центр Брока, отвечает за речь. В то время как поле 19 отвечает за оценку значения увиденного. – Прим. ред.

Купить: https://telnovel.me/ru/van-der-kolk_bessel/telo-pomnit-vse-kakuyu-rol-psihologicheskaya-travma-igraet-v-zhizni-cheloveka-i-kakie-tehniki-pomogayut-ee-preodolet

Текст предоставлен ООО «ИТ»

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию: [Купить](#)