

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 подвергнулся 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

столкнувшись 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], 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], 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] 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] 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 беспамьятства 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 заставала 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 удастся 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].

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 застревшими 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], 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], 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 жизнь, 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 ранил 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 злосчастливого 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 невыносимое, 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 удастся 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] 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 подробнее 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 аномального

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 ягодиц 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] – 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 продержаться правой рукой 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], 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]. «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 результаты.

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].

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 больничные 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 беспамятства с целью хоть немного поспать, то решение очевидно.

Людям, 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 принимают 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 стоворчивыми 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, делясь 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 справиться 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]

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] вместе с появившейся позже функциональной магнитно-резонансной томографией (фМРТ) [15] 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 заливаётся 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 беззащитность. 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 выразить 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] в этот момент активировался. Эта область зрительной коры регистрирует образы, когда они впервые попадают в мозг. Мы были удивлены увидеть активацию этой области спустя столь долгое время после изначально пережитой травмы. Обычно необработанные образы, зарегистрированные в поле 19, быстро распределяются по остальным участкам мозга, которые пытаются осмыслить увиденное. Опять-таки, мы стали свидетелями того, как участок мозга зажигается, словно человек переживает свою психологическую травму прямо сейчас.

Как мы с вами увидим в двенадцатой главе, посвященной работе памяти, другие необработанные сенсорные фрагменты травмы, такие как звуки, запахи и физические ощущения, также регистрируются отдельно от самой истории. Схожие ощущения зачастую провоцируют яркие воспоминания, вызывая их в сознании, казалось бы, совершенно неизменными, несмотря на все прошедшее время.

Сдвиг в одну сторону мозга

Снимки также показали, что во время этих живых болезненных воспоминаний у наших подопытных активировалась лишь правая часть мозга. В настоящий момент имеется множество научной и популярной литературы на тему различий между правым и левым полушарием. В начале девяностых мне доводилось слышать, что кто-то начал делить мир на людей с развитым левым (преобладает рациональное мышление, логика) и правым (интуиция, творческие способности) полушариями, однако тогда я не придавал этой идее особого значения. Тем не менее наши снимки явно демонстрировали, что образы о пережитой травме активируют правое полушарие мозга, отключая при этом левое.

Теперь нам известно, что эти две половинки человеческого мозга действительно говорят на разных языках. Правая часть сосредоточена на интуиции, эмоциях, зрении, восприятии пространства и тактильных ощущениях, в то время как левая отвечает за речь, аналитические способности и последовательность мышления. Если левое полушарие отвечает

за разговоры, то правое проигрывает в себе наши переживания. Она взаимодействует через выражения лица и язык тела, а также воспроизводя звуки любви и ужаса: через пение, крики, танцы или подражание. Правое полушарие первым развивается в утробе, и оно отвечает за невербальное общение между матерью и младенцем. Известно, что левое полушарие подключается, когда ребенок начинает понимать чужую речь и учится говорить сам. Это позволяет ему называть предметы, сравнивать их между собой, понимать их взаимосвязь, а также начать передавать свои собственные уникальные, субъективные ощущения окружающим.

Левое и правое полушария нашего мозга также совершенно по-разному обрабатывают и воспоминания (2).

Левое полушарие помнит факты, цифры и слова, связанные со случившимися событиями. Мы обращаемся к нему, чтобы объяснить наши переживания и систематизировать их. В правом полушарии же хранится информация о связанных с ними звуках, прикосновениях, запахах и эмоциях. Оно автоматически реагирует на голоса, черты лица, жесты и места, с которыми мы сталкивались в прошлом.

То, что оно вспоминает, кажется нам интуитивной правдой – реальным положением вещей. Даже когда мы перечисляем достоинства своей возлюбленной, другу, наши чувства могут особенно сильно расшевелиться от того, что ее лицо напоминает нам нашу тетю, которую мы так любили в четыре года (3).

При обычных обстоятельствах обе половинки мозга работают более-менее слаженно, даже у людей, про которых можно сказать, что у них одно полушарие преобладает над другим. Когда же одна из половин отключается, пускай даже временно, либо полностью отделяется (как это порой происходило в первых операциях на мозге), то последствия становятся весьма удручающими.

Отключение левого полушария напрямую отражается на способности выстраивать переживания в логические последовательности, а также выразить словами наши меняющиеся чувства и восприятие (зона Брока, темнеющая в момент ярких болезненных воспоминаний, находится именно слева). Лишившись последовательности мышления, мы больше не можем определить причину и следствие, осознать долгосрочные последствия наших действий либо создать четкий план действий на будущее. Сильно расстроенные люди порой говорят, что «теряют рассудок». Если же выразиться формальным языком, то они испытывают утрату исполнительных функций мозга.

Когда травмированным людям что-то напоминает о прошлом, их правое полушарие реагирует так, словно породившее психологическую травму событие происходит прямо сейчас. Так как работа левого полушария при этом подавляется, то они могут и не понять, что заново ощущают и повторно переживают прошлое, – они просто впадают в бешенство, ужас, сторают от стыда либо впадают в оцепенение. Когда эмоциональная буря проходит, они порой начинают искать виноватого. Они так себя повели, потому что ты опоздал на десять минут, либо потому что ты сжег картофель на плите, либо потому что ты «никогда меня не слушаешь». Разумеется, большинство из нас

делали нечто подобное, однако когда мы успокаиваемся, то можем – хочется на это надеяться – признать свою неправоту. Травма же мешает подобному осознанию, и наши дальнейшие исследования показали, почему так происходит.

Застрававшие в режиме «бей или беги»

Произошедшее с Маршей в томографе постепенно стало обретать смысл. Спустя тринадцать лет после ее личной трагедии мы заново активировали ощущения – звуки и образы, связанные с аварией, – которые хранились в ее памяти. Когда эти ощущения вырвались наружу, они активировали тревожную систему, из-за чего она стала вести себя так, словно снова оказалась в больнице в тот момент, когда сообщили о гибели дочери. Тринадцать лет, прошедшие с того дня, были мгновенно стерты. Резкий скачок пульса и давления отражал ее физиологическое состояние безумного ужаса.

Адреналин – один из гормонов, которые играют решающую роль в активации реакции «бей или беги» перед лицом опасности. Именно всплеск адреналина обуславливал резкое учащение пульса и повышение кровяного давления у наших участников, когда они слышали рассказ о пережитой ими травме. В нормальных условиях люди реагируют на угрозу кратковременным скачком уровня гормонов стресса. Как только угроза проходит, уровень гормонов стресса снижается и организм возвращается к нормальному режиму работы. У людей же, переживших травму, уровни гормонов стресса нормализуются гораздо дольше, а при малейшем стрессе подскакивают быстро и непропорционально сильно. Губительные последствия хронически повышенного уровня гормонов стресса включают проблемы с памятью и вниманием, повышенную раздражительность и расстройства сна. Они также способствуют и долгосрочным проблемам со здоровьем, в зависимости от того, какая система организма особенно уязвима у конкретного человека.

Мы также знаем теперь, что существует и другая возможная реакция на стресс, которую наши томографы пока не в состоянии измерить. Некоторые люди попросту уходят от проблемы: их организм регистрирует угрозу, однако их сознание продолжает функционировать так, словно ничего не случилось. Тем не менее, хотя разум и способен научиться игнорировать послания эмоционального мозга, тревожные сигналы при этом не прекращаются. Эмоциональный мозг продолжает трудиться, а гормоны стресса продолжают посылать сигналы мышцам, чтобы они напряглись для активных действий либо замерли. Внутренние органы и дальше продолжают испытывать на себе негативные эффекты, пока, наконец, это не выражается в физической болезни, требующей медицинского внимания. Лекарства, наркотики и спиртное тоже способны временно заглушить или даже стереть невыносимые ощущения и чувства. Тело между тем все помнит.

То, что случилось с Маршей в томографе, можно интерпретировать с разных точек зрения, выбирая соответствующее лечение. Мы можем сосредоточиться на явно выраженных нейрохимических и физиологических нарушениях, сделав вывод, что она страдает от биохимического дисбаланса, активирующегося каждый раз, когда она вспоминает об аварии. Затем мы можем подобрать препарат или сочетание препаратов, которые заглушат эту реакцию либо, в

идеальном случае, восстановят химический баланс. Основываясь на полученных нами снимках, некоторые из моих коллег в МЦПЗ начали изучать препараты, понижающие реакцию людей на повышенный уровень адреналина.

С другой стороны, мы можем смело сказать, что у Марши повышенная чувствительность к ее воспоминаниям о прошлом и что идеальным лечением будет одна из форм психотерапии под названием десенсибилизация (4). Систематически проигрывая подробности полученной ею травмы вместе с психотерапевтом, можно добиться полного подавления ее биологических реакций, чтобы она смогла научиться различать прошлое и настоящее, а не переживать раз за разом одни и те же эмоции.

На протяжении ста, если не больше, лет каждый учебник по психологии и психотерапии твердил, что разобраться с неприятными чувствами можно путем их обсуждения. Тем не менее, как мы с вами видели, этому мешают связанные с травмой переживания.

Как бы много мы о себе и о своей проблеме ни знали, рациональный мозг попросту неспособен убедить эмоциональный мозг в несостоятельности его собственной реальности.

Меня не перестает поражать, насколько тяжело людям, прошедшим через невыносимое, передать суть своих переживаний. Им гораздо проще говорить о том, что с ними сделали – как они стали жертвой и возжелали мести, чем осознать, прочувствовать и выразить словами реальность своих внутренних переживаний.

Наши снимки показали, насколько устойчивым является их страх, а также как различные аспекты повседневной жизни способны его пробуждать. Они не смогли включить свои переживания в непрерывный поток собственной жизни. Они продолжили быть «там», не зная, как находиться «здесь» – жить полной жизнью в настоящем.

Спустя три года после нашего исследования Марша пришла ко мне уже в качестве пациента. Мне удалось помочь ей с помощью методики под названием десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ), которой посвящена пятнадцатая глава.

Часть II. Что травма делает с мозгом

Глава 4. Спасайся как можешь: анатомия выживания

До появления мозга во Вселенной не было ни цветов, ни звуков, равно как не было вкусов и ароматов, чувств или эмоций. До появления мозга Вселенная также не знала ни боли, ни тревоги.

Роджер Сперри (1)

Одиннадцатого сентября 2001 года пятилетний Ноам Саул, смотря из окна своей школы PS 234 (P.S. 234 Independence School. – Прим. ред.), стал свидетелем того, как первый из четырех пассажирских самолетов врезался в Мировой торговый центр. Он был менее чем в 500 метрах от места трагедии. Ноам и его одноклассники бегом спустились вместе с учителем в фойе, где их встретили родители, незадолго до этого привезшие своих детей в школу. Он, его старший брат и отец были тремя из десятков тысяч людей, спасавшимися со всех ног сквозь руины, пепел и дым, наполнившие тем утром нижний Манхэттен.

Десять дней спустя я навестил его семью, с которой дружил, и в тот вечер мы с его родителями прогулялись в жутком мраке рядом со все еще дымящейся ямой, где прежде стояла Первая башня, пробираясь среди спасательных бригад, работающих круглосуточно под ослепительным светом прожекторов. Когда мы вернулись домой, Ноам все еще не спал, и он показал мне свой рисунок, сделанный им в девять утра двенадцатого сентября. На нем было нарисовано то, что он видел днем ранее: врезающийся в башню самолет, огненный шар, пожарные и прыгающие из окон башни люди. Внизу рисунка, однако, он изобразил нечто другое: черный круг у подножия здания. Я понятия не имел, что это, так что спросил у него. «Это батут», – ответил он. Что же там делал батут? Ноам объяснил: «Чтобы в следующий раз, когда людям придется прыгать, они не пострадали». Я был потрясен: этот пятилетний мальчик, ставший свидетелем невообразимого переполоха и катастрофы всего за сутки до того, как сделал этот рисунок, использовал свое воображение, чтобы пережить увиденное и продолжить жить своей жизнью.

Ноаму повезло. Никто из его родных не пострадал, он вырос окруженным любовью, и ему удалось понять, что увиденная им трагедия подошла к концу. Во время катастрофы маленькие дети обычно ориентируются на своих родителей. Если они остаются спокойными и реагируют на их потребности, то дети зачастую переживают ужасные происшествия без серьезных психологических травм.

Рисунок пятилетнего Ноама, сделанный им после того, как он стал свидетелем атаки на Мировой торговый центр одиннадцатого сентября. Он воспроизвел зрительный образ, преследовавший столь многих выживших – людей, прыгающих из окон, чтобы спастись от пламени, – однако сделал одно спасительное дополнение: батут у подножия падающего здания.

История Ноама наглядно демонстрирует две важнейших составляющих адаптационной реакции на угрозу, необходимой человеку для выживания. Когда произошла катастрофа, он был в состоянии взять на себя активную роль, убежав от угрозы, тем самым позаботившись о собственном спасении. И когда он добрался до безопасного места – своего дома, – то сигналы тревоги в его мозге и теле замолкли. Это освободило его разум, предоставив ему возможность как-то осмыслить случившееся и даже придумать изобретательную альтернативу увиденному – спасительный батут.

В отличие от Ноама травмированные люди застревают на месте, прекращая свое развитие, так как оказываются не в состоянии найти место новым переживаниям в своей жизни. Я был чрезвычайно тронут, когда ветераны из армии Паттона подарили мне на Рождество военные часы времен Второй мировой войны, однако это было грустное напоминание о годе, когда их жизни, по сути, остановились: 1944. Травмированные люди продолжают организовывать свою жизнь так, как если бы травма продолжалась – постоянно и без изменений, – словно каждое новое знакомство или событие запятнаны прошлым.

После полученной психологической травмы человек воспринимает окружающий мир с совершенно новой нервной системой. Всю свою энергию он теперь тратит на подавление внутреннего хаоса, жертвуя непринужденной вовлеченностью в собственную жизнь.

Эти попытки поддерживать контроль над невыносимыми физиологическими реакциями могут приводить к целому ряду физических симптомов, включая фибромиалгию, хроническую усталость и различные аутоиммунные заболевания. Это объясняет, почему так важно вовлекать в лечение психологической травмы весь организм, тело, разум и мозг.

Психологическая травма затрагивает весь человеческий организм – тело, разум и мозг. При ПТСР тело продолжает защищаться от опасности, которая давно миновала. Для лечения ПТСР необходимо положить конец этой непрекращающейся стрессовой реакции и восстановить нормальный режим работы организма, дать ему понять, что ему ничего не угрожает.

Созданы для выживания

Рисунок на странице 62 демонстрирует, как все тело реагирует на угрозу.

Когда тревожная система мозга включается, она автоматически активирует план физического спасения в древних (с эволюционной точки зрения. – Прим.

пер.) частях мозга. Как и у других животных, нервы и химические вещества, составляющие основу нашего мозга, напрямую связаны с нашим телом. Когда древний мозг берет бразды правления, он частично отключает высший мозг, где сосредоточено наше сознание, побуждая тело бежать, прятаться, биться или, как это иногда бывает, замереть. Когда мы полностью осознаем сложившуюся ситуацию, наше тело уже может быть в движении. Если реакция «бей, беги или замри» прошла успешно и нам удалось избежать опасности, то мы восстанавливаем свое внутреннее равновесие и постепенно «приходим в чувство».

Активные действия и обездвиженность. Активные действия (результат реакции «бей или беги») позволяют избежать угрозы. Будучи же обездвиженным, тело остается в состоянии неотвратимого шока и приобретенной беспомощности [17]. Столкнувшись с опасностью, люди начинают автоматически вырабатывать гормоны стресса, которые помогают сопротивляться и спастись. Мозг и тело запрограммированы бежать в безопасное место, где выделение гормонов стресса прекращается. У этих привязанных к носилкам людей, которых эвакуировали далеко от дома после урагана «Катрина», уровни гормонов стресса остались повышенными, и они обернулись против них, способствуя непрекращающемуся страху, депрессии, гневу и физическим недомоганиям.

Если что-то мешает нормальной реакции – например, когда людей удерживают, они оказываются в ловушке, либо по какой-то другой причине не могут предпринимать активные действия, будь то война, автомобильная авария, домашнее насилие или изнасилование – мозг продолжает стимулировать выработку гормонов стресса, а нейронные контуры и дальше впустую активируются (2). Когда событие уже давно миновало, мозг может и дальше продолжать посылать телу сигналы, чтобы оно спасалось от угрозы, которой давно не существует. Как минимум с 1889 года, когда французский психолог Пьер Жане опубликовал первую в научной литературе историю про травматический стресс (3), известно, что пережившие травму люди склонны «продолжать те же действия, или, скорее, предпринимать те же (тщетные) попытки к действиям, что и в момент происшествия». Способность двигаться и делать что-либо для собственной защиты – важнейший фактор, определяющий, оставит ли ужасное событие после себя психологическую травму.

В данной главе мы подробнее поговорим про то, как человеческий мозг реагирует на травму. Чем больше нейробиология изучает устройство мозга, тем больше мы понимаем, что он представляет собой обширную сеть взаимосвязанных частей, созданных таким образом, чтобы помогать нам выживать и процветать. Понимание слаженной работы этих частей необходимо, чтобы разобраться, как психологическая травма воздействует на весь человеческий организм, а также найти способ побороть посттравматический стресс.

Мозг снизу-вверх

Самая важная задача мозга – обеспечивать наше выживание даже в самых ужасных условиях. Все остальное вторично. Чтобы эту задачу выполнять, мозгу нужно: 1) сгенерировать внутренние сигналы, регистрирующие потребности нашего тела, такие как еда, отдых, защита, секс и кров; 2) создать карту окружающего мира, чтобы указать нам, где эти потребности можно удовлетворить; 3) сгенерировать необходимую энергию и действия, необходимые, чтобы туда добраться; 4) предупреждать нас об опасностях и благоприятных возможностях по пути; и 5) корректировать наши действия, основываясь на текущих требованиях (4). А так как люди являются млекопитающими – существами, способными выживать лишь группами, для всех этих первостепенных задач требуются координация и взаимодействие.

Психологические проблемы возникают, когда наши внутренние сигналы не срабатывают, когда наши карты ведут нас в ошибочном направлении, когда мы не в состоянии двигаться, когда наши действия не отвечают нашим потребностям либо когда распадаются наши отношения. Каждая структура мозга, которую я рассмотрю, играет определенную роль в выполнении этих важнейших функций, и, как мы увидим, психологическая травма способна оказывать влияние на каждую из них.

Наш рациональный, когнитивный мозг [18] является самой молодой частью мозга и занимает лишь порядка тридцати процентов внутреннего пространства черепной коробки. Рациональный мозг главным образом сосредоточен на мире вокруг нас: он разбирается, как устроены вещи и люди, придумывает способы достижения наших целей, управляет нашим временем, упорядочивает наши действия. Под рациональным мозгом находятся два более древних с эволюционной точки зрения и в определенной степени отдельных мозга [19], ответственных за все остальное: посекундное отслеживание физиологии нашего тела и управление ею, а также идентификацию комфорта, безопасности, угрозы, голода, усталости, желания, возбуждения, удовольствия и боли.

Мозг построен снизу-вверх. Он развивается слой за слоем у каждого ребенка в материнской утробе, в точности как это происходило в ходе эволюции. Самой примитивной частью, включенной уже в момент нашего рождения, является древний животный мозг, который зачастую называют рептильным мозгом. Он расположен в стволе мозга, прямо над тем местом, где наш спинной мозг входит в череп. Рептильный мозг ответственен за все, что способны делать новорожденные: есть, спать, просыпаться, плакать, дышать; чувствовать температуру, голод, влагу и боль, а также избавлять организм от токсинов путем испражнения и мочеиспускания. Ствол мозга и гипоталамус (находящийся прямо над ним) совместно контролируют запасы энергии тела. Они координируют работу сердца и легких, а также эндокринную и иммунную системы, обеспечивая поддержание относительно стабильного внутреннего баланса этих систем, известного как гомеостаз.

Дыхание, употребление пищи, сон, испражнение и мочеиспускание являются настолько фундаментальными функциями, что их запросто можно упустить из

виду, рассматривая хитросплетения разума и поведения. Тем не менее, когда нарушается сон или работа кишечника, либо постоянно мучает голод, или же от прикосновения хочется кричать (как это часто бывает с травмированными детьми и взрослыми), внутренний баланс организма нарушается.

Удивительно, насколько много психологических проблем включают проблемы со сном, аппетитом, осязанием, пищеварением и сексуальным возбуждением. Эти основные функции содержания нашего организма непременно должны затрагиваться в рамках любого эффективного лечения психологической травмы.

Прямо над рептильным мозгом находится лимбическая система. Ее также называют мозгом млекопитающего, так как он имеется у всех животных, собирающихся в группы и выращивающих свое потомство. Развитие этой части мозга по-настоящему начинается уже после рождения ребенка. Она отвечает за эмоции, отслеживает опасность, определяет, что приносит удовольствие или пугает, что важно для выживания, а что нет. Кроме того, это центральный пункт управления, помогающий справляться со сложностями жизни в рамках наших запутанных социальных связей.

Лимбическая система меняется под воздействием пережитого опыта, а также под влиянием набора генов и врожденного темперамента младенца. (Как это быстро замечают все родители, у которых больше одного ребенка, дети с рождения отличаются своими реакциями на одни и те же события и их интенсивностью.) Все происходящее с ребенком вносит свой вклад в развитие эмоциональной и перцептивной (то есть связанной с восприятием. – Прим. пер.) карты мира, создаваемой развивающимся мозгом. Как это объясняет мой коллега Брюс Перри, формирование мозга «определяется его использованием» (5). Это еще один способ описать нейропластичность – относительно новое открытие, согласно которому совместно возбуждающиеся нейроны связываются между собой. Когда какой-то нейронный контур раз за разом возбуждается, он может стать стандартной настройкой – наиболее вероятной реакцией. Если вы чувствуете себя в безопасности и любимым, ваш мозг начинает специализироваться на познании мира, активной деятельности и взаимодействии; когда же вы боитесь и чувствуете себя нежеланным, он специализируется на управлении страхом и чувством одиночества.

В детстве мы изучаем окружающий мир, двигаясь, хватая и ползая. Мы открываем для себя, что происходит, когда мы плачем, смеемся или протестуем. Мы постоянно экспериментируем со своим окружением – как наши взаимодействия изменяют ощущения нашего тела? Достаточно прийти в гости к кому-нибудь, у кого есть маленькие дети, и вы увидите, как двухлетняя Кимберли будет с вами взаимодействовать, играть, флиртовать, и речь ей для этого совершенно не нужна. Этот ранний опыт познания мира формирует лимбические структуры, отвечающие за эмоции и память, однако эти структуры могут подвергаться значительным изменениям и в будущей жизни: к лучшему за счет близкой дружбы или чудесной первой любви, например, или же к худшему из-за пережитого жестокого нападения, постоянных издевательств или пренебрежения.

Вместе рептильный мозг и лимбическая система образуют, как я его буду называть на страницах этой книги, «эмоциональный мозг» (6). Он находится

в самом сердце нашей центральной нервной системы, и его главной задачей является забота о вашем благополучии.

Когда эмоциональный мозг замечает опасность или благоприятную возможность – такую, как многообещающего потенциального партнера, – он ставит вас в известность, выделяя порцию гормонов. Появившиеся в результате внутренние ощущения (от легкой тошноты до чувства паники в груди) отвлекают ваш мозг от того, на чем он в данный момент сосредоточен, вынуждая вас начать двигаться – как физически, так и мысленно – в другом направлении.

Даже в своих самых слабых проявлениях эти ощущения оказывают огромное влияние как на незначительные, так и на важные решения, принимаемые нами на протяжении жизни: вкусовые предпочтения; с кем мы хотим спать, какая нам нравится музыка, любим ли мы возиться в саду или петь в хоре, а также с кем мы хотим дружить, а кого ненавидим.

По своей клеточной структуре и биохимии эмоциональный мозг устроен значительно проще, чем неокортекс, наш рациональный мозг, и он обрабатывает поступающую информацию более глобально. Как результат, он приходит к заключениям, основываясь на приблизительных сходствах, в отличие от нашего рационального мозга, который изучает сложный набор возможных вариантов (классический пример – когда человек отпрыгивает в ужасе, увидев змею, лишь потом понимая, что это лишь сложенный кольцами канат). Эмоциональный мозг запускает в действие заранее заданные программы спасения – такие, как реакция «бей или беги». Эти мышечные и физиологические реакции являются автоматическими, активируются без какого-либо сознательного участия с вашей стороны, и наш рациональный разум вступает в дело уже потом, зачастую после того, как угроза миновала.

Наконец мы добрались до самого верхнего слоя нашего мозга – неокортекса, или новой коры. Этот слой имеется у всех млекопитающих, однако у людей он гораздо толще. На втором году жизни лобные доли, на которые приходится большая часть нашей коры, начинают ускоренными темпами развиваться. Древние философы называли семь лет «сознательным возрастом». Первый класс для нас – это прелюдия к нашей дальнейшей жизни, когда все сосредоточено вокруг способностей лобной доли: сидеть прямо, не ходить в туалет где попало, использовать слова вместо действий, понимать абстрактные и символические идеи, планировать завтрашний день, а также ладить с учителями и одноклассниками.

Лобные доли ответственны за качества, которые выделяют нас среди всего животного царства (7). Они позволяют нам использовать речь и абстрактное мышление. Они дают нам возможность воспринимать и усваивать огромные объемы информации и придавать ей смысл. Как бы мы ни восторгались лингвистическими достижениями шимпанзе и макак-резусов, лишь люди способны управлять словами и символами, необходимыми для создания общественного, духовного и исторического контекста, определяющего нашу жизнь.

Лобные доли позволяют нам планировать и размышлять, воображать и проигрывать в голове будущие сценарии. Они помогают нам предсказывать,

что произойдет, если мы что-то сделаем (например, сменим работу) или не сделаем (например, пропустим оплату аренды за квартиру).

Они дают нам возможность выбора и лежат в основе нашей невероятной изобретательности. Поколения лобных долей своим усердным трудом создали культуру, которая привела нас от выдолбленных из дерева каноэ, лошадиных повозок и писем к реактивным самолетам, гибридным автомобилям и электронной почте. Они также подарили нам и придуманный Ноамом спасительный батут.

Себя как в зеркале я вижу: Межличностная нейробиология

В лобных долях, играющих важнейшую роль в понимании психологической травмы, также сосредоточена и эмпатия – наша способность «прочувствовать» другого человека. Одно из по-настоящему сенсационных открытий в современной нейробиологии произошло в 1994 году, когда по счастливой случайности группа итальянских ученых обнаружила специализированные клетки коры головного мозга, названные впоследствии зеркальными нейронами (8). Исследователи подключили электроды к отдельным нейронам премоторной коры, после чего настроили компьютер отслеживать, какие именно нейроны возбуждаются, когда обезьяна берет арахис или хватает банан. В какой-то момент один из экспериментаторов взглянул на экран компьютера, параллельно складывая в коробку сухой корм. Мозг обезьяны активировался в том самом месте, где располагались нейроны, отвечающие за моторные команды. Сама обезьяна при этом, однако, не ела и не двигалась. Она просто наблюдала за ученым, и ее мозг косвенно повторял его действия.

Вскоре по всему миру посыпалась волна подобных экспериментов, и вскоре стало очевидно, что зеркальные нейроны объясняют многие прежде необъяснимые аспекты работы разума, такие как эмпатия, подражание, синхронность и даже развитие речи. Один писатель сравнил зеркальные нейроны с «нейронным вай-фаем» (9) – мы улавливаем не только движения другого человека, но и его эмоциональное состояние, а также намерения. Синхронизованные друг с другом люди склонны стоять или сидеть похожим образом и даже говорить в одном ритме. Наши зеркальные нейроны, однако, также делают нас и уязвимыми к чужому негативу, из-за чего мы злимся в ответ на гнев других людей либо поддаемся их депрессии. Позже в этой книге мы еще поговорим про зеркальные нейроны, так как психологическая травма практически неизбежно связана с нарушением их работы. Лечение должно быть направлено на восстановление способности уверенно «зеркалить» других и быть «отзеркаленным» другими, а также препятствовать поглощению чужих негативных эмоций.

Триединый (трехсоставной) мозг. Мозг развивается снизу-вверх. Рептильный мозг развивается в утробе и управляет основными функциями

жизнеобеспечения. Он чрезвычайно активно реагирует на угрозу на протяжении всей нашей жизни. Лимбическая система выстраивается главным образом в течение первых шести лет жизни, однако продолжает изменяться в зависимости от того, как используется. Психологическая травма способна оказать значительное влияние на ее работу в течение жизни. Последней развивается префронтальная кора, которая также страдает при травме – помимо прочего она теряет возможность отсеивать лишнюю информацию. В течение жизни она подвержена отключению в ответ на угрозу.

Каждый, кому доводилось заниматься людьми с повреждениями мозга, либо заботиться о страдающих от деменции родителей, узнал на своем собственном горьком опыте, что нормальная работа лобных долей необходима для гармоничных взаимоотношений с окружающими. Осознание того, что другие люди могут думать и чувствовать иначе, чем мы, – это огромный шаг в развитии для двух- и трехлетних детей. Они учатся понимать мотивы других людей, чтобы иметь возможность адаптироваться и оставаться в безопасности в группе с другим восприятием, ожиданиями и ценностями. Без гибких, активных лобных долей люди действуют машинально, по привычке, и их отношения становятся поверхностными и однообразными. Изобретательность и инициатива, радость открытий и изумления – все это становится им чуждо.

Наши лобные доли также способны (иногда, но не всегда) останавливать нас от постыдных или способных причинить вред другим поступков. У нас нет необходимости есть каждый раз, когда мы чувствуем голод, целовать каждого, кто пробуждает наше желание, либо срываться при малейшей злости. Именно на этой границе между импульсивным и приемлемым поведением и начинается большинство наших проблем. Чем интенсивней примитивные, сенсорные сигналы эмоционального мозга, тем сложнее рациональному мозгу их заглушить.

Выявление опасности: повар и дымовой датчик

Опасность является естественной составляющей жизни, и задачей мозга является ее обнаружение и реакция на нее. Сенсорная информация об окружающем мире поступает через глаза, нос, уши и кожу. Эти ощущения сливаются в таламусе – области внутри лимбической системы, выступающей в роли «повара» внутри мозга. Таламус перемешивает все входные сигналы нашего восприятия в однородный автобиографический суп – интегрированное, связанное восприятие «того, что происходит со мной сейчас» (10). Эти ощущения затем передаются по двум направлениям – вниз к миндалевидному телу – двум маленьким структурам в форме зернышка миндаля, расположенного глубоко в лимбическом, бессознательном мозге, и вверх в лобные доли, где они достигают нашего сознания. Нейробиолог Джозеф Леду называет путь к миндалевидному телу «нижним» – сигналы по нему проходят чрезвычайно быстро, а путь к лобной коре – «верхним». Сигналы по верхнему пути проходят на несколько миллисекунд дольше, что в разгар серьезной опасности является существенной задержкой. Процесс обработки информации таламусом, однако, может дать сбой. Зрительные образы, звуки, запахи и осязательные ощущения кодируются при этом отдельно друг от друга, и

нормальный процесс формирования памяти нарушается. Время замирает, и текущая опасность воспринимается так, словно она никогда не закончится.

Эмоциональный мозг первым интерпретирует входящую информацию. Сенсорная информация об окружающем мире и состоянии тела, получаемая через глаза, уши, кожу, нос и т. д., объединяется в таламусе, где она обрабатывается, а затем передается миндалевидному телу для определения ее эмоциональной значимости. Это происходит молниеносно. В случае обнаружения угрозы миндалевидное тело посылает сигналы гипоталамусу на выделение гормонов стресса с целью защиты от этой угрозы. Нейробиолог Джозеф Леду называет это «нижним путем». Второй нейронный путь, верхний, проходит от таламуса, через гиппокамп и переднюю поясную кору, к префронтальной коре, нашему рациональному мозгу, для осознанной и более точной интерпретации. Сигналы по нему проходят на несколько микросекунд дольше. Если миндалевидное тело слишком настойчиво интерпретирует угрозу и/или фильтрующая система высшего мозга слишком слабая, как это часто наблюдается при ПТСР, люди теряют контроль над своими автоматическими реакциями на чрезвычайные ситуации, такими как затянувшееся чувство страха или агрессии.

Главной функцией миндалевидного тела, которое я называю дымовым датчиком мозга, является определение того, важна ли поступающая информация для вашего выживания (11). Оно делает это быстро и автоматически, с помощью обратной связи от гипоталамуса, близлежащей структуры, устанавливающей связь между новой информацией и прежним опытом. Когда миндалевидное тело чувствует угрозу – опасность удара со встречной машиной, подозрительного человека на улице, – оно тут же посылает сообщение в гипоталамус и ствол мозга, чтобы система гормонов стресса и вегетативная нервная система занялись управлением реакции всего тела. Так как миндалевидное тело обрабатывает получаемую от таламуса информацию быстрее, чем лобные доли, оно принимает решение, представляет ли поступающая информация угрозу для нашего выживания еще до того, как мы осознаем наличие опасности. К тому времени, как мы понимаем, что происходит, наше тело может быть уже в движении.

Сигналы об опасности, поступающие из миндалевидного тела, провоцируют выброс мощных гормонов стресса, включая кортизол и адреналин, которые повышают частоту сердцебиения и дыхания, а также кровяное давление, готовя нас к тому, чтобы дать отпор или убежать. Когда опасность остается позади, организм достаточно быстро возвращается в свое нормальное состояние. Когда же этот обратный процесс оказывается невозможен, тело входит в режим самозащиты, из-за чего люди испытывают повышенное возбуждение.

Если обычно дымовой датчик хорошо справляется с обнаружением опасности, то психологическая травма увеличивает риск неправильного ее определения. Даже малейшая ошибка в истолковании их поведения может привести к мучительному недопониманию в отношениях как дома, так и на работе.

А чтобы ладить с другими людьми, вам нужно уметь четко определять, чисты ли их намерения. Для эффективной деятельности в сложной рабочей обстановке или дома с неугомонными детьми необходима способность быстро оценивать чувства людей, постоянно корректируя в зависимости от них свое поведение. Неисправная тревожная система приводит к приступам ярости или замыканию в себе в ответ на безобидные комментарии или выражения лица.

Управление стрессовой реакцией: сторожевая башня

Если миндалевидное тело является дымовым датчиком мозга, то лобные доли – в особенности медиальную префронтальную кору (МПФК) (12), расположенную прямо над нашими глазами, – можно сравнить со сторожевой башней, с высоты которой хорошо просматривается вся округа. О чем говорит дым, который вы почувствовали: что у вас дома пожар и вам нужно побыстрее оттуда выбираться или же что у вас просто подгорело мясо на сковороде? Миндалевидное тело подобных суждений не выносит; оно просто готовит вас к тому, чтобы давать отпор или спасаться бегством, еще до того, как лобные доли успеют во всем разобраться. Если вы не слишком взволнованы, ваши лобные доли способны восстановить ваш внутренний баланс, дав вам понять, что тревога ложная и стрессовую реакцию можно отменить.

Сверху-вниз или снизу-вверх. Структуры эмоционального мозга решают, что следует воспринимать как опасность. Существует два пути изменения системы обнаружения угрозы: сверху-вниз, меняя сообщения от медиальной префронтальной коры (именно медиальной, а не просто префронтальной коры), либо снизу-вверх, через рептильный мозг, с помощью дыхания, движений и прикосновений.

Обычно исполнительные функции префронтальной коры позволяют людям наблюдать за происходящим, предсказывать, что случится, если они предпримут определенные действия, и делать сознательный выбор. Способность спокойно и беспристрастно парить над собственными мыслями, чувствами и эмоциями (в данной книге я буду называть эту способность самоосознанностью), не торопясь как-либо реагировать, позволяет нашему исполнительному мозгу подавлять, систематизировать и модулировать автоматические реакции, запрограммированные в эмоциональном мозге. Эта способность играет решающую роль для сохранения наших отношений с другими людьми.

Пока наши лобные доли работают должным образом, мы вряд ли станем выходить из себя каждый раз, когда официант запаздывает с нашим заказом или страховой агент ставит наш звонок на удержание (наши сторожевые башни также дают нам понять, что злость и угрозы других людей определяются их

эмоциональным состоянием). Когда эта система выходит из строя, мы уподобляемся животным с выработанным условным рефлексом: только заметив опасность, мы тут же автоматически переходим в режим «бей или беги».

При ПТСР критически важный баланс между миндалевидным телом (дымовой датчик) и МПФК (сторожевая башня) сильно смещается, из-за чего контролировать эмоции и побуждения становится гораздо сложнее. Визуализация мозга людей в состоянии сильного эмоционального волнения показала, что сильный страх, грусть и злость увеличивают активность подкорковых областей мозга, отвечающих за эмоции, при этом значительно подавляя деятельность различных участков в лобных долях, в особенности – в МПФК. Когда это происходит, лобные доли теряют свою способность к подавлению эмоций и люди «теряют рассудок». Они могут начать вздрагивать от страха при любом громком звуке, выходить из себя из-за малейшего недовольства либо замирать, когда к ним кто-то прикасается (13).

Чтобы эффективно справляться со стрессом, необходимо достигнуть баланса между дымовым датчиком и сторожевой башней. Если вы хотите лучше контролировать свои эмоции, то ваш мозг предоставляет вам два варианта: вы можете научиться регулировать их сверху-вниз или снизу-вверх.

Знание разницы между регулированием сверху-вниз и снизу-вверх является ключевым для понимания и лечения травматического стресса. Регулирование сверху-вниз состоит в укреплении способности сторожевой башни отслеживать ощущения вашего тела. С этим могут помочь осознанная медитация и йога. Регулирование снизу-вверх включает перенастройку вегетативной нервной системы (которая, как мы уже видели, берет начало в стволе мозга). Мы можем достучаться до вегетативной нервной системы с помощью дыхания, движений или прикосновений. Дыхание – это одна из немногих функций организма, находящихся одновременно под осознанным и бессознательным контролем. В пятой части этой книги мы рассмотрим конкретные методики для регулирования как сверху-вниз, так и снизу-вверх.

Всадник и лошадь

Пока что мне хотелось бы подчеркнуть, что эмоции не противопоставляются рациональному разуму; наши эмоции приписывают значение пережитому опыту, тем самым являясь основой разума. Наш личный опыт является продуктом баланса между нашим эмоциональным и рациональным мозгом. Когда эти две системы в балансе, мы «чувствуем себя самими собой». Тем не менее, когда на кону наше выживание, эти системы могут работать относительно независимо.

Если, скажем, вы ведете машину, параллельно беседуя с приятелем, как вдруг краем глаза замечаете встречный грузовик, то вы мгновенно прекратите разговор, ударите по тормозам и повернете руль, чтобы избежать столкновения. Если ваши инстинктивные действия спасут вас от аварии, вы

сможете вернуться в прежнее состояние. Получится ли это у вас, зависит во многом от того, как быстро утихают ваши внутренние реакции на угрозу.

Нейробиолог Пол Маклин, разработавший использованную мной трехсоставную модель мозга, сравнил взаимодействие между рациональным и эмоциональным мозгом с более-менее опытным всадником и его непослушной лошадей (14).

В спокойную погоду и на ровной дороге всадник чувствует свой полный контроль над лошадью, однако из-за неожиданного звука или угрозы со стороны других животных лошадь может понести, и всаднику придется держаться изо всех сил, чтобы выжить. Точно так же, когда люди чувствуют, что на кону их жизнь, либо охвачены гневом, непреодолимым порывом, страхом или сексуальным желанием, они перестают слышать голос разума, и нет никакого смысла что-либо им доказывать.

Когда лимбическая система решает, что перед человеком вопрос жизни и смерти, нейронные пути между лобными долями и лимбической системой резко теряют свою силу.

Психологи, как правило, помогают людям контролировать свое поведение путем понимания происходящего с ними. Нейробиологические исследования, однако, показывают, что лишь совсем немногие психологические проблемы являются следствием проблем с пониманием: большинство рождаются под давлением расположенных в глубине мозга участков, управляющих нашим восприятием и вниманием. Когда эмоциональный мозг неугомонно трубит сигнал тревоги, сообщая вам об опасности, никакое понимание не поможет его заглушить. Я вспоминаю комедию, в которой главный герой проходит программу управления гневом. Сорвавшись уже семь раз, он превозносит достоинства изученных им методик: «Они чудесные и прекрасно работают – но только пока уж совсем не разозлишься».

Когда между рациональным и эмоциональным мозгом возникает конфликт (как, например, когда мы злимся на любимого человека, напуганы тем, от кого зависим, либо вождедем кого-то недоступного), начинается перетягивание каната. Эта борьба за власть разворачивается главным образом на театре ваших внутренних ощущений – вашем кишечнике, сердце, легких – и приводит как к физическому дискомфорту, так и психологическим страданиям. В шестой главе мы поговорим о том, как мозг и наши внутренности взаимодействуют в безопасности и при угрозе, что является ключом к пониманию многих физических проявлений психологической травмы.

В завершение этой главы мне хотелось бы рассмотреть еще два снимка мозга, демонстрирующих некоторые важнейшие особенности травматического стресса: постоянные повторные переживания, повторяющиеся образы, звуки и эмоции, а также диссоциация.

Как травма повлияла на мозг Стена и Уте

Погожим сентябрьским утром 1999 года Стен и Уте Лоуренс, семейная пара за сорок, отправились из своего дома в Лондоне, провинция Онтарио, на деловую встречу в Детройте. На полпути они наткнулись на стену густого дыма, и видимость за долю секунды упала до нуля. Стен немедленно ударил по тормозам, остановившись на обочине трассы, чудом разминувшись с огромным грузовиком. Он пронесся мимо багажника их автомобиля; ехавшие позади фургоны и машины врезались в них и друг в друга. Людей, выбежавших из машин, сбивали на ходу. Оглушительные столкновения все продолжались – казалось, каждый новый удар сзади станет для них смертельным. Стен и Уте оказались заблокированы в тринадцатой по счету из восьмидесяти семи столкнувшихся машин – это была самая ужасная дорожная катастрофа в истории Канады (15).

Затем наступила зловещая тишина. Стен пытался открыть двери и окна, однако врезавшийся в их багажник грузовик зажал их машину. Внезапно кто-то принялся долбить по крыше их автомобиля. Девушка кричала: «Вытащите меня отсюда – я горю!» Не в состоянии ничего сделать, они смотрели, как она умирает в пожираемой огнем машине.

Не успели они и глазом моргнуть, как у них на капоте оказался водитель грузовика с огнетушителем в руках. Он разбил лобовое стекло, чтобы их освободить, и Стен выбрался наружу. Обернувшись, чтобы помочь жене, он увидел Уте сидящей в оцепенении на своем сиденье. Стен и водитель грузовика вытащили ее наружу, после чего их увезла «Скорая». Если не считать пары порезов, они в итоге никак физически не пострадали.

Когда они вернулись в тот вечер домой, ни Стен, ни Уте спать не хотелось. Им казалось, что если они расслабятся, то умрут. Они были раздражительными, дергаными и нервными. Той ночью, как и многими последующими, они выпили много вина, чтобы заглушить свой страх. Они не могли избавиться от преследующих их навязчивых образов и вопросов: что, если бы они вышли из дома раньше? Что, если бы они не остановились на заправке? После трех месяцев таких мучений они обратились за помощью к доктору Рут Ланиус, психиатру из Университета Западного Онтарио.

Доктор Ланиус, которая несколькими годами ранее была моим студентом в Центре травмы, сказала Стену и Уте, что перед началом лечения хочет сделать им фМРТ, которая измеряет активность нейронов, отслеживая изменения кровотока в мозге, и в отличие от ПЭТ не подвергает пациентов воздействию радиации. Доктор Ланиус проводила исследование по тому же протоколу со сценариями, что мы использовали в Гарварде, – она постаралась охватить зрительные образы, звуки, запахи и другие ощущения, которые испытывали Стен и Уте в заблокированной машине.

Стен лег в томограф первым, и у него сразу же начались живые болезненные воспоминания, как это было с Маршей во время нашего гарвардского исследования. Он выбрался из томографа весь в поту, его сердце колотилось, а давление было запредельным. «Точно так же я чувствовал себя в момент аварии, – сообщил он. – Я был уверен, что умру, и ничего не мог поделать, чтобы спастись». Вместо того чтобы воспринимать аварию как нечто, случившееся тремя месяцами ранее, Стен заново ее переживал.

Диссоциация и повторное переживание

В диссоциации состоит суть психологической травмы. Всепоглощающие переживания распадаются на отдельные фрагменты, в результате чего эмоции, звуки, образы, мысли и физические ощущения, связанные с травмой, начинают жить собственной жизнью. Сенсорные фрагменты воспоминаний вторгаются в настоящее, где человек заново их переживает. Пока психологическая травма сохраняется, гормоны стресса, выделяемые организмом для самозащиты, продолжают по нему циркулировать, и защитные движения вместе с эмоциональными реакциями раз за разом повторяются. В отличие от Стена, однако, многие люди не понимают взаимосвязи между их «безумными» ощущениями и реакциями и заново переживаемыми событиями, повлекшими травму. Они понятия не имеют, почему реагируют на малейшее раздражение так, словно их собираются уничтожить.

В каком-то смысле живые болезненные воспоминания и повторные переживания хуже самой травмы. У повлекшего психологическую травму события есть начало и конец. У людей же с ПТСР яркие болезненные воспоминания о случившемся могут нахлынуть в любой момент, как во сне, так и наяву. Неизвестно, когда они произойдут в следующий раз и сколько они будут длиться.

Люди, страдающие от таких всплесков болезненных воспоминаний, зачастую выстраивают свою жизнь с единственной целью: защититься от них. Они могут, поддавшись импульсу, отправиться в спортзал, чтобы потягать железо (в итоге обнаружив, что им не хватает для этого силы), накачиваются до беспамятства наркотиками либо пытаются выработать у себя иллюзорное чувство контроля в крайне опасных ситуациях (таких, как гонки на мотоциклах, банджи-джампинг или работа водителем «Скорой»). Постоянно бороться с невидимой опасностью крайне утомительно, из-за чего они постоянно уставшие, подавленные и измотанные.

Когда какие-то элементы перенесенной травмы повторяются снова и снова, из-за сопровождающих их гормонов стресса эти воспоминания еще сильнее врезаются в разум. Обычные повседневные события начинают привлекать все меньше и меньше. Из-за неспособности полностью погружаться в происходящее вокруг люди с ПТСР оказываются не в состоянии жить на полную. Им все сложнее чувствовать радости и трудности обычной жизни, сложнее концентрироваться на текущих задачах. Из-за неспособности ощущать полноту жизни в настоящем они все сильнее застревают в прошлом.

Спровоцированные реакции проявляются по-разному. Ветераны порой реагируют на малейший стимул – например, кочку на дороге или играющих на улице детей – так, словно они снова на войне. Ими мгновенно овладевают страх, ярость или оцепенение. Люди, перенесшие в детстве сексуальное насилие, могут подавлять собственную сексуальность и испытывать глубочайший стыд, когда они возбуждаются от ощущений или образов, напоминающих об их соvrщении, даже если эти ощущения являются естественным удовольствием, связанным с определенными частями тела. Когда перенесших травму людей

вынуждают говорить о случившемся, у кого-то может подскочить давление, в то время как другой отреагирует приступом мигрени. Третий может и вовсе эмоционально замкнуться, не чувствуя никаких явных изменений. Тем не менее в лаборатории мы без труда регистрируем их учащенное сердцебиение, а также бушующие по всему телу гормоны стресса.

Спровоцированные травмой реакции иррациональны и, как правило, не поддаются контролю. Из-за сильных и едва контролируемых позывов и эмоций люди чувствуют себя сумасшедшими – им кажется, что они не от мира сего.

Отсутствие каких-либо чувств и эмоций на днях рождения или после смерти близких приводит к тому, что люди чувствуют себя какими-то монстрами. Как результат, преобладающей эмоцией становится стыд, а основной заботой – сокрытие правды.

Они редко когда осознают причину своего отчуждения. Тут в дело и вступает психотерапия – она помогает прочувствовать вызванные психологической травмой эмоции, начать наблюдать за собой в текущем моменте времени. Тем не менее суть в том, что меняется система мозга, отвечающая за восприятие угрозы, и физические реакции людей определяются воспоминаниями.

Травма, которая началась «где-то там», начинает проигрываться в их собственном теле, как правило, без осознания связи между произошедшим тогда и происходящим внутри прямо сейчас. Проблема не столько в том, чтобы принять случившиеся ужасные вещи, сколько в том, чтобы обрести контроль над собственными внутренними ощущениями и эмоциями. Первый шаг к выздоровлению – это научиться чувствовать, называть и выявлять то, что происходит у человека внутри.

Перегрузка дымового датчика. Визуализация мозга в момент ярких болезненных воспоминаний с помощью фМРТ. Обратите внимание, насколько больше активности происходит справа, чем слева.

Снимок мозга Стена показал его болезненные воспоминания в действии. Вот как выглядит мозг в момент повторного переживания травмы: ярко подсвеченная область в правом нижнем углу, отключенная левая половина, а также четыре симметричных белых пятна вокруг центра (вы должны узнать подсвеченное миндалевидное тело и отключенную левую сторону мозга из гарвардского исследования, описанного в третьей главе). Миндалевидное тело Стена не различало между собой прошлое и настоящее. Оно возбуждалось так, как если бы автомобильная авария происходила прямо в томографе, провоцируя мощный выброс гормонов стресса и бурные реакции нервной системы. Вот почему его так прошибло потом и трясло, а пульс и давление подскочили: это были совершенно нормальные и способные спасти жизнь реакции в ситуации, когда в твою машину только что влетел грузовик.

Очень важно иметь эффективный дымовой датчик: мало кому захочется быть застигнутым врасплох бушующим пожаром. Но если вы будете сходить с ума каждый раз, когда почувствуете дым, то это станет серьезной проблемой. Да, вы должны уметь понимать, когда вы кого-то расстраиваете, однако когда миндалевидное тело оказывается перегружено, вами может овладеть хронический страх ненависти окружающих либо вам может казаться, что они хотят причинить вам вред.

Сбой хронометра

Стен и Уте после происшествия стали сверхчувствительными и раздражительными – это говорит о том, что их префронтальной коре было сложно сохранять контроль перед лицом стресса. После живых болезненных воспоминаний Стена последовала еще более сильная реакция.

Два белых участка в передней части мозга (вверху рисунка) соответствуют правой и левой дорсолатеральной префронтальной коре. Когда эти области отключаются, люди теряют ощущение времени, застревая в определенном моменте, совершенно не различая прошлого, настоящего и будущего (16).

Обработка психологической травмы мозгом осуществляется посредством двух систем: одна разбирается с эмоциональным накалом, другая – с контекстом. Эмоциональная составляющая определяется дымовым датчиком – миндалевидным телом – и его противовесом – сторожевой башней, медиальной префронтальной корой. Контекст и смысл пережитого опыта определяются системой, включающей дорсолатеральную префронтальную кору (ДЛПФК) и гиппокамп. ДЛПФК расположена сбоку в передней части мозга, в то время как МПФК находится в центре. Структуры, расположенные вдоль осевой линии мозга, отвечают за внутреннее самоощущение, а те, что сбоку, больше сосредоточены на ваших взаимоотношениях с окружением.

ДЛПФК дает нам понять, как наши текущие ощущения связаны с прошлым и какое влияние они могут оказать на будущее – ее можно рассматривать как хронометр нашего мозга.

Осознание того, что у всего происходящего есть конец, делает выносимыми большинство переживаний. Обратное тоже верно – ситуации становятся невыносимыми, когда кажутся бесконечными.

Большинство из нас по своему горькому опыту знают, что ужасное горе, как правило, сопровождается ощущением, будто это скверное состояние будет длиться вечно, а также что мы никогда не справимся с нашей утратой. Когда ощущение, будто «это никогда не закончится», возводится до максимума, рождается психологическая травма.

Снимок мозга Стена дает понять, почему люди оправляются от травмы, только когда структуры мозга, выведенные из строя в момент самого происшествия – из-за чего оно и регистрируется в мозге как травма, – вновь полностью активируются. Возвращение к прошлому в ходе психотерапии следует осуществлять, когда человек прочно привязан – с биологической точки зрения – к настоящему и чувствует себя как можно спокойнее и безопаснее, а также заземленным («заземленный» в данном случае означает, что человек чувствует прикосновение стула к ягодицам, видит пробивающийся через окно свет, ощущает напряжение в икрах и слышит, как ветер снаружи колышет деревья). Когда человек привязан к настоящему, вспоминая про пережитую травму, у него появляется возможность до глубины души осознать, что эти ужасные события принадлежат к прошлому. Чтобы это произошло, сторожевая башня, повар и хронометр мозга должны быть активированы. Психотерапия не поможет, пока человека и дальше будет затягивать в прошлое.

Отключение таламуса

Давайте еще раз посмотрим на снимки мозга Стена в момент его живых болезненных воспоминаний. В нижней части мозга можно увидеть еще два белых пятна. Это правый и левый таламус, отключившиеся во время всплеска воспоминаний, как это было в момент изначальной травмы. Как я уже сказал, таламус выступает в роли «повара» – ретранслятора, собирающего сенсорные сигналы от ушей, глаз и кожи, а затем добавляющего их в суп нашей автобиографической памяти. Выход таламуса из строя объясняет, почему травма запоминается не как последовательная история – рассказ, у которого есть начало, середина и конец, – а как изолированные сенсорные отпечатки: образы, звуки и физические ощущения, сопровождаемые бурными эмоциями, как правило, ужаса и беспомощности (17).

В нормальных обстоятельствах таламус также выступает в роли фильтра или контролера. Это делает его ключевой составляющей внимания, концентрации и получаемых новых знаний, на которые травма действует губительным образом. Читая эту книгу, вы можете слышать музыку на заднем фоне или шум проезжающих за окном машин либо чувствовать, как живот немного сводит от голода. Если у вас получается оставаться сосредоточенным на тексте, то именно ваш таламус помогает вам разделять важную информацию и информацию, на которую можно не обращать внимания. В девятнадцатой главе, посвященной нейробиологической обратной связи, я расскажу про некоторые из тестов, используемых нами для измерения работы этой системы фильтрации, а также способы ее укрепления.

У людей с ПТСР входные ворота распахнуты настежь. Из-за отсутствия фильтра они постоянно пребывают в состоянии сенсорной перегрузки. Чтобы справиться с ним, они пытаются закрыться, сужая свое поле зрения и вырабатывая у себя способность к усиленной концентрации. Если им не удастся замкнуться естественным путем, они прибегают к наркотикам или спиртному, чтобы оградиться от мира. Вся трагедия в том, что, ограждаясь подобным образом, они лишают себя также и источников удовольствия и радости.

Деперсонализация: утрата собственного «Я»

Давайте теперь рассмотрим, что случилось в томографе с Уте. Не все люди реагируют на травму одинаково, однако в данном случае разница была особенно разительной, так как Уте сидела в разбитой машине бок о бок со Стеном. На проигрываемый сценарий своей травмы она отреагировала оцепенением: ее мозг отключился, и практически на всех участках мозга наблюдалось снижение активности. Пульс и давление у нее не повысились. Когда ее спросили, как она чувствовала себя, находясь в томографе, то она ответила: «Я чувствовала себя в точности так же, как и во время аварии: я не чувствовала ничего».

Отключение (диссоциация) в ответ на воспоминание о травме из прошлого. В данном случае практически по всему мозгу активность снизилась, что оказало пагубное влияние на мышление, концентрацию и способность ориентироваться.

В медицине реакция Уте называется деперсонализацией (18). Любой, кто имеет дело с пережившими травму мужчинами, женщинами или детьми, равно или поздно сталкивается с отсутствующим взглядом и полной отстраненностью – внешними проявлениями биологической реакции оцепенения. Деперсонализация – один из симптомов вызванной травмой обширной диссоциации. Болезненные воспоминания Стена были связаны с его неудавшимися попытками спастись с места аварии – спровоцированные проигрываемым сценарием, все его разрозненные, фрагментированные ощущения и эмоции вырвались в настоящее. Уте же, вместо того, чтобы пытаться спастись, отделила от себя свой страх и ничего не чувствовала.

Я частенько наблюдаю проявления диссоциации в своем кабинете, когда пациенты рассказывают мне ужасающие истории без каких-либо эмоций. Всю энергию словно высасывает из комнаты, и мне приходится прикладывать героические усилия, чтобы продолжать сосредоточенно слушать. Когда имеешь дело с безжизненным пациентом, приходится гораздо больше стараться, чтобы сеанс психотерапии не зашел в тупик, и раньше я частенько молился, чтобы отведенный час как можно скорее подошел к концу.

Увидев снимок Уте, я стал применять к моим отрешенным пациентам совсем иной подход. С практически полностью отключенным мозгом они явно не могли думать, испытывать глубокие чувства, помнить или осознавать происходящее. Традиционная разговорная терапия в данных случаях практически бесполезна.

В случае Уте мы могли предположить, почему ее реакция так сильно отличалась от реакции Стена. Она использовала стратегию выживания, которой ее мозг научился в детстве, чтобы справляться с грубым обращением со стороны матери. Отец Уте умер, когда ей было девять, и ее мать впоследствии частенько вела себя скверно и унижала ее. В какой-то момент

Уте открыла для себя, что может просто отключать свой разум, когда мать на нее кричит. Когда она тридцать пять лет спустя застряла в разбитой машине, мозг Уте автоматически вошел в тот же самый режим выживания – она просто замкнулась в себе.

Людам, наподобие Уте, очень сложно выходить из своего отрешенного состояния, однако им неизбежно нужно научиться это делать, чтобы вернуть себе свою жизнь (Уте в итоге удалось поправиться – она написала книгу про свой опыт и открыла успешный журнал под названием «Mental Fitness»). Именно тут терапия методом снизу-вверх и играет первостепенную роль. Ее цель – изменить физиологию пациента, а также его взаимоотношения с ощущениями в собственном теле. В нашем Центре травмы мы работаем с такими базовыми показателями, как пульс и дыхательный ритм. Мы помогаем людям пробуждать и замечать телесные ощущения, надавливая на акупунктурные (19) точки. Ритмичные взаимодействия с другими людьми также дают свои плоды – мы перебрасываемся с ними надувным мячом, раскачиваемся на гимнастическом мяче, бьем в барабан либо танцуем под музыку.

Оцепенение – обратная сторона медали при ПТСР. Многие пережившие травму люди поначалу ведут себя, подобно Стену, с яркими вспышками воспоминаний, однако затем замыкаются в себе. Хотя постоянное переживание травмы чрезвычайно пугает и способно привести к саморазрушению, со временем отрешенность от окружающего мира способна принести еще больше вреда. Это представляет особую проблему с травмированными детьми. Закатывающие истерику дети, как правило, привлекают внимание и получают необходимую помощь, в то время как замыкающиеся в себе дети никого не беспокоят, будучи обреченными по кусочку терять свое будущее.

Учиться жить в настоящем

Лечение психологической травмы заключается не только в том, чтобы разобраться с прошлым – пожалуй, еще важнее, повысить качество повседневной жизни пациента. Но есть еще одна причина, по которой травматичные воспоминания берут верх при ПТСР.

Человеку очень сложно чувствовать себя живым прямо сейчас. Когда человек не в состоянии полностью отдаваться настоящему, он отправляется туда, где чувствовал себя живым – даже если эти места наполнены ужасом и страданиями.

Многие разновидности лечения травматического стресса сосредоточены на так называемой десенсибилизации – снижении чувствительности пациентов к событиям из их прошлого с надеждой на то, что повторные переживания травмы помогут справиться с эмоциональными всплесками и болезненными яркими воспоминаниями. Мне кажется, что это связано с неправильным пониманием того, что происходит при травматическом стрессе. Мы должны первым делом помочь нашим пациентам научиться жить полной жизнью и чувствовать себя в безопасности в настоящем. Чтобы этого добиться, нам нужно вернуть к жизни те структуры мозга, которые оставили их под

воздействием травмы. Десенсбилизация, может, и делает реакции менее выраженными, однако если не чувствовать удовлетворения от таких повседневных мелочей, как вечерняя прогулка, приготовление ужина или игры с детьми, то жизнь неизбежно будет проходить мимо.

Глава 5. Связи между мозгом и телом

В жизни главное ритм. Мы вибрируем, наши сердца перекачивают кровь. Мы – ритм-машины, вот кто мы такие.

Микки Харт

Ближе к концу своей карьеры, в 1872 году, Чарльз Дарвин опубликовал книгу «Выражение эмоций у человека и животных» (1). Вплоть до недавнего времени большая часть научных обсуждений теорий Дарвина была сосредоточена вокруг его «Происхождения видов» (1859) и «Происхождения человека» (1871). Тем не менее книга «Выражение эмоций» оказалась невероятным исследованием основ эмоциональной жизни, наполненным наблюдениями и случаями, почерпнутыми за десятилетия изучения вопроса, а также личными историями Дарвина про своих детей и домашних животных. Кроме того, книга примечательна своими иллюстрациями – это была одна из первых книг, в которую были включены фотографии (фотография была все еще относительно новой технологией, и Дарвин, подобно большинству ученых, хотел использовать для изложения своих мыслей самые передовые достижения науки). Книга до сих пор выпускается – последнее издание снабжено потрясающим вступлением и комментариями Пола Экмана – современного первопроходца науки об эмоциях.

Дарвин начинает свои рассуждения, отметив сходство физического строения среди всех млекопитающих, включая человека – легкие, почки, мозг, органы пищеварения и половые органы, необходимые для поддержания и продолжения жизни. Хотя многие современные ученые и обвинили бы его в антропоморфизме [20], Дарвин проявляет солидарность с любителями животных, заявляя: «Человек и высшие животные... [также] имеют общие инстинкты. У всех одни и те же чувства, интуиция, ощущения, увлечения, привязанности и эмоции, причем даже такие сложные, как ревность, подозрительность, подражание, благодарность и великодушие» (2). Он отмечает, что у нас, людей, наблюдаются некоторые физические проявления тех же животных эмоций. Такие реакции, как вставшие от испуга дыбом волосы или озлобленный оскал вышедшего из себя человека, являются, по сути, пережитками длительного эволюционного процесса.

Не краешек ли верхнего клыка обнажается у него со стороны лица, обращенной к этому человеку?» – Чарльз Дарвин, 1872

С точки зрения Дарвина эмоции млекопитающих заложены глубоко в их биологии. Они являются незаменимым источником мотивации к действиям. Эмоции (от латинского слова *emovere* – «волновать») придают форму и направление всему, что мы делаем, и выражаются прежде всего посредством мышц лица и всего тела. Эти мимические и телесные движения передают другим информацию о нашем умонастроении и наших намерениях: злобные выражения и угрожающие позы предупреждают их, что лучше не лезть. Грусть притягивает заботу и внимание. Страх оповещает о беспомощности либо предупреждает об опасности.

Мы инстинктивно считываем происходящую между двумя людьми динамику, отталкиваясь от того, напряжены они или расслаблены, от их позы и интонации, мимики. Посмотрите фильм на языке, которого вы не знаете, и вы все равно сможете догадаться о характере взаимоотношений между персонажами. Мы зачастую способны считывать подобным образом эмоции и других млекопитающих (обезьян, собак, лошадей).

Далее Дарвин замечает, что основным предназначением эмоций является призыв к движениям, которые вернут организму безопасность и физическое равновесие. Вот его слова о том, что сегодня мы бы окрестили ПТСР:

«Поведения, призванные помочь избежать опасности или уйти от нее, очевидно, появились в ходе эволюции, чтобы сделать каждый организм конкурентоспособным с точки зрения выживания. Вместе с тем слишком затянутые проявления подобных поведений ставят животное в невыгодное положение, так как для успешного продолжения вида требуется размножение, которое, в свою очередь, зависит от питания, наличия крова и половой активности – а все это противоположно избеганию и спасению» (3).

Другими словами, если организм застрял в режиме выживания, вся его энергия сфокусирована на борьбе с невидимыми врагами, из-за чего не остается места для кормления, заботы и любви. Для нас, людей, это означает, что пока разум защищается от мнимых нападений, наши близкие связи находятся под угрозой, равно как и наша способность воображать, планировать, играть, учиться и уделять внимание чужим потребностям.

Дарвин также написал о связях между мозгом и телом, которые мы продолжаем исследовать и по сей день. Сильные эмоции затрагивают не только разум, но также и кишечник с сердцем: «Сердце, кишечник и мозг тесно взаимодействуют между собой посредством «легочно-желудочного» нерва – важнейшего нерва, участвующего в выражении эмоций и управлении ими как у животных, так и у людей. Когда разум сильно взволнован, это мгновенно отражается на состоянии внутренностей; таким образом, при волнении происходит множество действий и противодействий между этими двумя самыми важными органами тела» (4).

Впервые наткнувшись на этот абзац, я стал перечитывать его с растущим волнением. Конечно же: «разбитое сердце», «внутри все перевернулось» – не просто же так мы описываем подобным образом наши самые сокрушительные эмоции. Пока мы осознаем свои эмоции в первую очередь головой, мы можем более-менее сохранять контроль, однако ощущение, словно у нас оборвалось что-то в груди или же будто кто-то ударил нам под дых, невыносимы. Мы готовы на все, чтобы прекратить эти ужасные внутренние ощущения – отчаянно цепляться за другого человека, до потери чувств накачиваться спиртным или наркотиками либо резать себя бритвой, чтобы заменить неконтролируемые эмоции реальными ощущениями. Сколько психических проблем, от наркозависимости до склонности к самоистязанию, начинаются с попыток справиться с невыносимой физической болью наших эмоций? Если Дарвин был прав, то для решения проблемы необходимо найти способы помочь людям изменить внутренний сенсорный ландшафт их тела.

Вплоть до недавнего времени западная медицина по большей части игнорировала это двустороннее взаимодействие между разумом и телом, даже несмотря на то, что оно издавна занимало центральное место в традиционных целительных практиках во многих других уголках мира, в особенности в Индии и Китае. Сегодня оно начинает преобразовывать наше понимание психологической травмы и ее лечения.

Окно в нервной системе

Все мелкие признаки, которые мы инстинктивно считываем во время разговора – подергивания мышц и напряжение в лице другого человека, движения глаз и расширение зрачков, высота голоса и скорость речи, равно как и наши собственные внутренние ритмичные движения – выделение и сглатывание слюны, дыхание, сердцебиение, – связаны между собой единой регулирующей системой (5). Все они являются результатом синхронной работы двух отделов вегетативной нервной системы (ВНС): симпатического, который выступает в роли ускорителя организма, и парасимпатического, тормозящего его работу (6). Это те самые противоположные друг другу механизмы, про которые и говорил Дарвин, и своей совместной работой они играют важнейшую роль в распределении энергии в организме: первый помогает ее расходовать, а второй – сохранять.

Симпатическая нервная система (СНС) ответственна за возбуждение, включая и реакцию «бей или беги» («Поведения, призванные избежать опасности или уйти от нее», как ее называл Дарвин). Почти две тысячи лет назад римский врач Гален назвал ее «симпатической», так как заметил ее связь с эмоциями (*sym pathos*). СНС направляет кровь в мышцы для молниеносных действий, в том числе за счет активации адреналиновых желез, выбрасывающих в кровь адреналин, который ускоряет сердцебиение и повышает кровяное давление.

Вторым отделом ВНС является парасимпатическая («против эмоций») нервная система (ПНС), которая стимулирует функции самосохранения, такие как пищеварение и заживление ран. Она провоцирует выделение ацетилхолина,

чтобы притормозить возбуждение, замедляя сердцебиение, расслабляя мышцы и нормализуя дыхание. Как заметил Дарвин, «питание, наличие крови и половая активность» зависят от ПНС.

Существует простой способ ощутить эти две системы в действии. Каждый раз, делая глубокий вдох, вы активируете СНС. Получаемый в результате всплеск адреналина ускоряет сердце – вот почему перед началом соревнования многие спортсмены делают несколько отрывистых и глубоких вдохов. Выдыхая же воздух, мы активируем ПНС, которая замедляет сердце. Если вы запишитесь на занятия по йоге или медитации, то наш инструктор наверняка будет призывать вас уделять особое внимание моменту выдыхания воздуха, так как глубокие, длительные выдохи помогают успокоиться. В процессе дыхания мы непрерывно ускоряем и замедляем сердце, из-за чего интервал между двумя последовательными ударами сердца постоянно меняется. Так называемая вариабельность сердечного ритма (ВСР) является отличным показателем гибкости этой системы, и хорошая ВСР – чем больше разброс, тем лучше, – является признаком того, что ускоритель и тормоз вашей системы возбуждения работают правильно и сбалансированно. Появление прибора для измерения ВСР стало для нас настоящим прорывом, и в шестнадцатой главе я расскажу, как можно использовать ВСР в лечении ПТСР.

Нейронный любовный код

В 1994 году Стивен Порджес, который работал исследователем в Институте Мерилленда, когда мы начали использовать ВСР, а ныне работает в Университете Северной Каролины, выдвинул так называемую Поливагальную теорию на основе наблюдений Дарвина с добавлением совершенных за прошедшие со времен тех первых наработок сто сорок лет научных открытий. (Термин «поливагальная» указывает на наличие нескольких ветвей блуждающего нерва (*nervus vagus*) – того самого «легочно-желудочного нерва», про который говорил Дарвин, – он связывает между собой различные органы, включая мозг, сердце, легкие, желудок и кишечник.) Поливагальная теория позволила нам гораздо детальнее разобраться в биологии безопасности и угрозы, основанной на едва уловимой взаимосвязи между внутренними ощущениями нашего собственного тела с лицами и голосами людей вокруг нас. Она объяснила, почему доброе лицо или ласковый голос способны кардинально изменить наше самочувствие. Благодаря ей стало понятно, почему мы испытываем спокойствие и чувство защищенности, когда знаем, что нас видят и слышат важные в нашей жизни люди, и почему, наоборот, когда нас игнорируют, мы можем впасть в ярость или прийти в психический упадок. Она помогла нам понять, почему целенаправленная синхронность с другим человеком способна выводить нас из состояния дезорганизации и страха (8).

Одним словом, теория Порджеса заставила нас выйти за рамки реакции «бей или беги» и осознать, что в центре проблемы психологической травмы лежат социальные отношения. Она также предложила новые подходы в лечении, в основе которых лежит укрепление системы организма, регулирующей возбуждение.

Мы все невероятно чувствительны к малейшим эмоциональным изменениям среди окружающих людей (и животных). Мельчайшее изменение напряжения надбровной

дуги, морщинок вокруг глаз, изгиба губ, а также угла наклона шеи мгновенно дают нам понять, насколько другим людям комфортно, страшно, спокойно или неприятно (9). Наши зеркальные нейроны улавливают их внутренние ощущения, и наше собственное тело изнутри подстраивается ко всему, что мы замечаем.

Так мышцы нашего собственного лица дают другим понять, насколько мы спокойны или взволнованы, медленно или быстро бьется наше сердце, а также готовы ли мы их ударить или убежать. Когда мы получаем от другого человека сигнал «тебе рядом со мной ничего не угрожает», мы расслабляемся. Если нам повезло в наших отношениях, то мы также ощущаем поддержку, прилив сил и умиротворение, когда смотрим друг другу в лицо и глаза.

Наша культура учит нас ценить индивидуальность, однако на более глубоком уровне мы живем далеко не как отдельные организмы. Наш мозг построен так, чтобы помогать нам быть членом группы. Мы остаемся частью группы, даже когда находимся наедине с собой – слушаем музыку (созданную другими людьми), смотрим баскетбольную игру по телевизору (наши собственные мышцы напрягаются, когда мы наблюдаем за бегающими и прыгающими игроками) или составляем отчет для завтрашнего совещания на работе (предчувствуя реакцию начальника). Большая часть нашей энергии тратится на взаимодействие с окружающими.

Если выйти за рамки конкретных симптомов, определяемых официальным психиатрическим диагнозом, мы обнаружим, что практически все психические недуги связаны либо с трудностями в построении жизнеспособных и приносящих удовлетворение отношений, либо с проблемами контроля возбуждения.

В этом случае люди регулярно выходят из себя, закрываются, слишком сильно волнуются либо страдают от дезорганизации личности [21]. Чаще всего имеет место и то и другое. Традиционный упор медицины на поиск подходящего лекарства для лечения конкретного «расстройства» отвлекает нас от осознания того, как наши проблемы мешают нам нормально функционировать в группе.

Безопасность и взаимность

Несколько лет назад я слышал, как Джером Каган, выдающийся заслуженный профессор (здесь заслуженный профессор – звание. – Прим. пер.) детской психологии в Гарварде, сказал далай-ламе, что на каждое проявление жестокости в этом мире приходится сотни небольших проявлений доброты и взаимопомощи. Его заключение: «Все-таки будущее нашего вида, пожалуй, в великодушии, а не злобе». Способность чувствовать себя в безопасности среди других людей является, пожалуй, важнейшей составляющей психического здоровья; крепкие и надежные связи лежат в основе осмысленной и

приносящей удовольствие жизни. Многочисленные исследования реакций на катастрофы по всему миру показали, что социальная поддержка – самая надежная защита от того, чтобы оказаться в плену стресса и психологической травмы.

Социальная поддержка – это не то же самое, что просто находиться рядом с другими людьми. Важнейшим элементом является взаимность: человека должны по-настоящему слышать и видеть окружающие его люди, ему нужно чувствовать, что для него есть место в чьей-то голове, в чьем-то сердце. Чтобы мы могли быть спокойны, исцеляться и расти на уровне физиологии, нам необходимо внутреннее чувство защищенности. Ни один врач не выпишет рецепт для дружбы и любви: это сложные качества, которые зарабатываются потом и кровью. Не нужно иметь в прошлом психологическую травму, чтобы почувствовать стеснение и даже панику, оказавшись на вечеринке, полной незнакомцев, – травма же способна превратить весь окружающий мир в сборище чужаков.

Многие травмированные люди систематически сталкиваются с потерей синхронизации с окружающими. Кто-то находит утешение в группах, где у них есть возможность снова и снова возвращаться к воспоминаниям о войне, насилии или пытках вместе с другими людьми с похожим прошлым. Фокусируясь на общей травме и на статусе жертвы, они борются со своим чувством одиночества, однако ценой этому, как правило, становится отказ от собственной индивидуальности: чтобы быть членом группы, нужно соответствовать принятому в ней уставу.

Когда человек ограничивает себя узкоспециализированной группой жертв, то взгляды других людей начинают восприниматься в лучшем случае малозначимыми, в худшем – опасными, что в итоге лишь еще больше усиливает изоляцию. Уличные банды, радикальные политические партии и религиозные культы, может, и приносят утешение, однако они редко когда поощряют психическую гибкость, необходимую для того, чтобы быть полностью открытым ко всему, что готова предложить жизнь, и таким образом неспособны освободить своих членов от их травм. Эффективные люди способны принимать индивидуальные различия и видеть человека в других.

За последние два десятилетия общепризнанным фактом является то, что взрослым и детям, которые слишком застенчивы или замкнуты в общении с другими людьми, может помочь общение с животными. Куда проще проводить время с собаками, лошадьми и даже дельфинами, они способны обеспечить необходимое чувство защищенности. В настоящее время собаки и лошади особенно активно используются для лечения некоторых групп переживших психологическую травму пациентов (10).

Три уровня защищенности

После пережитой психологической травмы нервная система меняется – мир воспринимается искаженно, восприятие опасности и защищенности смещается. Порджес ввел термин «нейроцепция» (как «перцепция» – восприятие. – Прим. пер.), чтобы обозначить способность оценивать относительный уровень безопасности в той или иной ситуации. Когда мы пытаемся помочь людям с

неисправной нейроцепцией, самая большая проблема заключается в поиске способов перезагрузки их психики, чтобы их собственные механизмы выживания перестали работать против них. Для этого нужно помочь им научиться адекватно реагировать на опасность, а также – что еще более важно – возродить способность чувствовать себя защищенным, расслабленным и кому-то нужным.

Я подробно опрашивал и лечил шесть человек, переживших авиакатастрофу. Двое сообщили, что во время происшествия потеряли сознание; хотя они и не получили физических повреждений, их психика дала сбой. Двое начали паниковать и оставались в состоянии повышенного волнения еще долго в ходе лечения. Еще двое сохраняли спокойствие и всячески помогали эвакуировать остальных пассажиров из горящего самолета. Похожий диапазон реакций я наблюдал и среди жертв изнасилований, автомобильных аварий и пыток. В предыдущей главе мы рассмотрели кардинально отличающиеся реакции Стена и Уте, когда они заново переживали трагедию на шоссе, во время которой находились на соседних сиденьях. От чего же зависит выбор: будет ли человек вести себя сосредоточенно, отключится или впадет в панику?

Теория Порджеса дала ответ на этот вопрос: автономная нервная система управляет тремя фундаментальными состояниями. Оценка уровня безопасности определяет, какая именно из них будет активирована в отдельно взятый момент времени.

Каждый раз, ощущая угрозу, мы инстинктивно обращаемся к первому уровню: социальному взаимодействию. Мы зовем на помощь, просим поддержки и утешения у окружающих. Если же на помощь никто не приходит либо же нам угрожает непосредственная опасность, организм прибегает к более примитивному механизму выживания – реакции «бей или беги». Мы либо даем нападающему отпор либо убегаем в безопасное место. Если же и это не срабатывает, мы впадаем в оцепенение.

Это происходит, если мы не можем убежать, так как нас держат или же мы застряли – организм отключается, чтобы защититься, сводя энергозатраты к минимуму. Тут-то в дело и вступает наш разветвленный блуждающий нерв. Я вкратце опишу его анатомическое строение, так как оно играет важнейшую роль в понимании того, как люди справляются с психологической травмой. Система социального взаимодействия полагается на нервы, берущие свое начало в регулирующих центрах ствола мозга, прежде всего на блуждающий нерв – также известный как десятый черепной нерв – и соседние с ним нервы, активирующие мышцы лица, горла, среднего уха и голосового аппарата, или гортани. Когда всем заправляет «вентральный вагальный комплекс» (ВВК), мы улыбаемся в ответ на улыбки окружающих, киваем в знак согласия и хмуримся, когда друзья рассказывают о своих неприятностях. Активный ВВК также отправляет сигналы вниз к сердцу и легким, замедляя сердцебиение и делая дыхание более глубоким. Как результат, мы чувствуем себя спокойными, расслабленными, сосредоточенными либо приятно возбужденными.

Разветвленный блуждающий нерв. Блуждающий нерв (который Дарвин называл легочно-желудочным нервом) улавливает ощущения, описываемые как «разбитое сердце» и «внутри все оборвалось». Когда человек расстраивается, у него пересыхает горло, голос становится напряженным, пульс подскакивает, а дыхание становится частым и поверхностным.

Любая угроза нашей безопасности или нашим социальным связям провоцирует изменения на участках, иннервированных ВВК. Когда происходит какая-то стрессовая ситуация, мы автоматически подаем сигнал о своем расстройстве через выражение лица и интонацию голоса – эти изменения призывают других прийти нам на помощь (11). Если же никто на наш зов о помощи не откликается, а угроза нарастает, то в дело вступает более древний (с эволюционной точки зрения. – Прим. пер.) лимбический мозг. Бразды правления берет симпатическая нервная система, стимулируя мышцы, сердце и легкие, чтобы драться или бежать (12). Мы начинаем говорить быстрее, наш голос становится более пронзительным, а сердце начинает колотиться. Находящаяся в комнате собака при этом оживится и зарычит, так как учует работу наших потовых желез.

Три реакции на угрозу.

1. Система социального взаимодействия: встревоженная обезьяна посылает сигналы об опасности и призывы о помощи. ВВК.
2. Реакция «бей или беги»: оскал, лицо выражает злость и ужас. СНС.
3. Паралич: Тело посылает сигналы о поражении и ретируется.

Наконец, если пути к спасению отрезаны и мы ничего не можем сделать, чтобы предотвратить неизбежное, в нашем организме активируется аварийная система последней инстанции: дорсальный вагальный комплекс (ДВК). Эта система посылает сигналы находящимся под диафрагмой желудку, почкам и кишечнику, провоцируя резкое падение уровня обмена веществ по всему телу. Пульс стремительно падает (мы чувствуем, как у нас «оборвалось» сердце), мы не можем дышать, а наш кишечник перестает работать или опорожняется (мы буквально «обдeldываемся» от страха). В этот момент мы отключаемся и впадаем в оцепенение, застывая от ужаса.

Реакция «бей или беги» и оцепенение

Как мы видели в снимках мозга Стена и Уте, психологическая травма проявляется не только реакцией «бей или беги», но и полным отключением, сопровождающимся неспособностью участвовать в том, что происходит в

настоящий момент. В каждой реакции задействован свой уровень активности мозга: система «бей или беги» млекопитающих, которая выполняет защитную функцию и не дает нам отключиться, – в первой и провоцирующий паралич рептильный мозг – во второй. Разницу между этими двумя системами можно увидеть в любом зоомагазине. Котята, щенки, мыши и другие грызуны постоянно играют, а когда устают, то сбиваются в кучу, прижавшись друг к другу. Змеи и ящерицы же, в отличие от них, лежат без движения в углу своей клетки, никак не реагируя на свое окружение (13). Подобный механизм замирания, генерируемый рептильным мозгом, характерен для многих хронически травмированных людей, в отличие от животной паники и ярости, из-за которых относительно недавно пережившие травму люди настолько испуганы и сами вселяют страх.

Практически каждому знакома вездесущая реакция «бей или беги», когда мы сталкиваемся с агрессивной ездой на дорогах: внезапная угроза порождает огромное желание ударить виновника. Опасность отключает нашу систему социального взаимодействия, понижает нашу восприимчивость к человеческому голосу и увеличивает нашу чувствительность к угрожающим звукам. И тем не менее для многих людей паника и гнев предпочтительнее противоположной реакции: параличу с последующим отключением от окружающего мира. Реакция «бей или беги» как минимум помогает взбодриться. Вот почему многие жертвы жестокого обращения и другие травмированные люди чувствуют себя по-настоящему живыми только перед лицом реальной опасности, отключаясь в более сложных с социальной точки зрения, но объективно безопасных ситуациях, таких как дни рождения или семейные ужины.

Когда с угрозой не удастся справиться кулаками или бегством, мы прибегаем к крайней мере – активируем рептильный мозг, являющийся нашей последней надеждой. Эта система чаще всего активируется, когда человек физически обездвижен – например, когда его кто-то удерживает либо когда ребенок не может спастись от терроризирующего его опекуна. Параличом и отключением от происходящего управляет ДВК, древняя с эволюционной точки зрения часть парасимпатической нервной системы, которая связана с такими пищеварительными симптомами, как расстройство желудка и тошнота. Кроме того, она замедляет сердцебиение и делает дыхание поверхностным. Как только эта система берет верх, другие люди – равно как и мы сами – перестают для нас существовать. Сознание отключается, мы можем даже перестать чувствовать боль.

Как мы стали людьми

Согласно теории Порджеса ВВК появился в ходе эволюции у млекопитающих для поддержания усложняющейся социальной жизни. Все млекопитающие, включая людей, объединяются в группы для размножения, воспитания потомства, защиты от общих врагов, охоты и добычи еды.

Чем эффективнее ВВК синхронизирует активность симпатической и парасимпатической нервной системы, тем лучше физиология каждого индивида подстраивается под физиологию остальных членов группы.

Если рассматривать ВВК в этом ключе, то становится понятно, как родители естественным образом учат своих детей самоконтролю. Новорожденные дети не особо общительны; большую часть времени они спят, просыпаясь, когда хотят есть или им некомфортно. Приняв пищу, они могут какое-то время смотреть по сторонам, ворочаться или дергаться, однако вскоре снова засыпают, следуя своему собственному внутреннему ритму. В начале своей жизни они практически полностью находятся во власти чередующихся приливов симпатической и парасимпатической нервной системы, и большую часть времени всем управляет их рептильный мозг.

День за днем, улыбаясь и сюсюкаясь с ними, мы стимулируем развитие синхронности в развивающемся ВВК. Эти взаимодействия помогают синхронизировать систему эмоционального возбуждения наших младенцев с их окружением. ВВК контролирует сосательный и глотательный рефлекс, выражения лица, а также вырабатываемые гортанью звуки. Когда происходит стимуляция этих функций у новорожденного, она сопровождается приятными ощущениями и чувством защищенности, что помогает создавать основу для будущего социального поведения (14). Как давным-давно объяснил мне мой друг Эд Троник, мозг – это орган, являющийся порождением культуры. Он формируется под воздействием опыта.

Гармония с остальными представителями нашего вида посредством ВВК приносит огромное удовлетворение. То, что начинается как слаженная игра между матерью и ребенком, продолжается вместе с ритмичностью игры в баскетбол, синхронностью движений в танго, а также гармоничным пением хора, исполнением джазовой или камерной музыки – все эти занятия способствуют ощущению глубокого удовольствия и сплоченности.

Когда эта система дает сбой, мы имеем дело с травмой: когда вы просите пощады, однако нападающий на вас человек игнорирует ваши мольбы; когда вы напуганный ребенок, лежащий у себя в постели и слышащий, как ваша мама кричит, избиваемая отчимом; когда вы видите, что вашего друга зажало куском металла, поднять который вам не хватает сил; когда вы хотите оттолкнуть совращающего вас священника, однако боитесь наказания. Обездвиженность лежит в корне большинства психологических травм. Когда это происходит, ДВК чаще всего берет верх: сердце замедляется, дыхание становится поверхностным, и вы, словно зомби, теряете связь с собой и своим окружением. Происходит диссоциация, вы падаете в обморок и отключаетесь.

Защищаться или расслабиться?

Стив Порджес помог мне осознать, что быть в той или иной степени настороже для млекопитающих – естественное состояние. Тем не менее, чтобы

почувствовать эмоциональную близость к другому человеку, нам нужно временно отключить свою защитную систему. Чтобы играть, размножаться и воспитывать потомство, мозгу нужно отказываться от своей естественной бдительности.

Многие пережившие травму люди постоянно слишком бдительны, чтобы наслаждаться обычными жизненными удовольствиями, в то время как другие чересчур отрешенные, чтобы воспринимать происходящее – или реагировать на признаки реальной опасности. Когда дымовой датчик мозга выходит из строя, люди больше не бегут, когда им нужно спастись бегством, и не дерутся, когда им нужно давать отпор.

Крупнейшее НДО-исследование (неблагоприятный детский опыт), которое я подробно рассмотрю в девятой главе, показало, что женщин, столкнувшихся в детстве с насилием и пренебрежительным отношением, в девять раз чаще насильвовали во взрослой жизни. Женщины, чьих матерей в детстве на их глазах избивал партнер, значительно чаще сами становились жертвами домашнего насилия (15).

Многие люди чувствуют себя в безопасности, лишь когда им удастся ограничить свои социальные контакты поверхностными разговорами, в то время как реальный физический контакт способен провоцировать бурные реакции. Вместе с тем, как заметил Порджес, для любого проявления глубокой близости – крепких объятий, сна в одной постели с партнером, секса – человек должен допускать физический контакт без страха (16). Травмированным людям особенно сложно различать ситуации, когда им ничего не угрожает и когда они в опасности. Чтобы заново этому научиться, нужно целенаправленно испытывать ощущения, способные восстановить чувство физической защищенности, и к этой теме мы еще не раз будем возвращаться в последующих главах.

Новые подходы в лечении

Если мы понимаем, что травмированные дети и взрослые застревают в режиме «бей или беги» или хронической отрешенности, то как мы можем помочь им отключить эти защитные приемы, которые когда-то помогали им выживать?

Некоторые одаренные люди, работающие с пережившими травму пациентами, интуитивно чувствуют, как этого добиться. Стив Гросс раньше заведовал игровой программой в Центре травмы. Стив частенько прогуливался по клинике с ярко раскрашенным пляжным мячом, и каждый раз, когда он видел озлобленного или оцепеневшего ребенка в приемной, он широко ему улыбался. Дети редко как-либо реагировали. Затем, спустя какое-то время, он возвращался и «случайно» ронял мяч рядом с сидящим ребенком. Нагнувшись, чтобы его поднять, он слегка подталкивал мяч в сторону ребенка, который, как правило, безразлично пинал его обратно. Так постепенно Стив вовлекал ребенка в игру, и вскоре улыбка сияла уже на обоих лицах.

С помощью небольших ритмичных движений Стиву удавалось создать небольшое безопасное место, в котором система социального взаимодействия организма могла начать возвращаться к жизни. Точно так же, сильно травмированным людям может принести куда больше пользы банальное участие в расстановке стульев перед собранием или выстукивание вместе с другими какого-нибудь музыкального ритма по сиденьям стульев, чем обсуждение своих неудач, сидя на этих же самых стульях.

Одно можно сказать наверняка: если кричать на человека, который уже потерял над собой контроль, то это может привести лишь к еще большим нарушениям. Подобно тому, как собаки сжимаются, когда на них кричат, или виляют хвостом, когда их хвалят, люди реагируют на сердитый голос страхом, злобой или отрешенностью, в то время как игривые интонации помогают им открыться и расслабиться. Волей-неволей мы инстинктивно реагируем на эти индикаторы безопасности или угрозы.

К сожалению, наша образовательная система, равно как и многие методы, призванные лечить психологическую травму, как правило, обходят стороной эту систему социального взаимодействия, сосредотачиваясь вместо этого на использовании когнитивных способностей разума. Несмотря на хорошо известные эффекты злости, страха и тревоги, на способность к рациональному мышлению, многие программы продолжают игнорировать необходимость задействовать эту защитную систему мозга, прежде чем пытаться продвигать новые модели мышления. Последнее, что следует исключать из школьного расписания – это хоровое пение, физкультуру, большие перемены и все остальное, что связано с движением, играми и приятным совместным времяпрепровождением. Когда дети протестуют, включают защитные реакции, отключаются или выходят из себя, важно также понимать, что подобное «плохое поведение» может являться повторением действий, которые были выработаны прежде для преодоления серьезной угрозы, какими бы неприятными или неприемлемыми они ни были.

Работа Порджеса оказала огромное влияние на организацию лечения переживших травму детей и взрослых в Центре травмы. Когда-нибудь мы непременно бы ввели программу лечебной йоги для женщин – настолько эффективно занятия йогой помогали им успокоиться и вернуть связь со своим телом. Мы также наверняка стали бы экспериментировать с театральными кружками в школах бедных районов Бостона, с уроками карате для жертв изнасилований, а также с различными игровыми методиками и лечебными практиками, наподобие сенсорной стимуляции, активно используемыми по всему миру (подробней об этих и других методиках мы поговорим в пятой части).

Поливагальная теория же помогла нам понять и объяснить, почему все эти разрозненные и нетрадиционные методики давали такой хороший результат. Она помогла нам более осознанно совмещать методы воздействия сверху-вниз (для активации социального взаимодействия) и снизу-вверх (для снятия физического напряжения в теле). Мы осознали истинную ценность других многовековых, немедикаментозных подходов к здоровью, которые издавна практиковались за пределами западной медицины, начиная от дыхательных упражнений (пранаяма) и распевания мантр и заканчивая боевыми искусствами, вроде гимнастики цигун (комплексы традиционных упражнений, возникших на основе даосской алхимии и отчасти буддийских психопрактик. – Прим. ред.), игрой на барабанах, групповым пением и танцами.

Такие активности, связанные с ритмичным взаимодействием между людьми, интуицией, а также общением голосом и мимикой, помогают людям выйти из состояния «бей или беги», перестраивает их восприятие опасности и учит уживаться с окружающими.

Тело все помнит (17). Если воспоминания о травме зашиты на подкожном уровне, в эмоциях, описываемых как разбитое или оборвавшееся сердце, в аутоиммунных расстройствах и мышечно-скелетных проблемах, и если взаимодействие разума, мозга и интуиции является легким способом достижения контроля над своими эмоциями, то нам следует радикально пересмотреть существующий подход к лечению.

Глава 6. Теряя тело, теряя себя

Будь терпелив ко всем неразрешенным в твоём сердце вопросам и попытайся любить их самих... Проживай эти вопросы. Возможно, сам того не заметив, ты постепенно доживешь до того далекого дня, когда ответ придет.

Райнер Мария Рильке, «Письма молодому поэту»

Шерри зашла ко мне в кабинет, так сильно ссутулив плечи, что чуть ли не касалась подбородком груди. Еще до того, как она начала говорить, язык ее тела дал мне понять, что окружающий мир вызывает у нее страх. Я также заметил, что ее длинные рукава лишь частично прикрывали покрытые коркой раны на предплечье. Усевшись, она рассказала мне высоким монотонным голосом, что без остановки щиплет себя за кожу, пока не пойдет кровь.

Сколько Шерри себя помнила, ее мама содержала семейный приют [22], и их дом частенько был забит незнакомыми, трудными, напуганными и вселяющими страх детьми (порой их количество доходило до пятнадцати), которые пропадали так же внезапно, как и появлялись. Все свое детство Шерри провела, заботясь об этих временных приемных детях – ей казалось, что ни для нее, ни для ее собственных потребностей места не остается. «Я знала, что была нежеланной, – сказала мне она. – Не уверена, когда именно впервые это осознала, но если вспомнить, что мне говорила мать, то все на это указывало. Она говорила: «Знаешь, мне кажется, ты не из этой семьи. Думаю, они перепутали ребенка в роддоме», и при этом улыбалась. Люди часто делают вид, будто шутят, когда говорят что-то серьезное».

На протяжении многих лет работы наша исследовательская группа раз за разом убеждалась, что хроническое моральное унижение и пренебрежение могут быть не менее губительными, чем физическое насилие и сексуальное совращение (1). Шерри оказалась живым подтверждением этих выводов.

Шерри окончила колледж, однако теперь работала на безрадостной офисной должности, жила вместе со своими кошками и не имела близких друзей. Когда я спросил ее про мужчин, то она сказала, что единственные «отношения» у нее были с мужчиной, похитившим ее, когда она отдыхала во Флориде. Он держал ее взаперти и регулярно насиловал на протяжении пяти дней подряд. Она помнила, как большую часть времени лежала, съежившись от ужаса, и не двигалась, пока до нее не дошло, что можно попробовать сбежать. В итоге оказалось достаточно просто выйти из дома, пока он был в ванной. Когда она позвонила своей матери, чтобы попросить о помощи, та не стала брать трубку. Домой ей в итоге помогли добраться работники приюта для жертв домашнего насилия.

Шерри сказала, что начала щипать себя за кожу, потому что так чувствовала хоть что-то. Физические ощущения помогали ей чувствовать себя более живой, однако также вызывали и глубочайший стыд – она понимала, что у нее зависимость от этих действий, однако не могла остановиться. До меня она обращалась ко многим специалистам в области психиатрии, и ее раз за разом опрашивали про ее «суицидальные наклонности». Один психиатр и вовсе направил ее на принудительную госпитализацию, отказавшись лечить, пока она не пообещает, что больше не будет себя щипать. Согласно моему опыту, однако, пациенты, которые режут себя или с силой щипают себе кожу, как Шерри, редко когда имеют суицидальные наклонности – они просто пытаются добиться облегчения единственным известным им способом.

Ситуация, когда тебя не замечают, не признают и тебе некуда податься, чтобы почувствовать себя защищенным, губительна в любом возрасте, однако особенно негативно сказывается на детях, которые все еще ищут свое место в этом мире.

Многим людям очень сложно это понять. Как я уже говорил в предыдущей главе, самой распространенной реакцией на стресс является обращение к людям, которые нам нравятся и которым мы доверяем, за помощью и поддержкой. Кроме того, мы находим успокоение в физической активности, такой как езда на велосипеде или занятия в тренажерном зале. Мы начинаем учиться этим способам контроля своих чувств с тех самых первых моментов, когда кто-то нас кормит, если мы голодны, укрывает нас, если нам холодно, либо качает на руках, если нам больно или мы напуганы.

Когда же на человека никогда не смотрели любящими глазами или не улыбались ему при встрече, когда никто не спешил ему на помощь (а вместо этого он лишь слышал: «Хватит плакать, а то я тебе сейчас поплачу»), то ему приходится искать другие способы заботиться о себе. Он наверняка начнет экспериментировать со всем подряд – наркотиками, алкоголем, обжорством или самоистязанием, – что приносит хоть какое-то облегчение.

Хотя Шерри добросовестно продолжала ходить ко мне на прием и невероятно искренне отвечать на мои вопросы, казалось, между нами так и не установилось той связи между врачом и пациентом, которая жизненно необходима для успешной психотерапии. Потрясенный тем, насколько она была холодной и зажатой, я предложил ей сходить к Лиз – массажистке, с которой мне доводилось работать прежде. На первом сеансе Лиз уложила Шерри на

массажный стол, затем подошла к краю стола и легонько взялась руками за ее стопы. Лежа с закрытыми глазами, Шерри в панике закричала: «Где ты?» Она потеряла ее, хотя Лиз стояла прямо там, положив руки на ноги Шерри.

Шерри была одним из первых пациентов, поведавшим мне о полной диссоциации со своим телом, с которой сталкиваются столь многие пациенты, пережившие травму и пренебрежительное отношение. Я обнаружил, что в моей профессиональной подготовке, сосредоточенной на понимании проблемы, слишком мало значения уделялось живому, дышащему телу, составляющему основу нашей сущности. Шерри понимала, что щипать себя за кожу – пагубная привычка, связанная с пренебрежением со стороны матери, однако осознание источника этого импульсного поведения никак не помогло его контролировать.

Теряя свое тело

Когда я открыл для себя это явление, то был поражен тому, сколь многие из моих пациентов сообщили мне, что не чувствуют целые участки своего тела. Иногда я просил их закрыть глаза и сказать мне, что я положил в их вытянутые руки.

Будь то ключ от машины, четвертак или консервный нож, у них зачастую не было даже догадок по поводу того, что они держат – их сенсорное восприятие попросту не работало.

Я обсудил эту проблему со своим другом Александром Макфарлейном из Австралии, который сталкивался с тем же самым явлением. В своей лаборатории в городе Аделаида он занимался изучением следующего вопроса: как мы, не глядя, понимаем, что у нас в руке ключ от машины? Чтобы распознать лежащий в ладони предмет, необходимо ощутить его форму, вес, температуру, текстуру и расположение. Каждое из этих отдельных сенсорных ощущений передается в разные участки мозга, который затем должен объединить их в единое комбинированное восприятие. Макфарлейн обнаружил, что люди с ПТСР зачастую испытывают проблемы с тем, чтобы сложить картину воедино (2).

Когда наши чувства заглушаются, мы больше не ощущаем себя полностью живыми. В статье под названием «Что такое эмоция?» (1884) (3) Уильям Джеймс, отец американской психологии, сообщил о поразительном случае «сенсорного бесчувствия» у опрошенной им женщины: «У меня нет... никаких человеческих ощущений», – сказала она ему. «[Я] окружена всем, что может сделать мою жизнь приятной и счастливой, и тем не менее я лишена способности получать удовольствие и что-либо чувствовать... Я словно отделена от всех своих чувств, от каждой части самой себя – я их больше не ощущаю; кажется, будто все дело в пустоте, которую я ощущаю спереди головы, а также в пониженной чувствительности по всей поверхности моего

тела, так как я словно так никогда и не касаюсь предметов, которые трогаю. Все это было бы не так важно, если бы в результате я не лишилась всех остальных чувств и радостей, хотя я и испытываю потребность и желание в них, которые превращают мою жизнь в непостижимую пытку».

В связи с этой реакцией на травму возникает важный вопрос: как травмированным людям научиться интегрировать повседневные сенсорные ощущения, чтобы жить в естественном потоке чувств, ощущая при этом защищенность и целостность своего тела?

Как мы понимаем, что живы?

Большинство первых исследований травмированных людей с применением методов визуализации мозга были подобны тем, что мы видели в третьей главе; они были сосредоточены на реакции пациентов на определенные напоминания об их травме. Затем в 2004 году моя коллега Рут Ланиус, проводившая томографию головы Стена и Уте Лоуренс, задалась новым вопросом: что происходит в мозге переживших травму людей, когда они не думают о своем прошлом? Ее исследования спокойного мозга – «нейросети пассивного состояния» (НПС) – открыли новую главу в изучении влияния травмы на самосознание, а точнее, сенсорное самосознание (4).

Доктор Ланиус набрала группу из шестнадцати «здоровых» канадцев, попросив их по очереди пройти томограф, ни о чем конкретно не думая. Это сложная задача для любого человека – когда мы бодрствуем, наш мозг бурлит активностью, однако она попросила их сосредоточиться на собственном дыхании и попытаться максимально освободить свой разум. Затем она повторила тот же эксперимент с восемнадцатью людьми, в детстве регулярно подвергавшимися жестокому обращению.

Что делает ваш мозг, когда вы ни о чем конкретно не думаете? Как оказалось, вы обращаете внимание на самого себя: в пассивном состоянии активируются участки мозга, совместной работой задающие наше чувство собственного «Я».

Взглянув на снимки своих здоровых подопытных, Рут обнаружила активацию участков НПС, описанную предыдущими исследователями. Мне нравится называть их ирокезом самосознания – это срединные структуры мозга [23], начинающиеся прямо над глазами и проходящие по средней линии головного мозга вплоть до спинного мозга. Все эти срединные структуры связаны с нашим самосознанием. Самым крупным таким участком в задней части мозга является так называемая задняя поясная кора, которая обеспечивает наше физическое восприятие своего местоположения – это наш внутренний навигатор. Она сильно связана с медиальной префронтальной корой (МПФК), той самой сторожевой башней, про которую я говорил в четвертой главе (эту связь не видно на снимках, так как фМРТ не позволяет ее обнаружить). Кроме того, она связана с участками мозга, регистрирующими ощущения, исходящие от остального тела – островковой долей, которая перенаправляет сообщения от внутренних органов в эмоциональные центры, а также передней поясной корой, которая отвечает за координацию эмоций и мыслей. Все эти области мозга связаны с самосознанием.

Разница в снимках восемнадцати пациентов с хроническим ПТСР, переживших детскую травму, была поразительна. Все участки их мозга, связанные с самовосприятием, были практически в полной отключке: МПФК, передняя поясная кора, теменная кора и островковая доля вообще не активировались, а единственным участком, демонстрировавшим хоть какое-то возбуждение, была задняя поясная кора, ответственная за базовую ориентацию в пространстве. У этих результатов могло быть только одно объяснение.

В ответ на саму травму и в попытке справиться с ужасом, не отпускающим еще долгое время после нее, эти пациенты научились отключать участки мозга, отвечающие за передачу внутренних чувств и эмоций, сопровождающих и определяющих страх.

Вместе с тем в повседневной жизни эти участки ответственны за регистрацию полного диапазона эмоций и ощущений, составляющих основу самосознания, нашего самовосприятия. Мы стали свидетелями трагичной адаптации: стремясь избавиться от ужасающих ощущений, они также лишались и способности чувствовать себя полностью живыми.

Эта потеря активности в медиальной префронтальной области объясняет, почему столь многие травмированные люди лишаются жизненной целеустремленности и ориентации. Раньше я удивлялся, как часто мои пациенты просили у меня советов по поводу самых обычных вещей, а также как редко им следовали. Теперь же я понимаю, что у них была нарушена связь с их собственной внутренней реальностью. Как они могли принимать решения или приводить в действие какие-либо планы, если они не могли понять, чего они хотят, или, если точнее, что возникающие в их теле ощущения, лежащие в основе всех эмоций, пытаются им сказать?

Расположение собственного «Я». Ирокез самосознания. Начиная с передней части мозга (справа), он состоит из: орбитофронтальной коры, медиальной префронтальной коры, передней поясной коры, задней поясной коры и островковой доли. У людей с хронической психологической травмой те же самые участки демонстрируют резко заниженную активность, из-за чего становится сложно отслеживать свое внутреннее состояние и оценивать, насколько поступающая информация важна именно для нас.

Нехватка самосознания у жертв хронической детской травмы порой настолько глубокая, что они не узнают себя в зеркале. Снимки мозга показывают, что это не результат банальной невнимательности: у них выведены из строя структуры, отвечающие за распознавание самого себя, а также связанные с самовосприятием.

Когда Рут Ланиус познакомила меня со своим исследованием, мне тут же в голову пришла фраза, услышанная мной в школе. Считается, что математик

Архимед, объясняя принцип действия рычага, сказал: «Дайте мне точку опоры, и я сдвину Землю». Или же, как это сформулировал величайший специалист по работе с телом двадцатого века (имеются в виду конкретные методы терапии по восстановлению и укреплению связи с телом. – Прим. пер.) Моше Фельденкрайз: «Только зная, что ты делаешь, можно сделать то, что хочешь». Смысл этой фразы очевиден: чтобы ощущать себя в настоящем, нужно понимать, где вы находитесь и что с вами происходит. Когда система самовосприятия дает сбой, нужно найти способ снова ее активировать.

Система самовосприятия

Массаж подействовал на Шерри самым чудесным образом. Она стала более расслабленной и смелой в своей повседневной жизни, а также более расслабленной и открытой со мной. Она стала проявлять неподдельное любопытство к своему поведению, мыслям и чувствам. Она перестала щипать себя за кожу, а с наступлением лета начала проводить вечера на веранде своего дома, общаясь с соседями. Она даже вступила в церковный хор – это была прекрасная возможность ощутить групповую гармонию.

Примерно в это время я познакомился с Антонио Дамасио в небольшой ученой группе, организованной Дэном Шотом, заведующим кафедрой психологии в Гарварде. В серии блистательных научных статей и книг Дамасио объяснил связь между состояниями тела, эмоциями и выживанием. Будучи неврологом, которому довелось лечить сотни людей с различными повреждениями мозга, он увлекся человеческим сознанием и определением участков мозга, с помощью которых мы понимаем свои ощущения. Он посвятил свою карьеру составлению карты структур, ответственных за восприятие нами собственного «Я». Как по мне, самой важной его книгой является «Ощущение происходящего» (The Feeling of What Happens), которая стала для меня настоящим откровением (5). Дамасио начинает с того, что указывает на глубокое различие между нашим самосознанием и сенсорной жизнью нашего тела.

«Порой мы используем свой разум, чтобы не узнавать новые факты, а скрывать старые... Одной из вещей, которые ширма наиболее эффективно скрывает, является тело, наше собственное тело, а именно его внутренняя составляющая. Подобно тому, как наброшенная на кожу вуаль скрывает ее от посторонних взглядов, эта ширма частично удаляет из разума внутренние состояния тела, которые образуют поток нашей повседневной жизни» (6).

Далее он описывает, как эта «ширма» способна приносить нам пользу, позволяя нам заниматься неотложными проблемами внешнего мира. У этого, однако, есть и своя цена: «Она также не дает нам почувствовать возможное происхождение и природу того, что мы называем своим Я» (7). Отталкиваясь от работы Уильяма Джеймса столетней давности, Дамасио утверждает, что в основе нашего самосознания лежат физические ощущения, передающие внутренние состояния тела.

Первобытные чувства позволяют напрямую ощутить наше собственное живое тело, без слов и без прикрас, связанное с самим нашим существованием. Эти

первобытные чувства отражают текущее состояние тела в различных измерениях... по шкале от удовольствия до боли, и зарождаются они на уровне ствола мозга, а не коры больших полушарий. Все испытываемые нами эмоции – это сложные музыкальные вариации этих первобытных чувств (8).

Мир наших ощущений формируется еще до нашего появления на свет. В утробе матери мы чувствуем кожей околоплодные воды, слышим приглушенные звуки несущейся крови и работающего кишечника, мы качаемся в такт движениям нашей матери. После рождения физические ощущения определяют наше отношение к самим себе и к нашему окружению. Поначалу наше самовосприятие ограничивается такими чувствами, как ощущение влаги, голод, сытость и сонливость. Какофония непостижимых звуков и образов давит на нашу девственно-чистую нервную систему.

Даже когда мы обретаем сознание и дар речи, сенсорная система нашего тела продолжает непрерывно предоставлять нам важнейшую информацию о нашем текущем состоянии. Эти сигналы постоянно оповещают нас об изменениях в органах и мышцах лица, торса и конечностей, сообщая о боли и наслаждении, а также о таких позывах, как голод и сексуальное возбуждение.

Происходящее вокруг также влияет на наши физические ощущения. Когда мы видим знакомое лицо, слышим определенные звуки – какую-то мелодию, вой сирены – либо ощущаем изменение температуры, то от этого меняется фокус нашего внимания, а также, без нашего ведома, определяются наши дальнейшие мысли и действия.

Как мы уже видели, задача мозга – постоянно отслеживать и оценивать происходящее внутри и вокруг нас. Результаты этих оценок передаются посредством химических сигналов в крови и электрических сигналов в нервах, провоцируя незначительные или кардинальные изменения по всему телу и мозгу. Все эти сдвиги, как правило, происходят без нашего сознательного участия и даже без нашего ведома: подкорковые структуры нашего мозга невероятно эффективно справляются с регулированием нашего дыхания, сердцебиения, пищеварения, гормональной секреции и иммунной системы. Все эти системы, однако, могут оказаться перегружены, когда нам постоянно приходится иметь дело с опасностью, независимо от того, реальная она или нет. Это и приводит к тому широкому разнообразию физических проблем, которые были выявлены исследователями у травмированных людей.

Вместе с тем наше сознание также играет важнейшую роль в поддержании нашего внутреннего равновесия: чтобы обеспечивать безопасность своего тела, нам нужно регистрировать наши физические ощущения и реагировать на них. Почувствовав холод, мы надеваем свитер; чувство голода дает нам понять, что в крови упал уровень сахара и нужно перекусить; давление мочевого пузыря отправляет нас в туалет. Дамасио отмечает, что все регистрирующие эти фоновые ощущения структуры мозга расположены рядом с участками, отвечающими за основные функции поддержания организма, такие как дыхание, аппетит, удаление отходов жизнедеятельности и циклы сна/бодрствования: «Все потому, что наши эмоции и их осознание полностью связаны с первостепенной задачей обеспечения жизни внутри организма. Невозможно поддерживать жизнь и гомеостатический баланс, не получая

данные о текущем состоянии нашего тела» (9). Дамасио называет эти участки мозга, обеспечивающие содержание нашего организма, «протосознанием», так как они создают «бессловесное знание», лежащее в основе нашего самосознания.

Самосознание под угрозой

В 2000 году Дамасио вместе с коллегами опубликовал статью в ведущем мировом научном издании «Science» («Наука»), в которой сообщалось, что повторное переживание сильных негативных эмоций провоцирует значительные изменения в участках мозга, получающих сигналы от мышц, кишечника и кожи – тех самых участков, что ответственны за управление основными функциями по поддержанию организма. Полученные учеными снимки мозга показали, что воспоминания о произошедшем в прошлом эмоциональном событии вызывают у нас те же самые внутренние ощущения, которые мы испытывали во время самого происшествия. Эмоции каждого типа создают свои собственные характерные ощущения. Так, например, определенная область ствола мозга «активировалась при грусти и злости, однако оставалась неактивной при радости или страхе» (10). Все эти области мозга расположены ниже лимбической системы, к которой мы традиционно приписываем эмоции, однако мы признаем их участие каждый раз, когда используем одно из разговорных выражений, связывающих сильные эмоции с телом: «Меня от тебя тошнит»; «У меня от этого мурашки по коже»; «У меня ком в горле»; «У меня оборвалось сердце»; «У меня волосы дыбом встали».

Простейшая система самовосприятия в стволе мозга вместе с лимбической системой массово активируются, когда люди сталкиваются с угрозой уничтожения, в результате чего возникает всепоглощающее чувство страха и ужаса, сопровождаемое сильнейшим психологическим возбуждением. Для людей, которые заново переживают травму, ничего не имеет смысла: они оказываются заперты в ситуации смертельной опасности, состоянии парализующего страха или слепой ярости. Они вздрагивают от малейшего шума и выходят из себя от малейшего раздражения. У них хронические проблемы со сном, и зачастую они перестают испытывать удовольствие от еды. Это, в свою очередь, может привести к отчаянным попыткам заглушить эти чувства с помощью оцепенения и диссоциации (11).

Как люди могут вновь вернуть контроль, когда их животный мозг усиленно погружен в борьбу за выживание? Если то, что происходит в глубине нашего животного мозга, определяет наши ощущения, и если телесные ощущения управляются подкорковыми (подсознательными) структурами мозга, то в какой степени мы вообще в состоянии их контролировать?

Принадлежность: быть хозяином собственной жизни

«Принадлежность» (принадлежность действия или состояния субъекту – имеется в виду восприятие человеком того, что его жизнь принадлежит ему, зависит от него. – Прим. пер.) – это официальный термин для ощущения

контроля над собственной жизнью: осознания своей позиции, того, что происходящее с вами зависит от вас; что вы можете в той или иной степени влиять на свое окружение. Ветераны, бьющие своими кулаками по штукатурке в больнице для ветеранов, пытались отстоять себя – сделать что-то по собственной воле. В итоге, однако, они еще больше ощущали утрату контроля, и многие из этих когда-то уверенных в себе мужчин оказались поглощены сменяющимися друг друга моментами бурной деятельности и ступора.

Принадлежность начинается с так называемой учеными interoцепции – нашего осознания собственных тонких телесных сенсорных ощущений: чем больше наше осознание, тем лучше мы способны контролировать собственную жизнь.

Понимание того, что мы чувствуем – первый шаг в понимании того, почему мы так чувствуем. Если мы осознаем постоянные изменения внутри и снаружи себя, то мы в состоянии предпринимать активные действия для их контроля.

Чтобы это делать, однако, наша сторожевая башня, МПФК, должна учиться наблюдать за происходящим внутри нас. Вот почему практики самоосознания, укрепляющие МПФК, являются фундаментальным элементом исцеления от травмы (12).

После просмотра прекрасного фильма «Птицы 2: Путешествие на край света» [24] я задумался о некоторых из своих пациентов. Пингвины – мужественные и привлекательные создания, и было невероятно трогательно узнать, как они с незапамятных времен преодолевали более ста километров по суше, переносили неопишуемые тяготы, чтобы добраться до места размножения, теряли многочисленные яйца из-за холода, а затем, чуть ли не умирая от голода, тащились обратно к океану. Будь у пингвинов наши лобные доли, они бы использовали свои маленькие плавники, чтобы строить иглу, разработали бы более эффективное разделение труда и более толково подошли к организации своих продовольственных запасов. Многим из моих пациентов удалось пережить травму с помощью невероятной стойкости и отваги, однако впоследствии они снова и снова попадали в одни и те же неприятности. Травма выводила из строя их внутренний компас, лишая их воображения, необходимого, чтобы придумывать что-то получше.

Нейробиология индивидуальности и принадлежности подтверждает эффективность методов соматической терапии травмы, разработанных моими друзьями Питером Левиным (13) и Пэт Огден (14). Я подробнее рассматриваю эти и другие сенсомоторные подходы в пятой главе, однако по своей сути, они преследуют три цели:

| вычленив сенсорную информацию, оказавшуюся заблокированной и замороженной травмой;

| помочь пациентам поладить с энергиями, высвобождающимися этим внутренним восприятием, а не подавлять их;

| выполнить физические действия по самосохранению, которые оказались невозможны, когда их кто-то или что-то удерживало либо они были обездвижены ужасом.

Мы своим нутром понимаем, что безопасно для жизни либо угрожает ей, даже если не можем объяснить, почему мы чувствуем именно так. Наше внутреннее сенсорное восприятие постоянно посылает нам едва уловимые сигналы о потребностях нашего организма. Наше «нутро» также помогает нам давать оценку происходящему вокруг нас. Оно предупреждает нас о том, что подходящий к нам парень выглядит подозрительно, однако также оно и дает нам понять, что в комнате с выходящими на запад окнами, залитой солнечным светом, мы чувствуем себя безмятежно. Когда у человека комфортная связь с его внутренними ощущениями – когда он им доверяет, он чувствует контроль над собственным телом, чувствами и своим «Я».

Травмированные же люди постоянно чувствуют себя незащищенными в собственном теле: прошлое продолжает их преследовать в виде гнетущего внутреннего дискомфорта. Их тело постоянно атакуют исходящие изнутри сигналы об опасности, и, стараясь контролировать эти процессы, они зачастую учатся мастерски игнорировать свое «нутро», подавляя восприятие того, что происходит у них внутри. Они учатся прятаться от самих себя.

Чем больше люди стараются отталкивать и игнорировать свои внутренние сигналы, тем с большей вероятностью эти сигналы берут над ними верх, сбивая их с толку, вызывая недоумение и чувство стыда. Люди, неспособные спокойно замечать, что происходит внутри них, склонны реагировать на любые сенсорные изменения либо отчуждением, либо паникой – они начинают бояться самого страха.

Известно, что главной причиной неотступности симптомов паники является развитие у человека страха перед телесными ощущениями, связанными с паническими атаками. Человек может осознавать иррациональность триггеров своих панических атак, однако страх этих ощущений способствует нарастанию режима тревоги по всему организму. Выражения «застыть от страха» или «костолбенеть от страха» в точности описывают ощущения, вызываемые ужасом и травмой. Это их внутренняя основа. Ощущение страха происходит от первобытных реакций на угрозу, когда что-то препятствует спасению. Люди становятся заложниками этого страха, пока их внутренние ощущения не изменятся.

За игнорирование или искажение сигналов своего тела мы расплачиваемся неспособностью определять, что представляет для нас истинную опасность или вред, а также – что не менее губительно – что для нас безопасно или полезно. Для эффективной саморегуляции необходимо иметь дружелюбные отношения с собственным телом. Когда их нет, приходится полагаться на внешнее регулирование – посредством лекарств, наркотиков или спиртного, постоянного успокоения со стороны других, либо компульсивного [25] выполнения чужих желаний.

Многие мои пациенты, вместо того чтобы просто замечать и осознавать стресс, реагируют на него приступами мигрени или астмы (15). Сэнди, патронажная медсестра средних лет, поведала мне, что в детстве часто испытывала ужас и одиночество, не замечаемая своими родителями-алкоголиками. Она справлялась с этим своим почтительным отношением со

всеми, от кого зависела (включая меня, ее психотерапевта). На каждое нетактичное замечание своего мужа она реагировала приступом астмы. Когда она замечала, что не может дышать и ингалятор уже не помогал, ее увозили на «Скорой».

Когда мы подавляем свои внутренние крики о помощи, наши гормоны упорно продолжают подстрекать наше тело. Хотя Сэнди и научилась игнорировать проблемы в своих отношениях и блокировать свои физические сигналы бедствия, они проявлялись в виде симптомов, требующих ее внимания. Ее лечение было сфокусировано на определении связи между ее физическими ощущениями и ее эмоциями, а по моей рекомендации она также записалась и на программу кикбоксинга. За три года, что она была моим пациентом, «Скорую» ей больше не вызывали ни разу.

Соматические симптомы, которым нет явного физического объяснения, повсеместно встречаются у травмированных детей и взрослых. Они могут включать хронические боли в спине и шее, фибромиалгию, мигрени, проблемы с пищеварением, слизистый колит/синдром раздраженного кишечника, хроническую усталость, а также некоторые формы астмы (16). Среди травмированных детей астма встречается в пятьдесят раз чаще, чем среди их сверстников (17). Исследования показали, что многие дети и взрослые, перенесшие смертельные приступы астмы, до этого не знали о наличии у них проблем с дыханием.

Алекситимия: когда нет слов, чтобы описать чувства

У меня была овдовевшая тетя, пережившая ужасную психологическую травму, которая стала почетной бабушкой нашим детям. Она частенько приезжала к нам в гости, и каждый раз мы много чем вместе занимались – шили шторы, делали перестановку на кухне, штопали детскую одежду, – но при этом почти не разговаривали. Она всегда стремилась сделать другим приятно, однако было сложно понять, что нравилось ей самой. После нескольких дней обмена любезностями разговор заходил в тупик, и мне приходилось стараться изо всех сил, чтобы заполнять неловкие паузы. Когда ей приходила пора возвращаться домой, я отвозил ее в аэропорт, и на прощание она холодно меня обнимала, в то время как по ее щекам текли слезы. Без тени иронии она затем жаловалась, что от ледяного ветра у нее слезятся глаза. Ее тело ощущало грусть, которую ее разум был не в состоянии уловить – она покидала нашу молодую семью, своих ближайших живых родственников.

Психиатры называют это явление алекситимия – неспособность описать чувства словами. Многие травмированные дети и взрослые попросту не могут дать своим чувствам название, так как они не могут понять, что означают их физические ощущения.

Они могут выглядеть разгневанными, однако при этом отрицать, что злятся; они могут казаться напуганными, но при этом утверждать, что с ними все в полном порядке. Будучи неспособными определить, что происходит внутри их

тела, они теряют связь со своими потребностями, и им сложно о себе заботиться – есть нужное количество пищи в нужное время, высыпаться.

Подобно моей тете, страдающие от алекситимии люди заменяют язык эмоций языком действий. На вопрос «Что вы почувствуете, если увидите, как на вас несется грузовик на скорости сто двадцать километров в час?» большинство людей ответят: «Я буду в ужасе» или «Я застыну от страха». Человек же с алекситимией может ответить: «Что я почувствую? Не знаю.. Я отойду в сторону» (18). Они склонны регистрировать эмоции как физические проблемы, а не как заслуживающие их внимание сигналы тела. Вместо злости или грусти они ощущают мышечную боль, запоры или другие симптомы, которым нет явных причин. Примерно три четверти пациентов с нервной анорексией и более половины пациентов с булимией не понимают своих внутренних чувств и не могут их описать (19). Когда исследователи показывали фотографии со злыми или измученными лицами людям с алекситимией, те не могли понять, какие чувства они выражали (20).

Одним из первых людей, рассказавших мне про алекситимию, был психиатр Генри Кристал, который работал с более чем тысячей переживших Холокост людей, стремясь понять массовую психическую травму (21). Кристал, который сам пережил концентрационный лагерь, обнаружил, что многие из его пациентов добились успехов в своей профессиональной деятельности, однако их близкие отношения были блеклыми и сухими. Подавляя свои чувства, они смогли преуспеть в бизнесе, однако у этого была своя цена. Они научились заглушать свои когда-то зашкаливавшие эмоции и в результате больше не могли распознавать своих чувств. Мало кто из них проявил к психотерапии какой-либо интерес.

Пол Фрэнк из Университета Западного Онтарио сделал ряд томограмм мозга пациентам с ПТСР, страдающим от алекситимии. Один из участников сказал ему: «Я не знаю, что чувствую, связь между головой и телом словно пропала. Я живу в туннеле, тумане, и что бы ни происходило, реакция одна и та же – полная бесчувственность. Принять ванну с пеной, быть сожженным или изнасилованным – для меня теперь все одно и то же. Мой мозг ничего не ощущает». Фрэнк вместе со своей коллегой Рут Ланиус обнаружил, что чем больше люди теряли связь со своими чувствами, тем меньше активности наблюдалось у них в областях мозга, отвечающих за самовосприятие (22).

Так как травмированные люди зачастую испытывают трудности с восприятием происходящего в их теле, они неспособны гибко реагировать на фрустрации. В ответ на стресс они либо «отключаются», либо впадают в гнев.

Какова бы ни была их реакция, люди зачастую не могут объяснить причину своего расстройства. Эта потерянная связь со своим телом способствует отсутствию у них самозащиты, которая была продемонстрирована многими исследователями, а также тому, что они зачастую повторно становятся жертвами насилия (23).

Кроме того, они испытывают выраженные сложности с получением удовольствия, чувствами и ощущением смысла в жизни. Чтобы люди с алекситимией могли пойти на поправку, им непременно нужно научиться понимать связь между своими физическими ощущениями и эмоциями, подобно

тому, как страдающим дальтонизмом приходится учиться различать оттенки серого, чтобы начать воспринимать мир в цвете. Подобно моей тете и пациентам Генри Кристала, они, как правило, неохотно на это идут: большинство словно приняло подсознательное решение, что лучше продолжать ходить к врачам и лечить неизлечимые проблемы, чем лицом к лицу столкнуться с демонами своего прошлого.

Деперсонализация

Еще одним шагом на пути к самозабвению является деперсонализация – потеря чувства собственного «Я». Снимок мозга Уте из четвертой главы со своим практически полным отсутствием активности является ярким примером деперсонализации. Деперсонализация – типичное явление во время травматических переживаний. Меня однажды ограбили поздно ночью в парке рядом с домом, и, словно паря над происходящим, я видел себя, лежащего в снегу с небольшой раной на голове, в окружении трех размахивающих ножами подростков. Я диссоциировал боль от их порезов на своих руках и не испытывал ни малейшего страха, уговаривая их вернуть мне мой опустошенный бумажник.

ПТСР у меня в итоге не развилось, как мне кажется, частично от того, что мне было крайне любопытно самому пережить то, что я так пристально изучал у других, а частично из-за сложившейся у меня иллюзии, будто я смогу сделать набросок своего бумажника для полиции. Разумеется, их так никогда и не поймали, однако моя фантазия о возмездии, должно быть, дала мне удовлетворительное чувство принадлежности.

Травмированным людям же повезло гораздо меньше, и они не чувствуют связи с собственным телом. Немецкий психоаналитик Пол Шильдер дал особенно удачное описание деперсонализации в 1928 году в Берлине (24).

«Людам с деперсонализацией мир кажется чужим, странным, неземным, словно во сне. Объекты порой кажутся нелепо уменьшенными в размере, порой плоскими. Звуки доносятся словно издалека... Похожие выраженные искажения претерпевают и эмоции. Пациенты жалуются, что не в состоянии испытывать ни боли, ни удовольствия... Они становятся чужаками самим себе».

Мне было крайне интересно узнать, что группа нейробиологов из Университета Женевы спровоцировали похожие внетелесные переживания, подавая слабый электрический ток в определенную точку в мозге – височно-теменной узел. У одной из пациенток это вызвало ощущение, будто она смотрит на свое тело, свисая с потолка; у другой же возникло пугающее чувство, будто кто-то стоит у нее за спиной. Это исследование подтверждает слова наших пациентов: наше «Я» может отделяться от тела и жить своей собственной, призрачной сущностью. Так, Ланиус и Фрюн, а также группа исследователей из Гронингенского университета в Нидерландах (26) провели томографию головы людям, диссоциировавшим свой страх, и обнаружили, что их мозговые центры страха попросту отключались, когда они вспоминали случившееся с ними.

Дружба со своим телом

Люди, перенесшие травму, не могут исцелиться, пока они вновь не ознакомятся с ощущениями в своем теле и не подружатся с ним. Напуганный человек живет в теле, которое постоянно настороже. Злые люди живут в злом теле. Тела жертв детского насилия будут находиться в состоянии напряжения и самозащиты, пока они не найдут способ расслабиться и чувствовать себя защищенными. Чтобы измениться, людям необходимо осознать свои ощущения, а также то, как именно их тело взаимодействует с окружающим миром. Физическое самосознание – это первый шаг в избавлении от гнета прошлого.

Как же помочь людям открыться и начать изучать мир своих внутренних ощущений и эмоций? В своей практике я начинаю этот процесс, помогая своим пациентам сначала заметить, а потом описать ощущения в своем теле – не эмоции, такие как злость, тревога или страх, а именно физические ощущения, скрывающиеся за этими эмоциями: давление, тепло, мышечное напряжение, покалывание, чувство пустоты и так далее. Я также работаю над выявлением ощущений, связанных с расслаблением или удовольствием. Я помогаю им сосредоточиться на своем дыхании, жестах и движениях. Я прошу их уделять внимание едва уловимым переменам в собственном теле, таким как сдавленность в груди или ноющее чувство в животе, когда они говорят про неприятные события, которые, по их словам, никак их не тревожат.

Когда человек впервые замечает эти ощущения, это может быть весьма неприятный опыт, провоцирующий яркие болезненные воспоминания, от которых люди сворачиваются клубком или принимают защитные позы. Тем самым они на соматическом уровне повторно переживают непереработанную травму – скорее всего, именно такую позу они принимали, когда она произошла. Пациентов в этот момент могут наводнять зрительные образы и физические ощущения, и психотерапевт должен быть знаком со способами обуздать потоки ощущений и эмоций, чтобы не допустить подкрепления травмы воспоминаниями о прошлом (школьные учителя, медсестры и полицейские зачастую очень умело успокаивают реакции страха, потому что многие из них практически ежедневно сталкиваются с неконтролируемыми или людьми с выраженной дезорганизацией).

Слишком часто, однако, вместо того, чтобы учить людей справляться с подобными мучительными физическими реакциями, этим людям назначают антипсихотические препараты нового поколения. Разумеется, лекарства лишь заглушают ощущения и никак не помогают ни справиться с ними, ни преобразить их так, чтобы они перестали отравлять и начали приносить пользу.

Когда люди расстроены, то самый естественный для них способ успокоиться – это уцепиться за другого человека. Таким образом, пациенты, пережившие физическое или сексуальное насилие, сталкиваются с дилеммой: они отчаянно жаждут человеческого прикосновения, одновременно с этим боясь телесного контакта. Их мозг нуждается в переобучении, чтобы они могли выносить чужое прикосновение и получать от него утешение. Люди, утратившие эмоциональную самоосознанность, способны посредством тренировок связать

свои физические ощущения с физиологическими событиями. Так они могут постепенно восстановить связь с самими собой (27).

Связь с собой, связь с остальными

В завершение этой главы я приведу еще одно исследование, демонстрирующее цену потери своего тела. Когда Рут Ланиус вместе со своей группой сделала томографию мозга в бездействующем состоянии, они сосредоточились на другом вопросе из повседневной жизни: что происходит с травмированными людьми в момент личного контакта?

Многие приходящие ко мне в кабинет пациенты неспособны к зрительному контакту. Я сразу же понимаю, насколько им плохо, по тому, как сложно им встретиться со мной взглядом. Неизбежно оказывается, что они чувствуют себя отвратительно, и им не по себе от того, что я вижу, насколько они жалкие. Мне никогда не приходило в голову, что это выраженное чувство стыда должно находить отражение в нарушенной активации мозга. И тут Рут Ланиус в очередной раз показала, что мозг и разум неразделимы – то, что происходит в одном, можно отследить в другом.

Рут приобрела дорогостоящее устройство, которое показывало анимированного персонажа лежащему в томографе человеку (в данном случае он был похож на доброго Ричарда Гира). Этот персонаж мог смотреть либо прямо в глаза, либо отведя взгляд на сорок пять градусов в сторону. Это позволило сравнить эффект на активацию мозга прямого зрительного контакта и отведенного в сторону взгляда (28).

Самое поразительное различие между контрольной группой из «здоровых» людей и пережившими травму пациентами заключалось в активации префронтальной коры в ответ на прямой зрительный контакт.

Префронтальная кора (ПФК) обычно помогает оценить направляющегося к нам человека, а наши зеркальные нейроны помогают понять его намерения. У людей с ПТСР, однако, лобные доли оставались полностью неактивными – они не испытывали никакого любопытства к незнакомцу.

Они просто реагировали интенсивной активацией глубоко в эмоциональном мозге, в примитивных его участках, известных как околосредовое серое вещество, которое генерирует испуг, повышенную бдительность, съеживание и другие варианты защитного поведения. Участки мозга, связанные с социальным взаимодействием, остаются при этом полностью неактивными. В ответ на посторонний взгляд эти люди попросту переходили в режим выживания.

Какое это имеет значение для их способности заводить друзей и ладить с окружающими? Какое это имеет значение для их лечения? Могут ли люди с ПТСР доверять психотерапевту свои потаенные страхи? Для того чтобы построить настоящие отношения, необходимо уметь воспринимать других людей как отдельные личности, каждая со своими собственными мотивациями и

намерениями. Конечно, нужно уметь и постоять за себя, однако также нужно понимать, что у других людей свои собственные интересы. Травма способна все это затуманить.

Часть III. Детский разум

Глава 7. На одной волне: привязанность и подстройка

Корни психологической устойчивости... лежат в ощущении того, что тебя понимает кто-то другой, любящий, гармоничный и сдержанный, что ты существуешь в его сердце и разуме.

Диана Фоша

Детская клиника при Массачусетском центре психического здоровья была наполнена встревоженными и вселяющими беспокойство детьми. Это были необузданные создания, которым не сиделось на месте, которые били других детей, а иногда даже и персонал. Они могли подбегать ко взрослым, ухватившись за них, однако тут же в ужасе убегали. Некоторые бесконтрольно мастурбировали; другие срывались на предметах, домашних животных и самих себя. Они одновременно жаждали внимания и были злыми и неговорчивыми. Особенно непослушными порой были девочки. Независимо от того, протестовали они или цеплялись за взрослых, никто из них, казалось, был не в состоянии познавать мир или играть, как это делали другие дети их возраста. У некоторых из них практически отсутствовало чувство собственного «Я» – они даже не узнавали себя в зеркале.

В то время я мало что знал про детей, не считая того, чему меня научили мои собственные дошколята. Но мне повезло с моей коллегой Ниной Фиш-Мюррей, которая училась вместе с Жаном Пиаже [26] в Женеве, а также растила своих собственных пятерых детей. Пиаже основывал свои теории детского развития на методичных, прямых наблюдениях за самими детьми, начиная с собственных, и Нина принесла этот подход в только появившийся Центр травмы при МЦПЗ.

Нина была замужем за бывшим заведующим кафедрой психологии в Гарварде Генри Мюрреем – одним из родоначальников теории личности – и активно поддерживала всех младших работников кафедры, разделявших ее интересы. Она с большим интересом отнеслась к моим историям про ветеранов, так как они напомнили ей о проблемных детях, с которыми она работала в бостонских общеобразовательных школах. Привилегированная позиция и природное обаяние

предоставили Нине доступ к Детской клинике, которой заведовал детский психиатр, проявлявший мало интереса к проблеме психологической травмы.

Помимо прочего, Генри Мюррей был знаменит изобретением повсеместно применяемого Тематического апперцептивного теста (ТАТ). ТАТ – это так называемый проективный тест, в котором используется набор карточек, чтобы понять, как внутренняя реальность людей моделирует их восприятие мира. В отличие от карточек теста Роршаха, которые мы показывали ветеранам, на карточках ТАТ изображены реалистичные, однако неоднозначные сцены: мужчина и женщина, которые отвели друг от друга свои хмурые взгляды; мальчик, смотрящий на сломанную скрипку. Испытуемых просили рассказать истории о происходящем на фотографиях, о том, что случилось перед этим и что произойдет после. В большинстве случаев их толкования сразу же давали понять, какие темы их больше всего заботят и беспокоят.

Вместе с Ниной мы решили создать набор карточек специально для детей, используя за основу фотографии, вырезанные нами из журналов в приемной клиники. В своем первом исследовании мы сравнили двенадцать детей в возрасте от шести до двенадцати лет из детской клиники с группой детей из ближайшей школы – они были подобраны таким образом, чтобы максимально соответствовать детям из первой группы по возрасту, этнической принадлежности и составу семьи (1). наших пациентов отличало то, что в своих семьях они страдали от насилия. Среди них был мальчик с огромными синяками от постоянных избиений матерью; девочка, чей отец растлил ее в возрасте четырех лет, а также еще одна девочка, в пять лет ставшая свидетелем того, как ее мать (проститутку) изнасиловали, расчленили, сожгли и бросили в багажник машины. Сутенера ее матери также подозревали и в сексуальном насилии по отношению к девочке.

Дети из нашей контрольной группы также жили в бедности в неблагоприятном районе Бостона, где регулярно становились свидетелями шокирующего насилия. В ходе проведения исследования один мальчик в их школе облил своего одноклассника бензином и поджег. Другой мальчик попал под перекрестный огонь по дороге в школу вместе со своим отцом и другом. Он был ранен в пах, а его друг – убит. С учетом того, насколько в их повседневной жизни было много насилия, стали бы их комментарии на карточки отличаться от интерпретаций госпитализированных детей?

На одной из четырех карточек была изображена семейная сцена: двое улыбающихся детей наблюдали, как их отец чинит машину. Каждый взглянувший на нее ребенок заметил, что лежащий под машиной мужчина подвергает себя опасности. Если дети из контрольной группы рассказывали истории с хорошей концовкой – машину починят и отец с детьми поедут на ней в «Макдоналдс», то травмированные дети придумывали утрюмую развязку.

Одна из девочек сказала, что маленькая девочка на картинке собирается разозлить своему папе череп молотком. Девятилетний мальчик, переживший ужасное насилие, поведал мудреную историю про то, как мальчик на картинке ногой выбивает домкрат, и раздавленное машиной тело отца заливает весь гараж кровью.

Рассказывая нам эти истории, наши пациенты становились очень взволнованными и дезорганизованными. Нам приходилось проводить с ними значительное время у кулера с водой, гулять, прежде чем им можно было показать очередную карту. Было неудивительно, что практически всем из них диагностировали синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), и большинство принимало Риталин [27] – хотя лекарство явно никак не препятствовало их возбуждению в этой ситуации.

Дети, подвергавшиеся жестокому обращению, похожим образом описали и безобидную с виду фотографию силуэта беременной женщины у окна. Когда мы показали ее семилетней девочке, изнасилованной в четыре года, она стала говорить про пенисы и влагалища, раз за разом спрашивая у Нины: «Со сколькими людьми ты трахалась?» Подобно нескольким другим пережившим сексуальное насилие девочкам, участвовавшим в исследовании, она пришла в такое возбуждение, что нам пришлось на этом остановиться. Семилетняя девочка из контрольной группы уловила тоскливое настроение картинки: она рассказала историю про овдовевшую даму, которая с грустью выглядывала в окно, скучая по своему мужу. В итоге эта дама повстречала любящего мужчину, который стал хорошим отцом ее ребенку.

Так, карточка за карточкой, мы наблюдали, что дети, не сталкивавшиеся с жестоким обращением, хотя и были лично знакомы с жизненными неприятностями, все равно верили в добро: они могли придумывать выход из плохих ситуаций. В своей семье они были в безопасности. Кроме того, они чувствовали любовь родителей, что значительно способствовало их школьной успеваемости и желанию учиться.

Ответы детей из клиники вызвали тревогу. Самые безобидные образы провоцировали сильные чувства опасности, агрессии, сексуального возбуждения и ужаса. Мы выбрали эти фотографии не потому, что в них был какой-то скрытый смысл, который способны уловить восприимчивые люди: это были обычные образы из повседневной жизни. Мы могли лишь заключить, что для столкнувшихся с жестоким обращением детей весь мир наполнен триггерами. Пока они способны воображать лишь чудовищные последствия для относительно безопасных ситуаций, любой заходящий в комнату, любой незнакомец, любой образ, будь то на экране или рекламной афише, может быть воспринят предвестником катастрофы. В свете этой информации странное поведение детей в клинике можно было прекрасно понять (2).

К моему удивлению, обсуждая своих пациентов, местный персонал редко упоминал ужасные события, пережитые этими детьми, а также влияние этой травмы на их чувства, мышление и самоконтроль. Вместо этого в их медицинских картах были записаны лишь диагностические ярлыки: «расстройство поведения» или «вызывающее оппозиционное расстройство» для озлобленных или мятежных детей, либо «биполярное расстройство». Практически у всех «сопутствующим» диагнозом был СДВГ. Не затмила ли

собой вся эта вереница диагнозов лежащую в корне всех проблем психологическую травму?

Теперь перед нами встали два важных вопроса. Нам нужно было понять, была ли связана психическая гибкость нормальных детей с их иным взглядом на мир, а также разобраться, как именно каждый ребенок создавал свою собственную картину мира. Второй не менее важный вопрос заключался в следующем: можно ли помочь разуму и мозгу переживших жестокое обращение детей перерисовать их внутреннюю картину мира, научив их доверять другим и верить в будущее?

Мужчины без матерей

Научные исследования жизненно важных взаимоотношений между младенцами и их матерями были начаты английскими аристократами, которые были в раннем детстве вырваны из своих семей и отправлены учиться в школы-пансионы, где их воспитывали в строго регламентированных условиях среди одних мальчиков. Когда я впервые побывал в знаменитой Тавистокской клинике, я обратил внимание на собрание черно-белых фотографий этих великих психиатров двадцатого века, висящих на стене вдоль парадной лестницы: Джон Боулби, Уилфред Бион, Гарри Гантрип, Рональд Фэйрбэрн и Дональд Винникотт. Каждый из них по-своему занимался изучением того, как наши детские переживания определяют все будущие взаимоотношения с окружающими, а также как в ходе повседневного взаимодействия с заботящимися о нас людьми рождается наше самосознание.

Ученые склонны изучать то, что озадачивает их больше всего, так что они зачастую становятся экспертами в областях, которым другие не придают особого значения (или, как однажды сказала мне исследователь привязанности Беатрис Биби, «большинство исследований являются самоисследованиями»). Эти мужчины, изучавшие роль матерей в жизни детей, сами были отправлены в интернаты в раннем возрасте – от шести до десяти лет, – задолго до того, как они должны были в одиночку столкнуться с миром.

Боулби мне сказал, что аналогичный опыт воспитания в школе-пансионе, вероятно, и вдохновил Джорджа Оруэлла на его роман «1984», блистательно показавший, как людей можно вынудить пожертвовать всем, чем они дорожат и во что верят – включая их чувство собственного «Я», – ради того, чтобы заслужить любовь и одобрение людей, находящихся у власти.

Так как Боулби был близким другом супругов Мюррей, мне выпадала возможность поговорить с ним о его работе каждый раз, когда он приезжал в Гарвард. Он родился в семье аристократов (его отец был хирургом при королевском дворе) и обучался психологии, медицине и психоанализу в самых престижных образовательных учреждениях Англии. Закончив Кембриджский

университет, он работал с малолетними преступниками (мальчиками) из Восточного Лондона – эта часть города была печально известна своей преступностью и больше всего пострадала от бомбардировок во времена Второй мировой. Во время своей службы в военные годы и по ее окончании он наблюдал за последствиями эвакуации и воспитания в групповых яслях, когда маленькие дети разлучались со своими семьями. Он также изучал последствия госпитализации, продемонстрировав, что даже непродолжительная разлука (в те времена родителям не разрешали оставаться в больницах на ночь) усугубляла детские страдания. К концу 1940-х годов Боулби впал в немилость британского сообщества психоаналитиков из-за своих радикальных заявлений, что проблемы с поведением у детей были результатом их реальных жизненных переживаний – пренебрежительного и жестокого отношения, разлуки, – а не продуктом детских сексуальных фантазий. Несломленный, он посвятил остаток своей жизни разработке теории привязанности, как она впоследствии была названа (3).

Надежная база

Оказавшись в этом мире, мы кричим, чтобы объявить о своем присутствии. Кто-то немедленно начинает нами заниматься, купает нас, пеленает и наполняет наш живот, а лучше всего, если наша мама еще и кладет нас себе на живот или на грудь для приятнейшего телесного контакта. До глубины души мы – социальные создания; наши жизни заключаются в поиске места среди других людей. Мне нравится выражение французского психиатра Пьера Жана: «Каждая жизнь – это произведение искусства, составленное всеми доступными средствами».

По мере развития мы постепенно учимся заботиться о себе как в физическом, так и эмоциональном плане, однако первый свой урок по заботе о себе мы получаем от других. Владение навыком самоконтроля во многом зависит от того, насколько гармоничными были наши первые взаимодействия с этими людьми. Дети, чьи родители являются надежным источником комфорта и силы, получают пожизненное преимущество – своего рода защиту от самых ужасных сюрпризов судьбы.

Джон Боулби осознал, что детей увлекают лица и голоса, и они чрезвычайно восприимчивы к выражению лица, позе, интонации, физиологическим изменениям, действиям. Он посчитал эти способности новорожденных продуктом эволюции, необходимым беспомощным созданиям для выживания.

Дети запрограммированы на выбор одного определенного взрослого, с которым они будут развивать свою естественную систему взаимодействия. Так создается первичная привязанность. Чем более чутко взрослый реагирует на ребенка, тем больше вероятность развития у ребенка адекватных реакций на окружающих.

Боулби частенько бывал в лондонском Риджентс-парке, где он целенаправленно наблюдал за взаимодействием между детьми и их матерями. Пока матери сидели спокойно на скамейке, занимаясь вязанием или чтением

газеты, их дети отправлялись познавать мир, периодически оглядываясь через плечо, чтобы убедиться, что мама по-прежнему за ними смотрит. Когда же мимо проходила соседка и мать переключалась на разговор с ней, ребенок бежал обратно и держался рядом с матерью, чтобы вновь завладеть ее вниманием. Когда младенцы и маленькие дети замечают, что их мать отвлекается от них, они начинают нервничать. Когда мать пропадает из виду, они могут начать безутешно плакать, однако сразу же успокаиваются и продолжают играть, стоит ей вернуться.

Боулби видел в привязанности надежную базу, отталкиваясь от которой ребенок направляется в мир. Последующие пятьдесят лет исследований твердо установили, что наличие безопасной гавани способствует уверенности в своих силах, прививая эмпатию и желание помочь тем, кто в беде. В ходе близкого взаимодействия, который обеспечивает привязанность, дети учатся понимать, что у других людей тоже есть мысли и чувства, одновременно похожие на их собственные и отличные от них. Другими словами, они «синхронизируются» со своим окружением и с окружающими их людьми, развивая самосознание, сочувствие, умение контролировать свои импульсы, а также внутреннюю мотивацию, которые позволяют стать полноценными членами более масштабной социальной среды. Этих качеств чрезвычайно не хватало детям в нашей Детской клинике.

Танец подстройки

Дети привязываются к тому, кто берет на себя основную заботу о них. Вместе с тем дальнейшая жизнь ребенка сильно зависит от характера этой привязанности – насколько ребенок чувствует в ней себя защищенным. Чувство защищенности развивается, когда взрослый использует эмоциональную подстройку. Подстройка начинается на самых неуловимых физических уровнях взаимодействия между ребенком и взрослым, давая ребенку почувствовать, что его понимают. Как сказал исследователь привязанности из Эдинбурга Колвин Тревартен: «Мозг координирует ритмичные движения тела, чтобы они выполнялись в такт с работой мозга других людей. Младенцы улавливают ритмичность маминого голоса и учатся ей еще до своего рождения» (4).

В четвертой главе я рассказал про открытие зеркальных нейронов, которые обеспечивают связь между мозгом разных людей, предоставляя нам способность испытывать эмпатию. Эти зеркальные нейроны начинают работать сразу же после рождения. Когда исследователь Эндрю Мелтзофф из Орегонского университета сжимал губы или высовывал язык перед рожденными шесть часов назад младенцами, они сразу же повторяли его движения (5). (Новорожденные способны сфокусировать свое зрение только на предметах, расположенных на расстоянии от двадцати до тридцати сантиметров от их глаз – как раз чтобы видеть человека, который держит их на руках.)

Подражание – наш самый фундаментальный социальный навык. Благодаря ему мы автоматически улавливаем и повторяем поведение наших родителей, учителей и сверстников.

Большинство родителей настолько непроизвольно устанавливают связь со своими маленькими детьми, что почти никогда не отдают себе отчета в том, как происходит подстройка. Благодаря же приглашению своего друга, исследователя привязанности Эда Троника мне выпала возможность более пристально понаблюдать за этим процессом. Через одностороннее зеркало в Гарвардской лаборатории развития человека я наблюдал за тем, как мать играет со своим сыном, усаженным в детском кресле напротив нее.

Она сжюкалась с ним, а он повторял за ней звуки, и им было весело – пока мама не нагнулась, чтобы ткнуть в него носом, а ребенок, оживившись, не дернул ее за волосы. Мать оказалась застигнута врасплох, взвизгнула от боли и оттолкнула его руку, в то время как ее лицо искривилось от злости. Младенец тут же отпустил, и они отстранились друг от друга физически. Удовольствие для них обоих сменилось неприязнью. Явно испугавшись, младенец закрыл руками лицо, чтобы не видеть своей разозлившейся мамы. Мать, в свою очередь, увидев, что ребенок расстроился, снова на нем сосредоточилась и начала издавать успокаивающие звуки, чтобы загладить случившееся. Ребенок продолжал держать глаза закрытыми, однако вскоре ему снова захотелось близости. Он стал выглядывать из-за рук, чтобы проверить, миновала ли опасность, в то время как мать приблизилась к нему с обеспокоенным выражением лица. Когда она начала щекотать его пузо, он опустил руки и разразился радостным смехом – гармония была восстановлена. Младенец и его мама снова синхронизировались. Весь этот цикл наслаждения, прерывания, восстановления и вновь наслаждения занял меньше двенадцати секунд.

Троник и другие исследователи показали, что когда маленькие дети и взрослые синхронизированы на эмоциональном уровне, то они синхронизированы и физически (6). Младенцы не в состоянии управлять своим собственным эмоциональным состоянием, не говоря уже про частоту сердцебиения, гормональную секрецию и активность нервной системы, сопровождающие эмоции.

Когда ребенок синхронизирован с заботящимся о нем взрослым, то его радость и чувство связи отражаются в равномерном сердцебиении и дыхании, а также низких уровнях гормонов стресса. Его тело спокойно – спокойны и его эмоции.

Когда же эта музыка прерывается – как это обычно частенько происходит в повседневной жизни, – меняются и все эти физические параметры. Понять, что равновесие восстановилось, можно по успокоившейся физиологии.

Мы успокаиваем новорожденных, однако родители вскоре начинают учить своих детей справляться с повышенным уровнем возбуждения – чаще всего эта задача возлагается на плечи отцов (я как-то слышал, как физиолог Джон Готтман сказал: «Мать гладит, отец толкает»). Управление собственным возбуждением – важнейший жизненный навык, и пока младенец его не освоил, родителям приходится управляться вместо него. Почувствовав голод, ребенок начинает кричать, получая в ответ грудь или бутылочку. Когда он напуган, его берут на руки и укачивают, пока он не успокоится. Когда его кишечник опорожняется, кто-то его моет и вытирает. Установление связи между сильными физическими ощущениями и чувством безопасности, комфорта и

контроля лежит в основе саморегуляции, самоуспокоения и заботы о себе – к этой теме я еще не раз буду возвращаться на страницах этой книги.

Привязанность, вызывающая чувство защищенности (далее – «здоровая» привязанность. – Прим. пер.), вкупе с развитием навыков саморегуляции формируют так называемый внутренний локус контроля – ключевой фактор здоровой адаптации на протяжении жизни (7). Дети, у которых формируется такая привязанность, открывают для себя, от чего им хорошо, от чего им (и окружающим) плохо, а также вырабатывают чувство принадлежности (в рамках определения принадлежности, которое было дано ранее. – Прим. пер.): осознания того, что своими действиями они могут менять свои ощущения и реакции окружающих. Такие дети учатся различать ситуации, которые они могут контролировать, и ситуации, в которых им нужна помощь. Они постепенно понимают, что могут играть активную роль, столкнувшись со сложными ситуациями. Дети же, пережившие пренебрежительное и жестокое обращение, напротив, усваивают, что взрослые никак не реагируют на их страх, мольбы и плач. Что бы они ни делали, они не в состоянии прекратить избиения либо обратить на себя внимание и добиться помощи. По сути, их приучают сдаваться перед лицом трудностей, и такая модель поведения сохраняется на протяжении всей дальнейшей жизни.

Восприятие реальности

Современник Боулби, педиатр и психоаналитик Дональд Винникотт является основоположником современных учений о подстройке. Его тщательные наблюдения за взаимодействием между матерью и ребенком начинались с изучения того, как мать держит своего младенца. Он выдвинул предположение, что эти физические взаимодействия закладывают фундамент для чувства собственного «Я» ребенка – а также чувства идентичности в рамках него. От того, как мать держит своего ребенка, зависит «способность воспринимать свое тело как сосредоточение психики» (8). Это примитивное кинестетическое ощущение чужого взаимодействия с нашим телом в итоге определяет, что мы воспринимаем «реальным» (9).

Винникотт считал, что подавляющее большинство матерей весьма неплохо справляются с подстройкой к своим детям – не нужно быть семи пядей во лбу, чтобы стать «достаточно хорошей матерью» (10). Вместе с тем все может пойти наперекосяк, если мать окажется неспособной подстраиваться к физической реальности тела своего младенца. Когда мать оказывается не в состоянии удовлетворять позы и потребности ребенка, «младенец стремится стать таким, каким он должен быть по мнению матери». Отказавшись от своих внутренних ощущений и стараясь подстроиться под потребности взрослого, ребенок воспринимает нормальный порядок вещей каким-то неправильным. Дети, которым недостает физической подстройки, склонны отключать прямую обратную связь от своего тела, являющегося сосредоточением удовольствия, цели и направления.

За годы, прошедшие с выдвижения Боулби и Винникоттом своих идей, исследователи привязанности по всему миру продемонстрировали, что у большинства детей имеется привязанность, дающая им чувство защищенности. Когда они вырастают, восприимчивость их родителей в детстве помогает им

справляться со своими страхами и тревогами. Если они не столкнутся с сокрушительными жизненными событиями – психологической травмой, – которые выводят из строя систему саморегуляции, то на протяжении всей своей жизни они будут сохранять фундаментальное состояние эмоциональной защищенности. Здоровая привязанность в детстве также становится шаблоном для будущих отношений детей. Они улавливают чувства других людей и с ранних лет учатся отличать реальность от выдумки. У них вырабатывается нюх на обман и опасных людей. С такими детьми, как правило, приятно вместе играть, и взаимодействие с другими детьми способствует развитию у них самоуверенности. Научившись синхронизироваться с другими людьми, они замечают малейшие изменения в голосе и выражении лица, подстраивая соответствующим образом свое поведение. Они учатся жить в рамках общего восприятия мира, и им гораздо легче стать значимыми членами общества.

Вместе с тем пренебрежительное или жестокое обращение способны запустить этот процесс в обратном направлении. Дети, столкнувшиеся с жестокостью, зачастую крайне восприимчивы к изменениям в голосе и лице, однако склонны реагировать на них как на угрозу, вместо того, чтобы использовать эту информацию для подстройки. Доктор Сет Поллак из Университета Висконсина показал фотографии с различными выражениями лица группе обычных восьмилетних детей и группе детей того же возраста, которые пережили жестокое обращение, сравнив между собой их реакции. Рассматривая эти фотографии, на которых спектр эмоций менялся от злости до грусти, дети из второй группы были особенно восприимчивы к малейшим проявлениям злости (11).

Это одна из причин, по которым столкнувшиеся с жестоким обращением дети так легко пугаются или становятся настороженными. Только представьте себе, каково пробираться мимо океана лиц в школьном коридоре, пытаясь понять, кто из этих людей может на тебя напасть. Детям, которые слишком бурно реагируют на агрессию со стороны сверстников, которые неспособны улавливать потребности других детей, которые чуть что замыкаются в себе или теряют контроль над своими импульсами, найти друзей оказывается намного сложнее. В конечном счете они могут научиться скрывать свой страх, изображая из себя крутых, либо же они начинают все больше и больше времени проводить в одиночестве за просмотром телевизора или видеоигр, от чего их навыки коммуникации и эмоциональная саморегуляция страдают еще больше.

Потребность в привязанности никогда не ослабевает. Большинству людей чувство оторванности от окружающих попросту невыносимо. Люди, неспособные устанавливать нормальную связь с коллегами, друзьями или близкими, как правило, находят другие способы взаимодействия: например, посредством болезни, судебных исков или семейной вражды. Они готовы на все, лишь бы избавиться от этого неприятного чувства одиночества и отчужденности.

Несколько лет назад в канун Рождества меня вызвали осмотреть четырнадцатилетнего мальчика в тюрьме графства Суффолк. Джека арестовали

за проникновение в дом уехавших в отпуск соседей. Когда полицейские обнаружили его в гостиной, охранная сигнализация ревела.

Первым делом я спросил у Джека, кто, как ему кажется, придет навестить его в тюрьму на Рождество. «Никто, – ответил он. – Никто никогда не уделяет мне внимания». Как оказалось, его уже неоднократно ловили на взломе с проникновением. Он был знаком с полицией, а полиция знала про него. С наслаждением в голосе он рассказал мне, что полицейские, увидев его стоящим посреди гостиной, воскликнули: «Господи, это снова Джек, этот маленький засранец». Кто-то его узнал, кто-то знал, как его зовут. Чуть позже Джек признался: «Знаете, ведь ради этого я все и делаю». Дети готовы пойти почти на что угодно, чтобы обратить на себя внимание, почувствовать с кем-то связь.

Родителей не выбирают

Развитие привязанности у детей происходит на уровне биологического инстинкта – у них попросту нет выбора. В зависимости от того, как относятся к ним взрослые – с любовью или заботой либо отстраненно, пренебрежительно или жестоко, у них формируется стратегия адаптации, основанная на их попытках получить хотя бы часть необходимого им внимания.

На данный момент у нас существуют надежные методы оценки и выявления этих стратегий адаптации во многом благодаря работе двух американских ученых – Мэри Эйнсворт и Мэри Майн, которые вместе с коллегами на протяжении многих лет провели тысячи часов наблюдений за взаимоотношениями между матерями и их новорожденными детьми. Эйнсворт создала метод исследования под названием «Незнакомая ситуация» – изучается реакция младенца на временную разлуку с матерью. Как замечал Боулби, дети, у которых сформировалась здоровая привязанность, начинают нервничать, когда мать их покидает, однако испытывают радость по ее возвращении, а спустя короткое время полностью успокаиваются и снова становятся игривыми.

У младенцев же, чья привязанность к матери не вызывает у них чувства защищенности, картина куда более сложная. Дети, чьи матери невосприимчивы к их нуждам, либо пренебрегают ими, либо учатся справляться с возникающей в результате тревожностью двумя разными способами. Исследователи заметили, что некоторые из них постоянно расстраиваются и требуют внимания со стороны матери, в то время как другие ведут себя более пассивно и отстраненно. Детям из обеих групп контакт с матерью не приносит утешения – они не успокаиваются, как это происходит у детей со здоровой привязанностью к матери.

При так называемой «отстраненной привязанности» младенцы выглядят так, словно их ничего не волнует – они не плачут при разлуке с матерью и не обращают на нее внимания, когда она возвращается. Вместе с тем это вовсе не означает, что они не страдают. На самом деле их хронически учащенное сердцебиение указывает на то, что они постоянно находятся в состоянии чрезмерного возбуждения. Мы вместе с коллегами называем такое поведение «бесчувственной адаптацией» (12). Большинству матерей таких отстраненных

детей словно не нравится трогать своих младенцев. Они не склонны обнимать и держать их на руках, своими выражениями лица и голосом они не создают приятного ритмичного взаимодействия со своими детьми.

Нездоровая привязанность другого типа называется «тревожной» или «противоречивой» – такие дети постоянно привлекают к себе внимание плачем и криками: они «чувствуют, но не адаптируются» (13). Они словно пришли к заключению, что никто не будет уделять им внимания, пока они не устроят спектакль. Они чрезвычайно расстраиваются, когда не знают, где их мать, однако ее возвращение не приносит им особого утешения. И хотя ее компания не приносит им видимого удовольствия, они продолжают пассивно или озлобленно фокусироваться на ней, даже в ситуациях, когда другие дети предпочли бы игру (14).

Исследователи привязанности у детей полагают, что эти три «упорядоченные» стратегии (здоровая, отстраненная и тревожная) срабатывают, так как помогают добиться максимальной заботы, которую может предоставить конкретный взрослый. Дети, забота о которых имеет четкую закономерность – даже если она связана с выраженной отстраненностью или бесчувственностью, способны приспособливаться для поддержания отношений. Это вовсе не значит, что проблема отсутствует: модель привязанности, выработанная в детстве, зачастую сохраняется и во взрослой жизни.

Тревожные дети вырастают в тревожных взрослых, в то время как отстраненные дети, вырастая, теряют связь со своими собственными чувствами и чувствами окружающих. Например, когда говорят: «Нет ничего плохого в том, чтобы шлепать детей. Меня вот били, и это помогло мне добиться в жизни успеха».

В школе отстраненные дети чаще обижают сверстников, в то время как тревожные дети склонны становиться жертвами издевательств (15). Вместе с тем развитие происходит нелинейно, и многие жизненные ситуации способны оказать свое влияние на конечный результат.

Существует, однако, еще одна группа детей, у которых не сформировалось устойчивой адаптации, и среди детей, проходящих лечение у нас, а также взрослых, наблюдающихся в психиатрических клиниках, таких большинство. Примерно двадцать лет тому назад Мэри Майн вместе с коллегами из Калифорнийского института в Беркли начали выделять группу детей (составляющих примерно пятнадцать процентов из тех, что участвовали в их исследованиях), которые, казалось, не понимали, как взаимодействовать с заботящимися о них взрослыми. Как оказалось, самая главная проблема заключалась в том, что сами взрослые представляли для этих детей источник стресса или ужаса (16).

Оказавшись в такой ситуации детям не к кому обратиться за помощью, и они сталкиваются с неразрешимой дилеммой: их матери одновременно и необходимы для их выживания, и вызывают у них страх (17). Они «не могут ни сблизиться (здоровая и противоречивые «стратегии»), ни сместить [свое] внимание (тревожная «стратегия»), ни убежать» (18). Если понаблюдать за этими детьми в яслях или во время исследований по изучению привязанности, то можно увидеть, как они смотрят на входящих в помещение родителей, а

также как быстро потом отворачиваются от них. Будучи не в состоянии решить, пытаться ли им сблизиться или избегать своих родителей, они могут начать раскачиваться на четвереньках, словно впадая в транс, замирать на месте с поднятыми вверх руками или же вставать, чтобы приветствовать своих родителей, а затем падать на пол. Не понимая, кто для них безопасен, кто для них «свой», они могут быть чрезмерно любвеобильными с незнакомцами либо не доверять никому. Майн назвала такое поведение «беспорядочной привязанностью». Беспорядочная привязанность – это «безысходный страх» (19).

Внутренняя беспорядочность

Сознательные родители зачастую начинают тревожиться, когда знакомятся с исследованиями привязанности – они переживают, что своей периодической нетерпимостью или обиденными проблемами с подстройкой они могли нанести своим детям неисправимый вред. В реальной жизни нельзя избежать недопонимания, неуместных реакций и проблем во взаимодействии. Когда матери и отцы вовремя не откликаются либо заняты своими делами, младенцам зачастую приходится самим придумывать, как успокоиться. В пределах разумного это не представляет никакой проблемы. Детям нужно учиться справляться со своими недовольствами и разочарованиями. С «достаточно хорошими» взрослыми дети постепенно усваивают, что разорванную связь можно восстановить. Главное, чтобы они были в состоянии чувствовать себя в душе защищенными, находясь со своими родителями или другими заботящимися о них взрослыми (20).

В ходе исследования стратегий привязанности, в котором приняли участие более двух тысяч детей из «нормальных» семей среднего класса, было установлено, что 62 процента чувствовали себя в безопасности, 15 процентов были замкнутыми (отстраненная стратегия), 9 процентов тревожными (противоречивая стратегия), а 15 процентов – беспорядочными (21). Любопытно, что, как показало это исследование, пол и характер ребенка оказывали мало влияния на стратегию привязанности – так, например, у «трудных» детей не была выявлена повышенная вероятность выработки беспорядочной привязанности. Дети из более низких социально-экономических слоев оказались более склонны к беспорядочной привязанности (22) – вероятно, это связано с тем, что родители сильно нервничают из-за финансовых и семейных проблем.

У детей, не чувствующих защищенности во младенчестве, по мере взросления возникают сложности с контролем своего поведения и эмоциональных реакций. К тому моменту, как они идут в детский сад, многие из этих детей становятся агрессивными или замкнутыми, и у них развиваются различные психиатрические проблемы (23). Кроме того, у них наблюдается повышенный уровень физиологического стресса, выражающегося в изменении частоты сердцебиения, вариабельности сердечного ритма (24), гормональных реакций с участием гормонов стресса, а также пониженном иммунитете (25). Происходит ли автоматическая нормализация подобных биологических дисфункций, когда ребенок взрослеет или перебирается в более безопасную для него среду? Насколько нам известно, этого не происходит.

Жестокое обращение со стороны родителей является не единственной возможной причиной развития беспорядочной привязанности: родители, слишком поглощенные своей собственной психологической травмой, связанной, например, с домашним насилием, изнасилованием или недавней смертью кого-то из родителей либо другого ребенка, могут также быть эмоционально нестабильными и изменчивыми, чтобы обеспечивать необходимый комфорт и защиту (26, 27). Если даже для воспитания чувствующих себя защищенными детей все родители нуждаются в любой доступной поддержке, травмированным родителям особенно нужна помощь в подстройке к потребностям своих детей.

Взрослые зачастую не осознают, когда их синхронизация с детьми нарушается. Я отчетливо помню видеозапись, которую мне показала Беатрис Биби (28). На ней молодая мать играла со своим трехмесячным младенцем. Все было хорошо, пока ребенок не отстранился и не отвернул голову, дав понять, что ему нужен перерыв. Мать, однако, не уловила этих сигналов и стала еще старательнее пытаться вовлечь ребенка в игру, повысив громкость голоса и приблизив к нему свое лицо. Когда он отпрянул еще дальше, она продолжила качать его и тыкать в него. Наконец он начал кричать, после чего мать уложила его и ушла с удрученным видом. Было очевидно, что она чувствует себя ужасно, однако она попросту не уловила важных сигналов от ребенка. Легко представить, как подобное недопонимание, повторяясь снова и снова, может привести к хроническим проблемам во взаимодействии (каждый, кому доводилось воспитывать страдающего от коликов или гиперактивного ребенка, знает, как быстро нарастает стресс, когда кажется, будто ничего не помогает). Раз за разом оказываясь не в состоянии успокоить своего ребенка или нормально с ним поиграть, мать может начать воспринимать его как трудного, чувствовать себя нерадивой матерью и в будущем больше не предпринимать попыток его успокоить.

На практике зачастую оказывается сложно отличить проблемы, возникшие из-за беспорядочной привязанности, от проблем, ставших следствием травмы: они зачастую оказываются переплетены между собой. Моя коллега Рэйчел Иегуда занималась изучением распространенности ПТСР среди взрослых жителей Нью-Йорка, переживших нападение или изнасилование (29). Те, чьи матери пережили Холокост с последующим развитием у них ПТСР, значительно чаще сталкивались с тяжелыми психологическими проблемами после этих травмирующих происшествий. Самое логичное объяснение подобной закономерности заключается в том, что в процессе воспитания их психика осталась уязвимой, из-за чего им было сложнее восстановить внутреннее равновесие после перенесенного насилия. Иегуда обнаружила схожую уязвимость среди детей женщин, которые находились в Мировом торговом центре в тот самый трагический день 2001 года (30).

Аналогично реакция детей на болезненные события во многом определяется тем, насколько спокойны или взволнованы их родители. Мой бывший студент Гленн Сакс, ныне заведующий кафедрой детской и подростковой психиатрии в Нью-Йоркском университете, продемонстрировал, что развитие ПТСР у детей, попавших в больницу с тяжелыми ожогами, можно было предсказать, отталкиваясь от того, насколько защищенными они себя чувствовали со своими матерями (31).

Характер привязанности детей к матерям предсказывал необходимую для облегчения боли дозировку морфина – чем более здоровой была привязанность, тем меньше обезболивающего им было нужно.

Другой мой коллега, Клод Чемтоб, руководивший программой изучения семейной травмы в медицинском центре Лангон при Нью-Йоркском университете, исследовал 112 детей из Нью-Йорка, ставших непосредственными свидетелями террористических атак 11 сентября 2001-го (32). Дети, чьим матерям впоследствии диагностировали ПТСР или депрессию, в шесть раз чаще оказывались подвержены серьезным эмоциональным проблемам или повышенной агрессии в ответ на то, что они пережили. У детей, чьи отцы столкнулись с ПТСР, также наблюдались проблемы с поведением, однако Чемтоб обнаружил, что этот эффект не был прямым и передавался через мать (когда живешь с вспыльчивым, отстраненным или напуганным супругом, то это запросто может стать сильной психологической нагрузкой, вплоть до развития депрессии).

Когда у человека нет внутреннего чувства защищенности, ему сложно различать, что представляет опасность, а что нет. Когда ваши эмоции и чувства постоянно притуплены, потенциально опасные ситуации могут помогать чувствовать себя живым. Когда кто-то приходит к выводу, что он, должно быть, ужасный человек (иначе зачем бы родители стали к нему так относиться?), то он начинает ожидать ужасного обращения и со стороны других людей. Он думает, что заслуживает этого, да и в любом случае ничего не может с этим поделать. Когда люди с дезорганизацией начинают воспринимать себя подобным образом, они обречены на получение психологической травмы от дальнейших событий в своей жизни (33).

Долгосрочные последствия беспорядочной привязанности

В начале 1980-х моя коллега из Гарварда Карлен Лайонс-Рут, исследователь привязанности, начала записывать на видеопленку прямое взаимодействие между матерями и их детьми в возрасте полугода, года и полутора лет. Она снова сняла их на видео в возрасте пяти, семи и восьми лет (34). Все были из семей, принадлежавших к группе повышенного риска: сто процентов в соответствии с установленными государством критериями жили за чертой бедности, а почти половина матерей воспитывали детей в одиночку.

Беспорядочная привязанность проявлялась двумя разными способами: одна группа матерей, казалось, была слишком занята своими собственными проблемами, чтобы реагировать на потребности своих маленьких детей. Они зачастую вели себя навязчиво и враждебно: то не обращали на своих детей внимания, то вели себя с ними так, словно это дети должны были удовлетворять их потребности. Другая группа матерей испытывала страх и чувство беспомощности. Они зачастую казались мильми или ранимыми, однако не умели вести себя в отношениях по-взрослому – казалось, они ждали от своих детей утешения. Они не замечали своих детей, вернувшись после разлуки с ними, и не брали их на руки, когда тем было плохо. Казалось, эти матери вели себя подобным образом неумышленно – они попросту не знали, как подстраиваться к своим детям и реагировать на поступающие от них сигналы, из-за чего не могли их успокоить и утешить. Враждебные/навязчивые матери в прошлом чаще сталкивались с жестоким

обращением и/или становились свидетелями домашнего насилия, в то время как отчужденные/беспомощные матери чаще имели дело с сексуальным насилием или потерей родителей (но не физическим насилием) (35).

Мне всегда было любопытно, как родители приходят к тому, что начинают жестоко обращаться со своими детьми. В конце концов, воспитание здорового потомства лежит в самом корне нашего человеческого предназначения, смысла нашей жизни. Что может побудить родителей сознательно причинять своим детям вред либо же не уделять им нужного внимания? Своей работой Карлен предоставила мне один ответ: просматривая ее видеозаписи, я видел, как дети постепенно становились все более и более безутешными, замкнутыми или невосприимчивыми к своим матерям, которые не могли к ним подстроиться. Сами же матери вместе с тем все больше раздражались, выглядели все более разбитыми и беспомощными, пытаясь наладить с ребенком связь. Как только мать начинает видеть в своем ребенке не партнера в гармоничных отношениях, а недовольного, разъяренного чужака, с которым невозможно найти общий язык, создаются все предпосылки для последующего жестокого обращения.

Восемнадцать лет спустя, когда этим детям было примерно по двадцать лет, Лайонс-Рут провела еще одно исследование, чтобы узнать, как они адаптировались ко взрослой жизни.

Младенцы, чья эмоциональная связь со своими матерями в восемнадцать лет была сильно нарушена, выросли молодыми людьми с нестабильным чувством собственного «Я», склонностью к саморазрушению (включая чрезмерную трату денег, беспорядочные половые связи, злоупотребление спиртным и наркотиками, агрессивное вождение и обжорство), чрезмерной агрессии и суициду.

Карлен вместе с коллегами предполагали, что враждебное/навязчивое поведение со стороны матери станет наиболее важным фактором в развитии психической нестабильности у повзрослевших детей, однако на деле все оказалось иначе. Наиболее сильное и продолжительное влияние оказала эмоциональная отрешенность. Эмоциональная отдаленность и смена ролей (когда мать ожидает от ребенка, что он будет о ней заботиться) в особенности способствовали проявлению у молодых людей агрессивного поведения по отношению к себе и окружающим.

Диссоциация: когда знаешь и не знаешь одновременно

Особый интерес для Лайонс-Рут представляло явление диссоциации, когда человек чувствовал себя потерянным, раздавленным, брошенным и изолированным от мира и воспринимал себя нелюбимым, пустым, беспомощным, безнадежным и угнетенным. Она обнаружила «поразительную и неожиданную» связь между пренебрежением и неспособностью подстроиться со стороны

матери в течение первых двух лет жизни и симптомами диссоциации в юности. Лайонс-Рут заключила, что дети, у которых не сложилось здоровой связи со своей матерью, подвержены повышенному риску оказаться неспособными в юношеском возрасте адекватно воспринимать себя и свое окружение (36).

Дети, воспитываемые в здоровых отношениях, учатся выражать не только свои фрустрации и печали, но также и свое зарождающееся «Я» – свои интересы, предпочтения и цели. Получение сочувственного отклика защищает детей (и взрослых) от чрезмерного тревожного возбуждения. Когда же взрослый игнорирует их потребности либо возмущается самим их существованием, то они привыкают к отчужденности и отторжению. Они справляются с этим как могут, блокируя материнскую враждебность или пренебрежение, и ведут себя так, словно это не имеет значения, однако их тело чаще всего остается в состоянии повышенной бдительности, готовое отразить удары или принять лишения и отторжение. При диссоциации человек одновременно знает и не знает о происходящем с ним (37).

Боулби писал: «Те чувства, которые не могут быть выражены по отношению к матери/другому, не могут быть идентифицированы в самом себе» (38). Когда тебе невыносимо знать то, что ты знаешь, или чувствовать то, что ты чувствуешь, то единственным спасением является отрицание и диссоциация (39).

Пожалуй, самым губительным долгосрочным последствием подобной защитной реакции является то, что человек перестает чувствовать себя настоящим. Когда ты не чувствуешь себя, для тебя уже ничего не важно, из-за чего ты больше не можешь защитить себя от опасности.

Либо же, стремясь почувствовать хоть что-то, человек прибегает к крайним мерам – например, режет себя лезвиями или затевает драку с незнакомцами. Мы видели подобные состояния у детей в Детской клинике и наблюдаем в настоящий момент у детей и взрослых, обращающихся в наш Центр травмы.

Исследование Карлен показало, что диссоциация развивается в раннем возрасте: последующее жестокое обращение или другие травмы не способствуют симптомам диссоциации, наблюдаемым в юношеском возрасте (40). Насилие и психологические травмы приводят ко многим другим проблемам, однако не имеют никакого отношения к диссоциации или агрессии по отношению к себе. Отсутствие ощущения защищенности в отношениях со взрослым в раннем детстве приводит к нарушению чувства внутренней реальности, чрезмерной привязанности и склонности к саморазрушению: бедность, воспитание матерью-одиночкой или наличие у матери психиатрических проблем никак на появление этих симптомов не влияют.

Это вовсе не означает, что жестокое обращение с ребенком не оказывает никакого влияния (41), однако качество отношений ребенка с родителем в раннем детстве оказалось решающим фактором в предотвращении развития психических проблем, независимо от наличия каких-либо других травм (42). По этой причине лечение должно затрагивать не только отпечатки конкретных травматических событий, но также и последствия отсутствия здоровой

привязанности в раннем детстве, а именно диссоциацию и утрату саморегуляции.

Восстановление синхронности

Каждая стратегия привязанности создает внутреннюю карту, которая будет определять наши отношения на протяжении всей жизни, причем не только ожидания от других людей, но и то, насколько комфортно и приятно нам будет в их присутствии. Я сомневаюсь, что поэт Эдвард Эстлин Каммингс мог бы написать свои веселые строки «Люблю свое тело, когда оно с твоим телом сопряжено. И все так ново. И мускул – на мускуле. И нерв – на нерве», если бы в раннем детстве он только и видел что каменные лица и враждебные взгляды (43). Карта взаимоотношений с окружающими впечатана в наш эмоциональный мозг, ее нельзя изменить лишь пониманием того, какой она должна быть. Вы можете осознать, что ваша боязнь близких отношений как-то связана с послеродовой депрессией вашей матери или с тем фактом, что она сама в детстве была растлена, однако этого не будет достаточно, чтобы вы смогли довериться другому человеку и быть с ним счастливы.

Тем не менее осознание этого может помочь вам начать поиски других способов взаимодействия в отношениях – как ради вас самих, так и ради ваших детей, которым вы можете передать нездоровую привязанность. В пятой части книги я рассмотрю ряд подходов по исцелению искаженной системы подстройки с помощью обучения ритмичности и взаимности (44). Для синхронизации с самим собой и окружающими необходимо задействовать наши телесные ощущения – зрение, слух, осязание и чувство равновесия. Когда этого не происходит в младенчестве и раннем детстве, повышается риск проблем с сенсорной интеграцией в будущем (к которым могут привести далеко не только травма и пренебрежительное отношение).

Синхронизация – это вхождение в резонанс посредством объединяющих звуков и движений, которые присущи повседневным сенсорным ритмам готовки и уборки, засыпания и пробуждения. Синхронизация – это обмен веселыми рожицами и объятиями, выражение восторга или неодобрения в подходящие для этого моменты, перебрасывание мяча, совместное пение. В нашем Центре травмы мы разработали программы обучения родителей технике подстройки к своим детям, и мои пациенты рассказали мне про многие другие способы синхронизации, начиная от хорового пения и бальных танцев и заканчивая вступлением в баскетбольную команду, джазовые или камерные музыкальные коллективы. Все это способствует коллективному удовольствию.

Глава 8. В ловушке отношений: цена жестокого и пренебрежительного обращения

«Ночное морское путешествие» – это путешествие в расщепленные, отвергнутые, неизвестные, нежеланные, брошенные части нашего «Я», которые были сосланы в различные подземные миры нашего сознания... Цель данного путешествия – это вернуть нам связь со своим «Я». Подобное воссоединение может оказаться на удивление болезненным, даже жестоким. Чтобы его совершить, нам нужно сначала согласиться принимать все.

Стивен Коп

Мэрилин была высокой, на вид спортивной женщиной тридцати с лишним лет, которая работала операционной медсестрой в соседнем городе. Она рассказала мне, что несколькими месяцами ранее начала играть в своем спортклубе в теннис с бостонским пожарным по имени Майкл. По ее словам, обычно она сторонилась мужчин, однако постепенно ей стало настолько комфортно с Майклом, что она не стала отказываться, когда он начал приглашать ее после игры в пиццерию. Они болтали про теннис, фильмы, своих племянников и племянниц – никаких слишком личных тем.

Однажды августовским субботним вечером после тенниса и пиццы она пригласила его к себе домой провести ночь. Она сказала, что почувствовала себя «скованной и оторванной от реальности», как только они остались наедине. Она попросила его не торопиться, однако мало что помнила о том, что случилось дальше. После нескольких бокалов вина и повторного просмотра серии «Закона и порядка» они, судя по всему, вместе уснули в ее кровати. Примерно в два часа ночи Майкл перевернулся во сне. Когда Мэрилин ощутила прикосновение его тела, она взорвалась – принялась колотить его кулаками, царапать и кусать, с криками: «Ах ты сволочь, ах ты сволочь!» Майкл вскочил, собрал свои вещи и сбежал. Когда он ушел, Мэрилин сидела на своей кровати в течение нескольких часов, потрясенная случившимся. Ей было чрезвычайно стыдно, и она ненавидела себя за то, что сделала. Теперь же она обратилась ко мне, чтобы я помог ей справиться с ее боязнью мужчин и необъяснимыми приступами ярости.

Моя работа с ветеранами приучила меня слушать неприятные истории, вроде той, что рассказала Мэрилин, при этом не пытаюсь сразу же приступить к решению проблемы. Психотерапия зачастую начинается с какого-то необъяснимого поведения: женщины внезапно нападают на своего парня посреди ночи; пугаются, когда кто-то смотрит им прямо в глаза; обнаруживают себя залитыми кровью, порезав кожу куском стекла, либо специально вызывают рвоту после еды. Требуются время и терпение, чтобы позволить скрывающейся за этими симптомами реальности себя обнаружить.

Ужас и оцепенение

Мэрилин объяснила, что за более чем пять лет Майкл стал первым мужчиной, которого она привела к себе домой, однако она уже не в первый раз теряла

над собой контроль, когда проводила ночь вместе с мужчиной. Она рассказала, что всегда чувствовала себя напряженной и зажатой, оказавшись с мужчиной наедине, и были другие случаи, когда она «приходила в себя» в своей квартире, сжавшись в углу и толком не помня, что произошло.

Мэрилин сказала, что у нее было такое чувство, словно она «только делала вид», что у нее есть жизнь. Если она была не на теннисном корте или в операционной, то, как правило, ничего не чувствовала. Несколько лет назад она обнаружила, что может побороть свою бесчувственность с помощью лезвия бритвы, однако испугалась, когда стала резать себя все глубже и чаще, чтобы добиться облегчения.

Она пробовала также и напиваться, однако это напоминало ей про ее отца и его бесконтрольное пьянство, из-за чего начинала испытывать к себе отвращение. Так что вместо этого она фанатично играла в теннис при первой возможности. Так она чувствовала себя живой.

Когда я поинтересовался ее прошлым, Мэрилин сказала, что у нее, «наверное», было счастливое детство, однако она мало что помнила до того, как ей исполнилось двенадцать. Она сказала, что была робким подростком, а после ожесточенной стычки с отцом-алкоголиком, когда ей было шестнадцать, убежала из дома. Она закончила муниципальный колледж и выучилась на медсестру без какой-либо помощи со стороны родителей. Ей было стыдно, что в тот период она спала с кем попало – по ее собственным словам, «она искала любовь не там, где нужно».

Как я это часто делаю со своими новыми пациентами, я попросил ее нарисовать семейный портрет. Увидев ее рисунок (воспроизведенный выше), я решил действовать не спеша. Было очевидно, что у Мэрилин были какие-то ужасные подавленные воспоминания, однако она не позволяла себе признать того, что было изображено на ее собственном рисунке. Она нарисовала обезумевшего от страха ребенка, запертого в некоем подобие клетки, которому угрожали не только три кошмарные фигуры – одна без глаз, – но также и огромный зрегированный пенис, вторгающийся в ее пространство. И тем не менее эта женщина сказала, что у нее, «наверное», было счастливое детство.

Как написал поэт Уистен Хью Оден:

Правда, подобно сну и любви, не терпит

Подходов, что слишком настырны (1).

Я называют это правило Одена, и, следуя ему, я специально не стал просить Мэрилин рассказать мне, что она помнила. На самом деле мой опыт дал мне понять, что мне не так уж важно знать все подробности пережитых моими пациентами травм. Самым главным было то, чтобы пациенты сами научились справляться со своими ощущениями и воспоминаниями. На это могут уйти месяцы или даже годы. Я решил начать лечение Мэрилин с приглашения ее в терапевтическую группу, где она могла обрести поддержку и признание, прежде чем начать разбираться с причиной своего недоверия, стыда и гнева.

Как я и ожидал, Мэрилин пришла на свое первое собрание группы с испуганным видом, подобно девочке с ее семейного портрета; она была замкнутой и ни с кем не общалась. Я выбрал именно эту группу, потому что ее члены всегда с радостью помогали новичкам, которые боялись говорить, и охотно их принимали. По своему собственному опыту они знали, что раскрытие сокровенных тайн – процесс постепенный. На этот же раз они меня удивили, принявшись задавать столь много назойливых вопросов про личную жизнь Мэрилин, что мне сразу же вспомнился ее рисунок с изображением маленькой девочки, на которую все нападают. Сами того не понимая, члены группы словно возрождали к жизни ее болезненное прошлое. Я вмешался, чтобы помочь ей установить границы того, о чем она будет говорить, и она начала постепенно вливаться.

Три месяца спустя на собрании группы Мэрилин рассказала, что несколько раз споткнулась и упала на тротуаре по дороге в нашу клинику. Она переживала, что у нее стало падать зрение: кроме того, в последнее время она стала чаще пропускать мячи в теннисе. Я снова вспомнил про ее рисунок и обезумевшего ребенка с огромными испуганными глазами.

Было ли этой какой-то разновидностью «конверсионной реакции», когда внутренний конфликт приводит к потере пациентами функций части своего тела? Многие солдаты в обеих мировых войнах сталкивались с параличом, который нельзя было объяснить какими-то физическими травмами, и мне доводилось видеть случаи так называемой «истерической слепоты» в Мексике и Индии.

Тем не менее, будучи врачом, я не собирался на основании одних только догадок делать заключение, что «проблема у нее в голове». Я направил ее к коллегам из Массачусетской офтальмологической больницы, попросив их провести ее полное обследование. Несколько недель спустя пришли результаты. У Мэрилин обнаружили красную волчанку сетчатки – аутоиммунное заболевание, которое разрушало ее зрение и требовало немедленного лечения. Я был потрясен: Мэрилин стала третьим человеком в тот год, вызвавшим у меня подозрение в пережитом инцесте, которому впоследствии диагностировали аутоиммунное заболевание [28] – болезнь, при которой организм атакует сам себя.

Позабывшись о том, чтобы Мэрилин получила необходимую медицинскую помощь, я проконсультировался с двумя своими коллегами из Массачусетской больницы общего профиля – психиатрами Скоттом Уилсоном и Ричардом Крадином, которые заведовали местной иммунологической лабораторией. Я рассказал им про случай Мэрилин, показал ее рисунок и предложил провести совместное исследование. Они великодушно согласились уделить этому время

и предоставили возможность провести дорогостоящее иммунологическое тестирование. Мы привлекли к участию в исследовании двенадцать женщин, переживших в прошлом инцест, которые не принимали никаких лекарств, а также еще двенадцать женщин, которые никогда не сталкивались с психологической травмой и тоже не принимали никаких препаратов – подобрать такую контрольную группу оказалось на удивление сложно (Мэрилин участие не принимала: мы, как правило, не предлагаем пациентам нашей клиники участвовать в наших исследовательских программах).

Когда исследование было завершено, а полученные данные проанализированы, Ричард сообщил, что у переживших инцест женщин было выявлено аномальное соотношение лимфоцитов CD45RA и CD45RO по сравнению с контрольной группой. Лимфоциты CD45 выполняют роль «клеток памяти» иммунной системы. Некоторые из них, называемые RA-лимфоцитами, были активированы под воздействием токсинов в прошлом – они быстро реагируют на внешние угрозы, с которыми организм сталкивался ранее. RO-лимфоциты же, наоборот, содержатся в резерве на случай неизвестных атак – они задействуются, когда организм сталкивается с какой-то угрозой впервые. Таким образом, это соотношение указывает на баланс клеток, которые распознают известные токсины, и клеток, которые ожидают поступления новой информации для своей активации. У пациентов, переживших инцест, относительное количество RA-лимфоцитов, готовых к атаке, значительно превышает норму. Из-за этого иммунная система становится чрезмерно чувствительной к угрозам и склонна активировать защитную реакцию, когда в ней на самом деле нет никакой потребности, даже если это приводит к атаке на клетки своего организма.

Наше исследование показало, что организм жертв инцеста на самом глубоком уровне плохо различал безопасные и угрожающие ему ситуации. Это означает, что травма приводит не только к искаженному восприятию поступающей извне информации: сам организм не чувствует себя в безопасности. Прошлое отпечаталось не только на их разуме, лишив способности правильно интерпретировать безобидные события (например, когда Мэрилин набросилась на Майкла из-за того, что он случайно дотронулся до нее во сне), но также и на самой их сущности: безопасности их организма (2).

Искаженная карта мира

Как люди учатся понимать, что безопасно, а что нет, что происходит внутри них, а что – внешние обстоятельства, чему следует противиться, а что можно безопасно принять? Самый лучший способ понять последствия жестокого и пренебрежительного обращения в детстве – это слушать то, чему нас могут научить люди вроде Мэрилин. Когда я познакомился с ней поближе, мне, помимо прочего, стало ясно одно: у нее было свое собственное уникальное представление о том, как устроен мир.

В детстве мы изначально находимся в центре своей собственной вселенной, интерпретируя все происходящее с эгоцентричной точки зрения. Когда наши родители или бабушка с дедушкой говорят нам, что мы самые милые, самые чудесные создания на земле, мы не ставим их слова под сомнение – должно быть, именно так и есть. И в глубине души, что бы мы еще ни узнали про себя, мы сохраним ощущение того, что мы просто прелесть. Как результат,

когда судьба впоследствии сводит нас с кем-то, кто плохо с нами обходится, мы испытываем ярость. Это кажется неправильным, нам это незнакомо, непривычно. Когда же с ребенком жестоко обращаются либо пренебрегают им, у него формируется совсем иная внутренняя карта. На его самосознании остается отпечаток презрения и унижения, и мы, скорее, не сделаем первый шаг, думая, что «у него (или у нее) есть мой номер», и не станем протестовать, когда с нами будут плохо обращаться.

Прошлое Мэрилин исказило ее восприятие любых отношений. Она была убеждена, что мужчинам наплевать на чужие чувства и что они всегда безнаказанно получают желаемое. Женщинам доверять тоже нельзя. Они слишком слабые, чтобы за себя постоять, и продают свое тело, чтобы мужчины о них заботились.

Если ты попадешь в беду, они и пальцем не пошевелят, чтобы помочь. Подобное мировосприятие проявлялось в отношении Мэрилин к своим коллегам: она сомневалась в искренности мотивов любого, кто проявлял к ней доброту, и отчитывала их по поводу малейшего отклонения от установленных процедур. Себя же саму она считала проклятой – человеком, который оказывает нездоровое влияние на всех, кто оказывается рядом.

Впервые столкнувшись с пациентами вроде Мэрилин, я стремился ставить под сомнение их взгляды и пытался помочь им научиться смотреть на мир более позитивно и гибко. Так продолжалось, пока в один прекрасный день женщина по имени Кэти не разложила мне все по полочкам. Один из членов группы опоздал на собрание, так как у него сломалась по дороге машина, и Кэти тут же принялась винить в этом себя: «Я же видела, как у тебя барахлила машина на прошлой неделе; я знала, что должна была предложить тебя подвезти». Всего за несколько минут, поддавшись самокритике, она дошла до того, что принялась винить себя в пережитом ею сексуальном насилии: «Я сама была во всем виновата: мне было семь, и я любила своего папу. Я хотела, чтобы он тоже любил меня, и делала все, о чем он меня просил. Это была целиком моя вина». Когда я вмешался, сказав: «Да перестань, ты же была всего лишь маленькой девочкой – это твой отец должен был соблюдать границы дозволенного», Кэти повернулась в мою сторону. «Знаешь, Бессел, – сказала она, – я знаю, как важно для тебя быть хорошим психотерапевтом, так что когда ты делаешь подобные нелепые комментарии, я обычно рассыпаюсь в благодарностях. В конце концов, я пережила инцест – у меня есть опыт в удовлетворении потребностей взрослых, неуверенных в себе мужчин. Но прошло два года, и теперь я доверяю тебе достаточно, чтобы сказать, что от этих комментариев мне становится ужасно не по себе».

«Я инстинктивно виню себя за все плохое, что происходит с людьми вокруг меня. Я знаю, что это иррационально, и чувствую себя невероятно глупо из-за этих чувств, но они есть. Когда ты пытаешься убедить меня быть более благоразумной, я лишь чувствую себя еще более одинокой и изолированной – и они только подтверждают, что никто в целом мире никогда не сможет понять, каково это – быть мной».

Я искренне поблагодарил ее за откровенность и с тех пор старался не говорить своим пациентам, что им не следует чувствовать то, что они

чувствуют. Кэти дала мне понять, что на мне лежит куда большая ответственность: я должен помочь им воссоздать их внутреннюю карту мира.

Как я уже говорил в предыдущей главе, исследователи привязанности показали, что заботящиеся о нас с рождения взрослые не только кормят, одевают и утешают нас, когда нам грустно: своим поведением они оказывают непосредственное влияние на то, как наш стремительно развивающийся мозг воспринимает окружающую реальность. В ходе взаимодействия со взрослыми мы понимаем, что безопасно, а что представляет угрозу: на кого можно положиться, а кто непременно нас подведет; что нам нужно делать, чтобы наши потребности были удовлетворены. Эта информация отпечатывается в наших нейронных контурах, образуя шаблоны восприятия нами самих себя и мира вокруг. Эти внутренние карты поразительно устойчивы к изменениям на протяжении всей жизни.

Это, однако, вовсе не означает, что наши внутренние карты не могут меняться под воздействием опыта. Наполненные любовью отношения, особенно в подростковые годы, когда мозг в очередной раз проходит через период экспоненциальных изменений, способны по-настоящему нас преобразить. Похожее влияние может оказать и рождение ребенка, так как наши маленькие дети зачастую учат нас любви. Взрослые, столкнувшиеся в детстве с жестоким или пренебрежительным обращением, по-прежнему в состоянии познать прелесть человеческой близости и взаимного доверия либо испытать глубокие духовные переживания, которые по-новому откроют для них мир. С другой стороны, прежде безупречная детская внутренняя карта может настолько исказиться вследствие нападения или изнасилования во взрослой жизни, что все ее дороги будут вести к ужасу или отчаянию. Эти реакции не являются осмысленными, и, как следствие, их нельзя изменить путем переосмысления иррациональных убеждений. Наша внутренняя карта мира запрограммирована в нашем эмоциональном мозге, и для ее изменения необходимо перестроить эту часть центральной нервной системы, что является темой пятой части этой книги, посвященной способам лечения.

Тем не менее обучение распознаванию иррациональных мыслей и поведений может стать полезным первым шагом в исцелении. Люди вроде Мэрилин зачастую обнаруживают, что их допущения расходятся с мнением их друзей. Если им повезет, то их друзья и коллеги дадут им понять – словами, а не действиями, – что их недоверие и ненависть к себе значительно усложняют общение. На практике, однако, такое случается редко, и случай, произошедший с Мэрилин, типичен: после того как она напала на Майкла, ему было совершенно не интересно во всем разбираться, и она потеряла одновременно и их дружбу, и своего любимого партнера по теннису. Именно после таких ситуаций умные и отважные люди вроде Мэрилин, которые сохранили свою любознательность и решительность, несмотря на повторяющиеся неудачи, и начинают искать помощи.

Как правило, рациональный мозг способен взять верх над эмоциональным мозгом, если только этому не помешают наши страхи (так, например, страх быть остановленным полицией может мгновенно превратиться в благодарность, когда полицейский предупреждает о случившейся впереди аварии). Когда же мы чувствуем себя загнанными в угол, отверженными либо приходим в ярость, мы склонны активировать свои старые карты и следовать их указаниям.

Изменения начинаются, когда мы учимся «владеть» своим эмоциональным мозгом. То есть учимся осознавать душераздирающие ощущения, связанные со страданием и унижением, а также справляться с ними. Лишь научившись переносить то, что происходит у нас внутри, мы можем начать дружить с эмоциями, не дающими нам изменить свои карты, а не заглушать их.

Учиться помнить

Когда прошел примерно год с тех пор, как Мэрилин стала посещать собрания группы, другой ее член, Мэри, попросила разрешения поговорить о том, что случилось с ней в тринадцать лет. Мэри работала тюремным охранником и состояла в садомазохистских отношениях с другой женщиной. Она хотела, чтобы группа знала про ее прошлое, в надежде, что это поможет им с пониманием относиться к ее болезненным реакциям – таким, как ее склонность замыкаться или взрываться в ответ на малейшую провокацию.

С трудом выдавливая из себя слова, Мэри поведала нам, как однажды вечером, когда ей было тринадцать, ее изнасиловал вместе со своими друзьями старший брат. Она забеременела, и мать сделала ей аборт дома, прямо на кухонном столе. Группа чутко отнеслась к рассказанному Мэри и принялась утешать ее, когда та заплакала. Я был глубоко тронут их эмпатией – они утешали Мэри так, как, должно быть, хотели, чтобы их успокаивали другие, когда они впервые посмотрели в лицо своей травме.

Когда время вышло, Мэрилин попросила дать ей несколько минут, чтобы поговорить о том, что она почувствовала во время собрания. Группа согласилась, и она нам сказала: «Слушая эту историю, я задумалась о том, что, возможно, и сама тоже пережила сексуальное насилие». Должно быть, у меня просто отвисла челюсть. Основываясь на ее рисунке, я всегда предполагал, что она была в курсе – по крайней мере, глубоко в душе, – что именно это с ней и случилось. В ответ на прикосновение Майкла она отреагировала в точности как жертва инцеста, и она постоянно вела себя так, словно весь мир ее до ужаса пугал.

И тем не менее, хотя она и нарисовала девочку, страдающую от сексуальных домогательств, она – ну или как минимум сознательная, вербальная часть ее – понятия не имела, что на самом деле с ней приключилось. Ее иммунная система, ее мышцы, ее система страха все помнили, однако в ее сознании не было истории, которая бы описывала то, что она пережила.

Она повторно переживала свою травму в жизни, однако у нее не было рассказа, на который она могла бы сослаться. Как мы с вами увидим в двенадцатой главе, травматичные воспоминания значительно отличаются от обычных по своей структуре – они задействуют много разных слоев разума и мозга.

Рассказанная Мэри история и последовавшие за этим ночные кошмары подтолкнули Мэрилин к тому, чтобы начать индивидуальную психотерапию со мной, с помощью которой она стала разбираться со своим прошлым. Поначалу

она столкнулась с волнами навязчивого, парящего ужаса. На несколько недель она прервала наши сеансы, однако когда ее стала одолевать бессонница и пришлось взять на работе отпуск, то продолжила терапию. Как она потом мне сказала: «Я понимаю, что ситуация губительная, только когда чувствую, что она меня убьет, если я из нее не выпутаюсь».

Я начал обучать Мэрилин методикам успокоения, таким как сосредоточенное глубокое дыхание – вдох и выдох, вдох и выдох, и так шесть раз за минуту, – с отслеживанием ощущений, которые вызывает дыхание по всему телу. Это сопровождалось воздействием на акупунктурные точки, что помогало сдерживать переполняющие ее чувства. Мы также работали над самоосознанностью[29].

Мэрилин училась не давать своему мозгу погружаться в спячку, при этом позволяя телу прочувствовать ощущения, которые стали вызывать у нее страх. Это позволило ей со стороны наблюдать за своими чувствами, а не поддаваться им.

Ранее она пыталась заглушить или ликвидировать эти чувства спиртным и физической нагрузкой, однако теперь она чувствовала себя достаточно защищенной, чтобы начать вспоминать случившееся с ней в детстве. Овладев своими физическими ощущениями, она теперь могла различать прошлое и настоящее. Если бы теперь она почувствовала прикосновение чьей-то ноги посреди ночи, то смогла бы осознать, что это нога Майкла, нога ее симпатичного партнера по теннису, которого она пригласила себе домой. Эта нога не принадлежала кому-то другому, и это прикосновение не означало, что кто-то пытался над ней надругаться. Спокойствие помогало ей осознать – всем телом, – что она не маленькая девочка, а тридцатичетырехлетняя женщина.

Когда Мэрилин наконец начала получать доступ к своим воспоминаниям, у нее в голове всплыл образ обоев из ее комнаты. Она поняла, что именно на них она фокусировалась, когда отец насильовал ее в восьмилетнем возрасте. Это сексуальное насилие вызвало у нее невыносимый страх, так что ей пришлось выдать его из своей памяти. В конце концов, она была вынуждена и дальше жить с этим человеком, ее отцом, который ее изнасиловал. Мэрилин помнила, как обращалась к своей матери за защитой, однако когда она прибежала к ней и пыталась спрятать лицо за подолом ее юбки, ее встречали лишь безжизненные объятия. Иногда ее мать ничего не говорила, иногда кричала или сердито отчитывала Мэрилин за то, что она «выводит из себя папочку». Напуганного ребенка некому было защитить и поддержать, оградить от насилия.

Как написал Роланд Саммит в своей классической работе «Синдром потворства детскому насилию»: «Потворство, запугивание, травля, изоляция и как следствие – беспомощность и самобичевание – ужасающие реалии сексуального насилия над детьми. Любым попыткам ребенка обнародовать тайну противостоит заговорщическое молчание или неверие взрослых. «Не переживай об этом, такого никогда в нашей семье не случится». «Как ты вообще мог подумать о такой ужасной вещи?» «Я больше слышать об этом не желаю!» Среднестатистический ребенок никогда не спрашивает и не рассказывает»

(3).

Хотя я и занимаюсь этим уже более сорока лет, я все равно по-прежнему слышу от себя: «Это невероятно», когда пациенты рассказывают мне про свое детство. Они зачастую настроены не менее скептически, чем я – как могли родители сотворить столь ужасные вещи со своим собственным ребенком? Часть из них продолжают настаивать, что они, должно быть, все выдумали, ну, или преувеличили. Все они стыдятся того, что с ними случилось, и они винят в этом самих себя – глубоко в душе они твердо убеждены, что весь этот кошмар случился с ними, потому что они ужасные люди.

Мэрилин начала открывать для себя, как беспомощный ребенок научился закрываться и выполнять все, о чем его просили. Она делала это, целенаправленно теряя связь с реальностью: заслышав шаги отца в коридоре рядом со своей комнатой, она начинала «витать в облаках». Другая моя пациентка, которая перенесла нечто подобное, сделала рисунок, отображающий этот процесс в действии. Когда отец начал ее трогать, она теряла связь со своим телом; она поднималась к потолку и смотрела на какую-то другую девочку в своей кровати (4). Она была рада, что это была не она – насильники кого-то другого.

Эти отделенные от тела непроницаемым туманом головы воспоминания по-настоящему открыли мне глаза на то, как именно происходит диссоциация, столь часто встречающаяся среди жертв инцеста. Мэрилин сама впоследствии осознала, что, уже став взрослой, она продолжала мысленно парить под потолком каждый раз, когда занималась с кем-то сексом. В период ее повышенной сексуальной активности партнеры порой говорили ей, насколько хороша она была в постели – они едва ее узнавали, она даже говорила иначе. Обычно она не помнила, что случилось, однако порой становилась злой и агрессивной. Она не имела ни малейшего понятия о том, какой она была в сексе, так что постепенно и вовсе отказалась от отношений с мужчинами – пока не встретила Майкла.

Когда ненавидишь свой дом

Дети не выбирают своих родителей. Также они не могут понять, что родители могут быть попросту слишком подавленными, разгневанными или отстраненными, чтобы уделить им должное внимание, а также что поведение родителей не обязательно как-то связано с ними. Детям ничего не остается, кроме как подстраиваться, чтобы выжить в семье. В отличие от взрослых им больше не к кому обратиться за помощью – они находятся в полной зависимости от своих родителей. Они не могут снять себе жилье или переехать жить с кем-то другим: само их выживание зависит от родителей.

Дети чувствуют – даже если им никто об этом не говорил, – что если они расскажут кому-то про то, как их бьют или насилуют, то их ждет наказание. Вместо этого они тратят все свои силы на то, чтобы не думать о случившемся, а также не чувствовать оставшиеся в их теле ужас и панику.

Так как им невыносимо принять то, через что они прошли, они не могут увидеть связь злости, ужаса и оцепенения с этими событиями. Они молчат, чтобы справиться со своими чувствами, диссоциируются с телом, закрываются, ведут себя послушно или демонстративно упрямо.

Кроме того, дети запрограммированы быть глубоко преданными опекающим их взрослым, даже если те жестоко с ними обращаются. Ужас усиливает потребность в привязанности, даже если источник утешения является одновременно и источником ужаса. Мне не доводилось встречать ребенка, которого истязали дома (и у которого были подтверждения этого в виде переломанных костей и ожогов на коже) и который, будь у него выбор, предпочел бы отправиться в детский дом, а не остаться в своей семье.

Разумеется, люди держатся за тех, кто с ними жестоко обращается, не только в детстве. Известны случаи, когда заложники вносили в полицию залог за своих захватчиков, выражали желание вступить с ними в брак или имели с ними половые отношения.

Жертвы домашнего насилия нередко прикрывают избивающих их мужей. Судьи частенько рассказывают о том, как унижительно они себя чувствуют, когда пытаются защитить жертв домашнего насилия, вынося судебный запрет на приближение, однако потом узнают, что многие из женщин тайно позволяют своим партнерам вернуться к ним.

Мэрилин понадобилось немало времени, чтобы заговорить о пережитом насилии: она не была готова поступиться верностью своей семье – глубоко в душе она по-прежнему чувствовала, что нуждается в их защите от собственных страхов. Ценой такой преданности стали невыносимое чувство одиночества, отчаяния, а также неизбежный гнев из-за своей беспомощности. Гнев, который некуда выплеснуть, человек в итоге направляет против себя самого, что проявляется в виде депрессии, ненависти к себе и саморазрушительном поведении.

Одна из моих пациенток сказала мне: «Это все равно что ненавидеть свой дом, свою кухню со всеми кастрюлями и сковородками, свою кровать, свои стулья, свой стол, свои ковры». Ничто не придает человеку чувства защищенности – и прежде всего его собственное тело.

Научиться доверять – крайне непростая задача. Другая моя пациентка, школьная учительница, которую до шести лет регулярно насиловал дедушка, прислала мне по электронной почте следующее письмо: «В пробке по дороге домой после нашего сеанса я размышляла о том, насколько опасно было мне вам открыться, а затем, когда свернула на трассу 124, то поняла, что нарушила правило не привязываться ни к кому – ни к вам, ни к своим ученикам».

На следующем сеансе она рассказала мне, что также была изнасилована в колледже преподавателем по лабораторным работам. Я спросил у нее, обратилась ли она за помощью и подала ли на него заявление. «Я не смогла заставить себя перейти через дорогу, чтобы попасть в клинику, – ответила

она. – Я отчаянно нуждалась в помощи, однако, стоя там, я глубоко в душе была уверена, что меня это лишь еще больше ранит. Возможно, это было действительно так. Разумеется, мне пришлось скрыть случившееся от своих родителей – да и от всех остальных».

Когда я сказал ей, что меня беспокоит происходящее с ней, она написала мне еще одно электронное письмо: «Я пытаюсь напоминать себе, что ничем не заслужила подобного обращения. Не думаю, что на меня хоть раз кто-либо так посмотрел и сказал, что беспокоится обо мне, и для меня это осознание просто бесценно: я достойна того, чтобы обо мне беспокоился уважаемый мною человек, который понимает, насколько мне сейчас тяжело».

Чтобы знать, кем мы являемся – чтобы существовать как личность, – нам нужно знать (ну или хотя бы чувствовать, что мы знаем), что является и что было «реальным». Нам нужно навешивать правильные ярлыки на то, что мы видим вокруг себя; нам нужно доверять своим воспоминаниям и уметь отличать их от фантазий. Потеря этой способности – один из признаков того, что психоаналитик Уильям Нидерланд назвал «убийством души». Чтобы выжить, зачастую приходится отказывать себе в осознании происходящего, отрицать его, однако в результате человек теряет всякую связь с самим собой, со своими чувствами и перестает понимать, чему и кому он может доверять (5).

Повторное переживание травмы

Одно из воспоминаний о своей детской травме пришло к Мэрилин во сне: она почувствовала, что ее душат и она не может дышать. Ее руки были связаны белым кухонным полотенцем, а затем она увидела, как ее поднимают за полотенце, обернутое вокруг ее шеи, в результате чего ноги оторвались от пола. Она проснулась в панике, чувствуя неминуемую смерть. Этот ее сон напомнил мне ночные кошмары, про которые мне рассказывали ветераны: им приходили отчетливые образы лиц и частей тела, которые они видели на войне. Эти сны были настолько пугающими, что они старались не засыпать по ночам и дремали только днем, когда у них в памяти не всплывали ночные засады, в которые они попали.

На этой стадии лечения Мэрилин раз за разом захватывали образы и ощущения, связанные со снами, в которых ее душили. Она вспоминала, как в четыре года сидела на кухне с опухшими глазами: у нее болела шея, из носа шла кровь, а отец с братом насмехались над ней, называя глупой девчонкой. Как-то Мэрилин рассказала: «Вчера, когда я чистила перед сном зубы, на меня нахлынуло странное ощущение. Я стала метаться, словно выброшенная на берег рыба, дергалась всем телом, будто мне не хватало воздуха. Я всхлипывала и задыхалась, продолжая чистить зубы. У меня в груди поднималась паника, меня словно кидало из стороны в сторону. Я стояла у раковины, и мне пришлось взять всю свою волю в кулак, чтобы не закричать: «НЕТ-НЕТ-НЕТ-НЕТ-НЕТ-НЕТ». Она легла в кровать и заснула, однако всю оставшуюся ночь просыпалась каждые два часа.

Воспоминания о травме не сохраняются в повествовательной, упорядоченной форме. У них нет начала, середины и конца.

В одиннадцатой и двенадцатой главах я расскажу о том, что поначалу они возвращаются именно так, как это происходило у Мэрилин: в виде всплеск воспоминаний, состоящих из обрывков восприятия, разрозненных зрительных образов, звуков и телесных ощущений, которые поначалу не имеют никакого смысла, вызывая лишь страх и панику. Когда Мэрилин была ребенком, она не могла рассказать о тех неопишуемых вещах, которые с ней происходили, да это бы и ничего не изменило – никто не собирался ее слушать.

Подобно многим другим жертвам насилия в детстве, Мэрилин была образцом жизненной силы, желания жить и быть хозяином своей жизни, энергии, которая противостоит уничтожающей силе травмы. Постепенно я осознал: единственное, что делает возможным выполнять работу по исцелению людей от травмы, – это восхищение стремлению выжить, позволившее моим пациентам пережить жестокое обращение, а затем пережить тот душевный мрак, с которым неизбежно приходится сталкиваться на пути к выздоровлению.

Глава 9. При чем тут любовь?

Потворство, запугивание, травля, изоляция, и, как следствие, беспомощность и самобичевание – ужасающие реалии сексуального насилия над детьми. Любым попыткам ребенка обнародовать тайну противостоит заговорщическое молчание или неверие взрослых. «Не переживай об этом, такого никогда в нашей семье не случится». «Как ты вообще мог подумать о такой ужасной вещи?» «Я больше слышать об этом не желаю!» Среднестатистический ребенок никогда не спрашивает и не рассказывает.

Роланд Саммит, «Синдром потворства детскому насилию»

Как нам диагностировать пациентов вроде Мэрилин, Мэри и Кэти и как именно мы можем им помочь? От того, как мы будем определять их проблемы, какие будем ставить диагнозы, будет зависеть и подход к лечению. В ходе своего психиатрического лечения такие пациенты, как правило, получают пять-шесть несвязанных между собой диагнозов. Если их врач специализируется на биполярном расстройстве, то заметит перепады настроения и пропишет препараты лития. Если психиатра больше впечатлит степень отчаяния пациента, то он назначит антидепрессанты. Фокус на непоседливости и недостатке внимания может привести к тому, что на пациента будет навешен ярлык СДВГ с последующим лечением стимуляторами. Если же психиатр узнает про перенесенную психологическую травму, а пациент по собственной инициативе изложит всю необходимую информацию, то ему может быть поставлен диагноз ПТСР. Хотя все эти диагнозы и имеют хоть какое-то отношение к действительности, ни один из них не способен в полной мере описать, кем являются эти пациенты и от чего они страдают.

Психиатрия как раздел медицины стремится диагностировать психические заболевания так же точно, как, скажем, рак поджелудочной железы или стрептококковую инфекцию легких. Тем не менее в связи со сложным устройством разума, мозга и системы отношений человека мы даже близко не подошли к подобному уровню точности. Понимание того, что именно с людьми «не так», на данный момент больше зависит от мировоззрения врача (а также от того, какое лечение будет оплачено страховыми компаниями), чем от поддающихся проверке объективных фактов.

Первая серьезная попытка создания систематического руководства по психиатрическим диагнозам была предпринята в 1980 году, когда вышло третье издание «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, сокр. DSM. – Прим. пер.) – официального перечня всех психических заболеваний, признанных Американской психиатрической ассоциацией (АПА). Предисловие к DSM-III напрямую предупреждало, что эти категории были недостаточно точными, чтобы использовать их в судебной медэкспертизе или для решения вопросов, связанных со страхованием. Тем не менее это руководство постепенно стало мощнейшим инструментом: страховые компании требуют для возмещения расхода диагноза по DSM, вплоть до недавнего времени все гранты на научные исследования выдавались в соответствии с диагнозами DSM, а академические программы строятся на основании выделенных в DSM категорий.

Навешиваемые DSM ярлыки быстро просочились и в массовую культуру. Миллионы людей знают, что Тони Сопрано страдал от панических атак и депрессии, а у Кэрри Мэтисон из «Родины» – биполярное расстройство.

Это руководство превратилось в виртуальный бизнес, который принес Американской психиатрической ассоциации более ста миллионов долларов (1). Вопрос в следующем: принесло ли оно соизмеримую пользу пациентам, которым оно было предназначено помочь?

Психиатрический диагноз несет серьезные последствия: на его основе строится лечение, а неправильное лечение может приводить к катастрофическим последствиям. Кроме того, поставленный диагноз навешивает на людей пожизненный ярлык, оказывающий огромное влияние на их самовосприятие. Я встречал бесчисленное множество пациентов, которые говорили мне, что у них биполярное или пограничное расстройство либо ПТСР, словно они были приговорены к пожизненному заключению в подземелье, подобно графу Монте Кристо.

Ни один из этих диагнозов не берет в расчет необычные таланты, которые развивают в себе многие наши пациенты, или творческие способности, которыми они овладели, чтобы выжить. Слишком часто диагноз является лишь перечислением симптомов, из-за чего пациентов вроде Мэрилин, Кэти или Мэри воспринимают как неуправляемых женщин, нуждающихся в прочистке мозгов.

В толковом словаре диагноз определяется как: «1. Процесс определения природы и причины заболевания или травмы путем изучения истории болезни

пациента, его обследования и анализа лабораторных данных. 2. Заключение, составленное на основании этого исследования» (2). В этой и следующей главе я поговорю о той пропасти, что разделяет официальные диагнозы и фактические проблемы наших пациентов, а также расскажу, как мы с моими коллегами пытались изменить процесс диагностики пациентов с хронической психологической травмой.

Как говорить с пациентом о пережитой психологической травме?

В 1985 году я начал сотрудничать с психиатром Джудит Герман – незадолго до этого была опубликована ее первая книга «Инцест между отцом и дочерью». Мы вместе работали в Кембриджской больнице (одна из клиник Гарвардского университета), и так как оба интересовались влиянием психологической травмы на жизни наших пациентов, то начали регулярно встречаться и обмениваться полученными данными.

Мы были поражены тому, сколь многие из наших пациентов, которым диагностировали пограничное расстройство личности (ПРЛ), рассказывали нам ужасные истории про свое детство. Для людей с ПРЛ характерно цепляться за отношения, которые обычно являются крайне нестабильными, с сильными перепадами настроения, а также саморазрушительным поведением, включая нанесение себе увечий и повторяющиеся попытки суицида. Чтобы установить, имелась ли на самом деле какая-то связь между детской травмой и ПРЛ, мы разработали протокол научного исследования и отправили заявку на грант в Национальные институты здравоохранения США. Нам было отказано.

Не упав духом, мы с Джуди решили провести исследование на свои деньги, заручившись поддержкой Криса Перри, руководителя исследовательских работ в Кембриджской больнице, который получал финансирование от Национального института психического здоровья на изучение ПРЛ и других родственных ему диагнозов, так называемых расстройств личности, с участием пациентов из Кембриджской больницы. Он собрал огромное количество ценных данных по этим расстройствам личности, однако никогда не исследовал тему жестокого и пренебрежительного обращения с детьми. Хотя он и не скрывал своего скептицизма по поводу нашего предложения, он великодушно предоставил нам возможность опросить пятьдесят пять пациентов амбулаторного отделения больницы, а также согласился сравнить наши результаты с собранной им большой базой данных.

Первым вопросом, с которым мы с Джуди столкнулись, был: как говорить с пациентом о пережитой психологической травме? Нельзя напрямую спросить его: «Насиловали ли вас в детстве?» или «Избивал ли вас отец?». Кто станет доверять столь деликатную информацию незнакомцу?

Учитывая, что людям, как правило, стыдно за пережитые ими травмы, для получения информации мы разработали специальный «Опросник о травмах в

прошлом» (3). Он начинался с серии простых вопросов: «Где и с кем вы живете?»; «Кто оплачивает счета, занимается готовкой и уборкой?». Постепенно вопросы становились более личными: «На кого вы полагаетесь в повседневной жизни?» Например: когда вы больны, кто ходит за продуктами или отвозит вас к врачу? «С кем вы разговариваете, когда вам грустно?» Другими словами, кто оказывает вам эмоциональную поддержку и помощь? Некоторые пациенты давали нам весьма неожиданные ответы: «моя собака» или «мой психотерапевт» – или «никто».

Затем мы задавали похожие вопросы про детство: «Кто жил вместе с вами в доме?», «Как часто вы переезжали?», «Кто из взрослых в первую очередь о вас заботился?» Многие пациенты рассказывали про частые переезды, из-за которых им приходилось посреди учебного года менять школу. У нескольких родители оказывались в тюрьме, психиатрической лечебнице либо уходили в армию. Другие перебирались из одного семейного приюта в другой либо поочередно жили у разных родственников.

Следующий раздел опросника касался детских отношений: «Кто из вашей семьи был с вами ласков?»; «Кто относился к вам по-особенному?». Затем следовал критически важный вопрос – который, насколько мне известно, никогда не задавался в ходе научных исследований: «Был ли у вас в детстве человек, рядом с которым вы чувствовали себя защищенным?» Каждый четвертый из опрошенных нами пациентов не мог припомнить никого, с кем бы они чувствовали себя в детстве защищенными. Мы отмечали «никто» в наших опросных листах и никак это не комментировали, однако были потрясены. Представьте, каково это: не иметь в детстве источника защиты, прокладывать себе дорогу в мир, когда тебя никто не защищает и не замечает.

Вопросы продолжались: «Кто устанавливал у вас дома правила и следил за соблюдением дисциплины?»; «Как взрослые детей держали в узде: разговаривали с ними, ругали их, шлепали, били или запирали?»; «Как ваши родители решали разногласия между собой?» К этому моменту, как правило, пациенты уже открывались и охотно рассказывали подробную информацию о своем детстве. Одна женщина стала свидетелем изнасилования своей младшей сестры; другая рассказала нам, что первый сексуальный опыт у нее был в восемь лет – с ее бабушкой. Мужчины и женщины рассказывали, как, лежа ночью в кровати, слышали звуки ломающейся мебели и крики своих родителей; юноша спустился на кухню и обнаружил свою мать лежащей в луже крови. Другие рассказывали про то, как их не забирали из начальной школы либо как они приходили домой, обнаружив его пустым, и проводили ночь в одиночестве. Одна женщина, работавшая поваром, научилась готовить для своей семьи, когда ее маму посадили в тюрьму из-за наркотиков. Другой было девять, когда она схватила и выровняла руль машины, потому что ее пьяная мать начала вилять по четырехполосному шоссе в самый час пик.

У наших пациентов не было возможности убежать или как-то спастись; им не к кому было обратиться за помощью, негде было спрятаться. И тем не менее им как-то удалось справиться со своим ужасом и отчаянием. Наверное, они шли на следующее утро в школу, делая вид, что все в порядке. Мы с Джуди поняли, что проблемы у группы с ПРЛ – диссоциация, склонность отчаянно цепляться за любого, кто может помочь, – изначально были их способом справиться с невыносимыми эмоциями и жестокостью, от которой не было спасения.

Когда все пациенты были опрошены, мы с Джуди встретились, чтобы закодировать их ответы – то есть назначить им определенные номера для компьютерного анализа. Крис Перри свел и сопоставил их с подробной информацией о пациентах, хранившейся на центральном гарвардском компьютере. Одним субботним утром в апреле он оставил нам сообщение с просьбой прийти к нему в кабинет. Мы увидели огромную стопку распечаток, поверх которой Крис положил карикатуру Гэри Ларсона, изображавшую ученых, которые не могли разобрать издаваемые дельфинами звуки, в то время как те говорили на испанском. Полученные данные убедили его, что невозможно понять ПРЛ, не изучив язык психологической травмы и пережитого насилия.

Как мы позже сообщили в «Американском журнале психиатрии», 81 процент пациентов, которым было диагностировано ПРЛ в Кембриджской больнице, сообщили о жестоком/пренебрежительном отношении в детстве; в большинстве случаев жестокое обращение начиналось до того, как им исполнилось семь лет (4). Эти данные были особенно важными, их подтвердило исследование, проведенное впоследствии Мартином Тейхером из больницы имени Маклина.

Последствия травмы зависят, как минимум частично, от возраста, в котором она произошла. Исследование показало, что разные формы жестокого обращения оказывают разное влияние на участки головного мозга на разных этапах их развития (5).

Хотя многочисленные исследования, проведенные с тех пор, подтвердили полученный нами результат (6), я до сих пор регулярно получаю на рецензирование научные работы, в которых говорится нечто вроде: «Было выдвинуто предположение, что пациенты с пограничными расстройствами в детстве пережили психологическую травму». Когда предположение становится научно доказанным фактом?

Наше исследование однозначно подтвердило выводы Джона Боулби: чувства детей, которые испытывают глубокую злость или чувство вины либо постоянный страх предательства, основаны на их личном опыте. То, что ребенок боится быть брошенным, не является следствием его скрытой агрессии – скорее, дело в том, что его уже предавали или угрожали бросить, будь то физически или эмоционально. Когда ребенок постоянно наполнен яростью, это связано с пренебрежительным или жестоким обращением с ним. Сильный внутренний конфликт, связанный со злостью, чаще всего вызван тем, что выражать эти чувства запрещено или даже опасно.

Боулби обратил внимание, что когда детям приходится отречься от своих сильных переживаний, это приводит к серьезным проблемам, включая «хроническое недоверие к другим людям, подавление любознательности, недоверие к собственным ощущениям, а также склонность сомневаться в реальности всего» (7). Как мы увидим, это имело серьезное значение для лечения.

Наше исследование вывело наше понимание диагноза ПТСР за рамки влияния каких-то конкретных кошмарных событий, заставив нас взглянуть на долгосрочные последствия жестокого и пренебрежительного обращения со стороны взрослых. Кроме того, это подняло еще один важный вопрос: какие

методы лечения эффективны для людей, переживших в прошлом насилие, в особенности тех, кого постоянно преследуют суицидальные мысли и кто наносит себе повреждения?

Самоповреждение

Во время моей стажировки меня три раза подряд вызывали во время ночного дежурства, чтобы наложить швы женщине, которая резала свою шею любыми острыми предметами, которые попадались ей под руки. Она сообщила мне с некоторым ликованием, что ей становится лучше, когда она себя режет. С тех самых пор я не перестаю задаваться вопросом: почему?

Почему одни люди справляются со своими тревогами и переживаниями, играя в теннис или напиваясь мартини, в то время как другие уродуют свои руки бритвой?

Наше исследование показало, что физическое или сексуальное насилие в детстве значительно повышало вероятность многократных попыток суицида и склонности к самоповреждению (8). Я стал задумываться, не начались ли их суицидальные мысли еще в раннем детстве и не находили ли они утешения, планируя спастись с помощью смерти или причинения себе повреждений. Не является ли самоповреждение отчаянной попыткой обрести хоть какое-то чувство контроля?

В базе данных, собранных Крисом Перри, была информация о дальнейшей судьбе всех пациентов, которые лечились в амбулаторных клиниках больницы, включая сообщения о попытках суицида и саморазрушительном поведении. После трех лет лечения примерно у двух третей пациентов наблюдались заметные улучшения. Теперь возникал следующий вопрос: кому лечение помогло, а кто и дальше продолжил раздумывать о самоубийстве или о том, чтобы резать себя? Сравнив дальнейшее поведение пациентов с результатами нашего опроса, мы получили некоторые ответы. Пациенты, которые продолжали причинять себе вред, сказали нам, что не помнят, чтобы кто-либо в детстве придавал им чувство защищенности; они рассказывали о том, как их предавали, как они переезжали с места на место и в целом были брошены на произвол судьбы.

Я пришел к заключению, что если у человека остались воспоминания о чувстве защищенности рядом с кем-то многие годы назад, то следы этой ранней привязанности могут быть заново активированы в гармоничных отношениях уже во взрослой жизни, будь то в повседневной жизни или в рамках эффективной психотерапии. Если же у человека не было воспоминаний о том, как он чувствовал себя любимым и защищенным, то рецепторы в его мозге, реагирующие на человеческую доброту, попросту могли не развиться (9). Если это так, то как люди могут научиться успокаиваться и чувствовать себя «заземленными» (этот термин уже пояснялся ранее. – Прим. пер.) в собственном теле? Опять-таки, это имеет огромное значение для лечения, и я вернусь к данному вопросу в пятой части.

Сила диагноза

Наше исследование продемонстрировало существование травмированной группы населения, сильно отличавшейся от ветеранов боевых действий и жертв несчастных случаев, для которых изначально и был создан диагноз ПТСР. Люди вроде Мэрилин и Кэти, равно как и пациенты, которых мы с Джуди изучали, а также дети в нашей амбулаторной клинике при МЦПЗ, о которых я рассказывал в седьмой главе, далеко не всегда помнят про пережитую ими травму (один из критериев диагноза ПТСР), ну, или по крайней мере не заиклены на каких-то конкретных воспоминаниях о пережитом насилии, однако все равно продолжают вести себя так, словно они по-прежнему в опасности. Они бросаются из одной крайности в другую; им сложно сосредоточиться на какой-то одной задаче, и они постоянно злятся на себя и окружающих. В определенной степени их проблемы пересекаются с тем, что мы наблюдали у ветеранов, однако важнейшим отличием является то, что их детская травма помешала развитию психических способностей, которыми обладали взрослые солдаты до того, как пережили травму.

Когда мы пришли к такому выводу, несколько из нас (10) отправились встретиться с Робертом Спитцером, который руководил созданием DSM-III и теперь был занят редактированием этого руководства. Он внимательно нас выслушал. Он сказал нам, что врачи, которые целыми днями лечат определенную группу пациентов, непременно приобретают значительные знания и опыт относительно их недуга. Он предложил нам провести еще одно исследование с целью сравнить проблемы разных групп травмированных людей (11). Спитцер назначил меня руководителем этого проекта. Сначала мы разработали оценочную шкалу, учитывавшую все разнообразные симптомы травмы, о которых упоминалось в научной литературе, после чего опросили 525 пациентов в пяти городах по всей стране, чтобы понять, характерны ли для отдельных групп населения определенные проблемы.

Наши участники делились на три группы: люди, пережившие физическое или сексуальное насилие в детстве от родителей или других взрослых, на чьем попечении они были; недавние жертвы домашнего насилия и люди, недавно пережившие природную катастрофу.

Между этими группами наблюдались явные различия, в особенности между жертвами насилия в детском возрасте и взрослыми, пережившими природную катастрофу. У взрослых, которые в детстве подвергались насилию, зачастую наблюдались проблемы с концентрацией, они жаловались, что постоянно находятся на взводе, а также были наполнены ненавистью к себе. У них были огромные сложности в личной жизни – от беспорядочных, опасных и неудовлетворительных сексуальных отношений они зачастую переходили к полному отказу от них. Кроме того, у них наблюдались огромные пробелы в памяти, они зачастую были склонны к саморазрушительному поведению, а также страдали от множества медицинских проблем. Все эти симптомы у людей, переживших природные катастрофы, встречались относительно редко.

Для каждого из основных диагнозов в руководстве DSM была назначена рабочая группа, в задачу которой входило внесение предложений по правкам для нового издания. Я представил результаты нашего исследования рабочей группе по ПТСР для четвертого издания руководства, и мы проголосовали девятнадцать против двух за создание нового диагноза для жертв травмы, связанной с отношениями между людьми: «Общие расстройства сильнейшего стресса» или для краткости «Комплексный ПТСР» (12, 13). Мы с нетерпением ждали публикации DSM-IV в мае 1994 года, однако, к нашему огромному удивлению, диагноз, одобренный нашей группой, в окончательной редакции так и не появился. Ни с кем из нас по этому поводу не консультировались.

Это было трагическое исключение. Из-за него огромное количество пациентов теперь не могли получить точного диагноза, а врачи и исследователи были лишены возможности разрабатывать для них подходящие методы лечения. Нельзя придумать лечение для болезни, которой не существует. Отсутствие диагноза поставило психотерапевтов перед серьезной дилеммой: как лечить людей, страдающих от последствий насилия, предательства и пренебрежения, когда мы вынуждены диагностировать им депрессию, паническое или биполярное расстройство либо пограничное расстройство личности, которые на самом деле не отражают проблемы, с которыми они сталкиваются?

Последствия жестокого и пренебрежительного обращения в детстве гораздо более серьезные и сложные, чем влияние, оказываемое на психику ураганами и автомобильными авариями. И тем не менее ответственные за принятие решений люди, которые составляли систему диагностики, решили игнорировать этот факт. По сей день, двадцать лет и четыре издания спустя, руководство DSM и основанная на нем система продолжают закрывать глаза на жертв жестокого и пренебрежительного обращения в детстве – точно так же, как игнорировались страдания ветеранов, пока в 1980 году не был введен диагноз ПТСР.

Скрытая эпидемия

Как превратить новорожденного ребенка со всем его потенциалом и бесконечными способностями в тридцатилетнего бездомного пьяницу? Как это часто бывает с великими открытиями, терапевт Винсент Фелитти пришел к ответу на этот вопрос случайно.

В 1985 году Фелитти заведовал отделением профилактической медицины ассоциации «Kaiser Permanente» в Сан-Диего, которая в то время была крупнейшей медицинской программой диспансеризации в мире. Он также руководил клиникой по лечению ожирения, в которой использовалась методика под названием «полное голодание с применением добавок», позволявшая добиться резкого похудения без хирургического вмешательства. Однажды к нему в кабинет пришла санитарка двадцати восьми лет. Она заявила, что ожирение является ее основной проблемой, и Фелитти включил ее в программу. За следующую пятьдесят одну неделю ее вес упал со 185 до 60 килограмм.

Тем не менее, когда Фелитти встретился с ней вновь несколько месяцев спустя, она снова набрала больше веса, чем Фелитти считал физиологически возможным за столь короткое время. Что же случилось? Как оказалось, ее стройное тело привлекло внимание коллеги, который начал с ней заигрывать, а затем предложил заняться сексом. Придя домой, она начала есть. Она запихивала в себя еду в течение дня, а потом ела во сне ночью[30]. Когда Фелитти занялся изучением столь острой реакции, она рассказала про многократные случаи инцеста со своим дедушкой.

Когда он вместе с коллегами более подробно опросил страдающих от ожирения пациентов, к своему потрясению, он обнаружил, что большинство из них в детстве пережили сексуальное насилие. Кроме того, они рассказали и про целый ряд других семейных проблем.

В 1990 году Фелитти отправился в Атланту, чтобы представить результаты опроса первых 286 пациентов на собрании Североамериканской ассоциации исследования ожирения. Он был поражен грубой реакцией некоторых специалистов: с какой стати он верил словам таких пациентов? Разве он не понимал, что они готовы придумать любое оправдание своей неудавшейся жизни? Тем не менее один эпидемиолог из Центров по контролю и профилактике заболеваний США (ЦКПЗ) предложил ему начать более масштабное исследование с привлечением представителей всех слоев населения и пригласил его встретиться с небольшой исследовательской группой в ЦКПЗ. В результате ЦКПЗ и ассоциацией «Kaiser Permanente» было проведено совместное крупнейшее исследование Неблагоприятного детского опыта (теперь известное как НДО-исследование) под руководством докторов медицины Роберта Анды и Винсента Фелитти.

Более пятидесяти тысяч пациентов «Kaiser Permanente» проходили полное обследование в отделении профилактической медицины, попутно заполняя подробный медицинский опросник. Фелитти и Анда потратили больше года на разработку новых десяти вопросов (14), затрагивающих тщательно заданные категории неблагоприятного детского опыта, включая физическое и сексуальное насилие, физическое и эмоциональное пренебрежение, а также проблемы в семье, такие как развод, психическая болезнь, наркозависимость или тюремное заключение у кого-то из родителей. Затем они спросили у 25 000 пациентов подряд, будут ли они готовы предоставить информацию о событиях, произошедших с ними в детстве; 17 421 ответил утвердительно. Их ответы были затем сопоставлены с подробными медицинскими данными, которые хранились в ассоциации по всем пациентам.

НДО-исследование продемонстрировало, что травматические переживания в детском и подростковом возрасте случаются гораздо чаще, чем ожидалось. Большинство участников исследования были представителями европеоидной расы, среднего класса, среднего возраста, с хорошим образованием и достаточно обеспеченными, чтобы позволить себе хорошую медицинскую страховку. Тем не менее лишь треть из всех опрошенных сообщила об отсутствии у них каких-либо неблагоприятных детских переживаний.

| Каждый десятый из пациентов утвердительно ответил на вопрос: «Кто-то из родителей или другой взрослый у вас дома часто или очень часто ругался на вас, оскорблял или унижал вас?»

| Более четверти утвердительно ответили на вопросы: «Кто-то из родителей часто или очень часто толкал, хватал вас, бил или кидал в вас чем-то?» и «Кто-то из родителей часто или очень часто бил вас настолько сильно, что оставались следы или раны?» Другими словами, более четверти населения США, скорее всего, регулярно сталкивались в детстве с физическим насилием.

| На вопросы «Трогал ли вас за интимные места взрослый или человек как минимум на пять лет старше вас?» и «Предпринимал ли когда-либо взрослый или человек как минимум на пять лет старше вас попытки заняться с вами оральным, анальным или вагинальным сексом?» 28 процентов женщин и 16 процентов мужчин ответили утвердительно.

| Каждый восьмой ответил утвердительно на вопросы: «В детстве становились ли вы свидетелем того, как вашу мать иногда, часто или очень часто толкали, хватали, били или кидали что-то в нее?»; «В детстве становились ли вы свидетели того, как вашу мать иногда, часто или очень часто пинали, кусали, били кулаками или предметами?» (15).

Каждый положительный ответ засчитывался за один балл, и в итоге каждый пациент мог набрать от нуля до десяти баллов. Так, например, человек, которого часто оскорбляли, чья мать страдала от алкоголизма и чьи родители развелись, набирал по шкале НДО три балла. Из двух третей опрошенных, что сообщили о наличии у них неблагоприятного детского опыта, 87 процентов набрали не менее двух баллов. Каждый шестой из всех опрошенных набрал по шкале НДО четыре балла и выше.

Проще говоря, Фелитти вместе с коллегами установил, что различные виды неблагоприятного детского опыта связаны между собой, хотя ранее обычно и изучались отдельно. Как правило, не бывает таких семей, где один из братьев сидит в тюрьме, однако в остальном все в порядке. Не бывает семей, где мать регулярно избивают, однако в целом все хорошо.

Случаи насилия никогда не бывают изолированными. И с каждым дополнительным видом неблагоприятного опыта, о которых сообщали опрошенные, негативные последствия, с которыми они столкнулись в будущем, нарастали.

Фелитти вместе с коллегами установил, что последствия детской травмы впервые проявляются в школе. Более половины людей, набравших четыре и более баллов по шкале НДО, сообщили о проблемах с учебой или поведением в школе, в то время как среди набравших ноль баллов этот показатель составил всего три процента. По мере взросления дети не «перерастали» последствия своих детских травм. Как заметил Фелитти, «травматические переживания зачастую теряются во времени, прячась за стыдом, скрытностью и социальными табу», однако исследование показало, что влияние пережитой

травмы распространялось и на взрослую жизнь этих пациентов. Так, например, высокие показатели по шкале НДО коррелировали с частыми прогулами на работе, финансовыми проблемами и более низким доходом.

Что касается личных переживаний, результаты были ужасающими. По мере роста количества баллов по шкале НДО резко рос уровень хронической депрессии во взрослые годы. Среди людей, набравших четыре и более баллов по шкале НДО, ей были подвержены 66 процентов женщин и 35 процентов мужчин, в то время как среди опрошенных, набравших ноль баллов, этот показатель составлял в среднем 12 процентов. Вероятность приема антидепрессантов или обезболивающих также пропорционально росла.

Мы порой лечим сегодня то, что случилось пятьдесят лет назад – и траты на это постоянно растут. Антидепрессанты и обезболивающие составляют значительную часть наших быстрорастущих национальных расходов на здравоохранение (16).

Любопытно, что, как показали исследования, пациентам, не сталкивавшимся с жестоким или пренебрежительным обращением в прошлом, антидепрессанты помогают гораздо лучше, чем тем, кто имел подобный опыт (17).

Уровень осознанных попыток самоубийства растет экспоненциально вместе с количеством баллов по шкале НДО. Вероятность попыток самоубийства для тех, кто набрал шесть баллов, выросла на пять тысяч процентов по сравнению с людьми, набравшими ноль баллов. Чем более изолированным и незащищенным чувствует себя человек, тем чаще единственным выходом он видит смерть. Когда СМИ сообщают об увеличении риска некоторых видов рака на тридцать процентов в связи с какими-то внешними факторами, это обычно попадает в заголовки новостей, однако куда более удручающие показатели почему-то упускаются из виду.

В рамках первоначального опроса участников также спрашивали: «Вы когда-нибудь считали себя алкоголиком?» У людей, набравших по шкале НДО четыре балла, проблемы со спиртным встречались в семь раз чаще, чем у тех, кто набрал ноль баллов. Уровень употребления наркотиков внутривенного введения рос экспоненциально: у людей, набравших по шкале НДО шесть баллов и выше, вероятность употребления была на 4600 процентов больше, чем среди тех, кто набрал ноль баллов.

У принявших участие в исследовании женщин спрашивали также про изнасилования во взрослые годы. Среди тех, кто набрал по шкале НДО ноль баллов, с сексуальным насилием сталкивались пять процентов; женщины, набравшие четыре и более баллов, становились жертвами изнасилования в 33 процентах случаев. Почему же девочек, переживших жестокое или пренебрежительное обращение, когда они выросли, насиловали намного чаще? Причем эта закономерность не ограничивается только изнасилованиями. Так, например, ряд исследований показал, что девочки, ставшие в детстве свидетелями домашнего насилия, подвержены гораздо большему риску самим столкнуться с насилием в отношениях, в то время как для мальчиков, у которых в семье процветало насилие, вероятность того, что они сами будут жестоко обращаться со своими партнерами, выросла в семь раз (18). Более

двенадцати процентов участников исследования видели, как их матерей избивали.

Помимо прочего, количество набранных по шкале НДО баллов предсказывало повышенный риск таких факторов, как курение, ожирение, нежелательные беременности, наличие нескольких половых партнеров и венерические заболевания. Наконец, количество серьезных проблем со здоровьем просто поражало: среди тех, кто набрал по шкале НДО шесть баллов и выше, на 15 процентов чаще, чем у набравших ноль баллов, встречались болезни, составляющие десять основных причин смерти в США, включая хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ), ишемическую болезнь сердца и заболевания печени. Они в два раза чаще страдали от рака и в четыре раза чаще от эмфиземы. Хронический стресс не проходит даром.

Когда проблемы на самом деле являются решением

Спустя двенадцать лет после первого сеанса Фелитти вновь встретился с той женщиной, чье похудение с последующим резким набором веса и привели его в итоге к этому исследованию. Она сообщила ему, что впоследствии имела бариатрическую операцию[31], однако когда похудела на сорок четыре килограмма, у нее появились суицидальные наклонности. Понадобилось пять госпитализаций в психиатрической больнице и три курса электрошоковой терапии, чтобы взять ее суицидальные наклонности под контроль. Фелитти указывает на то, что ожирение, считающееся основной проблемой здравоохранения, на самом деле для многих может быть личным решением многих других проблем. Задумайтесь о последствиях: когда вы принимаете чье-то решение за проблему, с которой нужно справиться, это не только сводит практически к нулю вероятность успешного лечения, как это часто происходит в программах по реабилитации наркозависимых, но и чревато появлением новых проблем.

Одна жертва изнасилования сказала Фелитти: «Я допустила ожирение, однако мне нужно такой быть» (19). Лишний вес может служить защитой и для мужчин. Фелитти вспоминает двух тюремных охранников, участвовавших в его программе лечения ожирения. Они быстро набрали сброшенные килограммы, так как толстыми чувствовали себя гораздо безопаснее на работе. Другой пациент мужского пола пошел по пути ожирения после развода родителей, когда перебрался жить к своему жестокому дедушке-алкоголику.

Он объяснил: «Не то чтобы я ел от голода и все такое. Просто это помогало мне чувствовать себя защищенным. С самого детского сада меня постоянно избивали. Когда же я набрал вес, это прекратилось».

Группа, проводившая НДО-исследование, заключила: «Хотя вред для здоровья ими повсеместно осознается, от каждого способа адаптации [курение, злоупотребление спиртным и наркотиками, ожирение] чрезвычайно сложно отказаться. Крайне мало внимания уделяется тому, что многие долгосрочные риски для здоровья могут также приносить краткосрочную личную выгоду. Мы регулярно слышим от наших пациентов о пользе «этих рисков для здоровья».

Идея о том, что проблема может являться решением, какой бы возмутительной она ни могла показаться многим, определенно согласуется с тем фактом, что в биологических системах постоянно присутствуют противоборствующие силы.. То, что лежит на поверхности, представленная проблема зачастую является лишь индикатором реальной проблемы, затерянной во времени, упрятанной за стыдом, скрытностью и порой амнезией пациента – а зачастую и клиническим дискомфортом».

Насилие над детьми: величайшая проблема нашей нации

Когда я впервые услышал, как Роберт Анда представляет результаты НДО-исследования, он не смог сдержать слезы. В ЦКПЗ он прежде работал в нескольких областях, связанных с серьезным риском для здоровья, включая исследования вреда табака и сердечно-сосудистые заболевания. Когда же результаты НДО-исследования начали появляться на его компьютере, он осознал, что они наткнулись на самую серьезную и дорогостоящую проблему здравоохранения в США: насилие над детьми. Он подсчитал, что суммарные траты на нее превосходят расходы на лечение рака или болезней сердца.

Искоренение в Америке насилия в детском возрасте снизило бы распространение депрессии более чем наполовину, алкоголизма – на две трети, а самоубийств, применения наркотиков, вводимых внутривенно, и домашнего насилия – на три четверти (20).

Кроме того, это бы кардинально улучшило производственные показатели и значительно снизило бы потребность в тюремных заключениях.

Когда в 1964 году был опубликован отчет главного врача о вреде курения для здоровья, он повлек за собой растянувшиеся на десятилетия вереницы судебных и медицинских кампаний, изменившие повседневные жизни и долгосрочные перспективы для здоровья миллионов людей. Количество курильщиков в США упало с 42 процентов взрослых в 1965 году до 19 процентов в 2010 году, и по существующим оценкам с 1975 по 2000 год удалось предотвратить почти восемьсот тысяч смертей от рака легких (21).

НДО-исследование, однако, подобного эффекта не возымело. Дальнейшие исследования и статьи на эту тему продолжают появляться по всему миру, однако повседневные реалии для детей вроде Мэрилин и детей из наших амбулаторных клиник и стационарных лечебных центров остаются практически без изменений. Только теперь они получают большие дозы психотропных веществ, которые делают их более стоворчивыми, однако вместе с тем вредят их способности испытывать удовольствие и проявлять любознательность, расти и развиваться в эмоциональном и интеллектуальном плане, а также мешают им становиться полноценными членами общества.

Глава 10. Травма развития: скрытая эпидемия

Идея о том, что неблагоприятный опыт в раннем детстве приводит к значительным нарушениям в развитии, основывается больше на клинической интуиции, чем на научных фактах. Не существует никаких данных о нарушениях в развитии, которые стали бы следствием какого-либо связанного с травмой синдрома.

Из официального отказа Американской психиатрической ассоциации признать диагноз травматического расстройства развития, май 2011

Исследования последствий жестокого обращения в раннем детстве говорят об обратном: что жестокое обращение в раннем возрасте оказывает долгосрочное негативное влияние на развитие мозга. Наш мозг формируется под воздействием нашего детского опыта. Жестокое обращение – это зубило, которое затачивает мозг на противостояние, надолго нанося ему глубокие раны. Детское насилие невозможно «преодолеть». Это зло, которое мы должны признать и побороть, если мы хотим хоть что-то сделать с неконтролируемым насилием в этой стране.

Мартин Тейхер, доктор медицины, PhD, «Scientific American»

Существуют сотни тысяч детей, подобных тем, про которых я сейчас расскажу, и на них тратятся огромные ресурсы, причем зачастую без ощутимых результатов. Они в итоге наводняют наши тюрьмы и больницы, а также пополняют списки сидящих на пособия безработных. Для большей части общественности они – лишь цифры статистики. Десятки тысяч школьных учителей, сотрудников службы пробации[32], социальных работников, судей и психиатров дни напролет пытаются им помочь, и все это на деньги налогоплательщиков.

Энтони было всего два с половиной года, когда его направили в наш Центр травмы из детского сада, потому что он постоянно кусал и толкал воспитателей, отказывался спать днем и без конца плакал, бился головой и раскачивался, схватившись за ноги. Ни с одним воспитателем он не чувствовал себя защищенным, а агрессивное непослушание регулярно сменялось подавленным ступором.

Когда мы встретились с ним и его матерью, он испуганно вцепился за нее, пряча свое лицо, в то время как она без конца говорила ему: «Не веди себя как маленький». Он вздрогнул, когда в коридоре стукнула дверь, еще больше зарывшись между маминими коленями. Когда она его оттолкнула, он уселся в углу и принялся биться о стену головой. «Он просто делает это, чтобы меня достать», – сказала его мать. Когда мы поинтересовались у нее про ее собственное детство, она рассказала, что родители ее бросили, и она росла поочередно у нескольких родственников, которые ее били, не обращали на нее внимания, а когда ей исполнилось тринадцать, еще и начали насиловать. Она забеременела от пьяного друга, который бросил ее, узнав про ребенка.

Она говорила, что Энтони был копией своего отца – такой же никчемный. У нее было множество ожесточенных перепалок со своими последующими мужчинами, однако она была уверена, что Энтони ничего не заметил, так как это происходило слишком поздно ночью.

Если бы Энтони госпитализировали, то ему, скорее всего, диагностировали бы ряд различных психических расстройств: депрессию, реактивное расстройство привязанности, СДВГ и ПТСР. Ни один из этих диагнозов, однако, не разъяснял бы, что с ним не так: что он до смерти напуган и борется за свою жизнь, а также не верит, что мать способна его защитить.

Еще есть Мария, пятнадцатилетняя латиноамериканка, одна из более чем полумиллиона детей в США, выросших в приютах и больницах. Мария страдает от ожирения и крайне агрессивна. В прошлом она пережила сексуальное, физическое и эмоциональное насилие, а с восьми лет сменила более двадцати детских учреждений. Кипа медицинской документации, прибывшая вместе с ней, описывала ее как молчаливого, мстительного, импульсивного, безрассудного ребенка, склонного к самоповреждению, с сильнейшими перепадами настроения и взрывным характером. Она сама называла себя «никчемным, никому не нужным мусором».

После нескольких попыток самоубийства Марию поместили в одну из наших лечебниц. Изначально она была молчаливой и замкнутой и проявляла агрессию, когда кто-то к ней подходил слишком близко. После нескольких неудачных попыток лечения ее включили в программу иппотерапии – она ежедневно расчесывала гриву своей лошади и обучалась выездке. Два года спустя я поговорил с Марией на ее школьном выпускном. Ее приняли в колледж. Когда я спросил у нее, что помогло ей больше всего, она ответила: «Лошадь, о которой я заботилась». Она рассказала мне, что впервые начала чувствовать себя защищенной со своей лошадью; она каждый день ее там ждала, радуясь, как ей казалось, ее приходу. Она ощутила эмоциональную связь с другим существом и начала разговаривать с ним, как с другом. Постепенно она заговорила с другими участвовавшими в программе детьми, а затем и со своим педагогом.

Вирджиния – удочеренная тринадцатилетняя белая девочка. Ее забрали у биологической матери из-за наркозависимости последней; когда первая приемная мать заболела и умерла, она кочевала из одного семейного приюта в другой, пока ее снова не удочерили. Вирджиния вела себя обольстительно со всеми мужчинами, которые попадались ей на пути, и она сообщила о многих случаях сексуального и физического насилия со стороны людей, которые за ней присматривали или временно ее опекали. Она попала в нашу программу стационарного лечения после тринадцати экстренных госпитализаций в связи с попытками самоубийства. Персонал описывал ее как замкнутую, властную, взрывную, склонную к сексуализации (защитный механизм, заключающийся в приписывании негативным событиям эротической составляющей, «превращающей» их таким образом в позитивные), навязчивую, злопамятную и самовлюбленную. Сама она называла себя отвратительной и говорила, что предпочла бы умереть. Диагнозы в ее медицинской карте включали биполярное расстройство [33], синдром эпизодического нарушения контроля [34], СДВГ, вызывающее оппозиционное расстройство (ВОР) [35], а

также расстройство на фоне приема психоактивных веществ. Но кем же на самом деле является Вирджиния? Как мы можем помочь ей обрести жизнь? (1)

Мы можем надеяться разрешить проблемы этих детей, только если научимся правильно определять, что с ними происходит, и будем делать нечто большее, чем разрабатывать новые лекарства с целью контроля над ними, и попытаемся найти «тот самый» ген, который ответственен за их «болезнь». Наша задача – это придумать способ помочь им вести продуктивную жизнь, и тем самым мы сможем сэкономить сотни миллионов долларов налогоплательщиков. Этот процесс начинается с принятия фактов.

Плохие гены?

Со столь серьезными проблемами и столь неблагополучными родителями возникает большой соблазн списать все на плохие гены. Технологии постоянно открывают новые направления исследований, и с появлением генетического анализа психиатрия сосредоточилась на поиске генетических причин психических заболеваний. Генетическая предрасположенность казалась особенно актуальной для шизофрении, довольно распространенной (затрагивающей примерно один процент населения), тяжелой и запутанной разновидности психических заболеваний, которая имеет явный наследственный характер. И тем не менее спустя тридцать лет исследований, на которые были потрачены многие миллионы долларов, мы так и не нашли какой-то единой генетической комбинации для шизофрении [36] – равно как и для всех остальных психиатрических болезней, раз уж на то пошло (2). Некоторые из моих коллег также усердно работали над поиском генетических факторов, способствующих развитию травматического стресса (3). Работа в этом направлении продолжается, однако до сих пор никаких убедительных ответов найдено так и не было (4).

Последние исследования отметили простую идею о том, что «наличие» определенного гена приводит к негативному результату. Оказалось, что любой отдельный результат становится следствием совместной работы многих генов. Еще более важно то, что гены не являются чем-то неизменным; различные жизненные события способны провоцировать биохимические послания, которые включают и отключают их путем присоединения метиленовых групп – набора атомов углерода и водорода – вне генов (этот процесс называется метилированием), делая их более или менее чувствительными к сигналам, получаемым от тела. Хотя жизненные события и способны менять поведение генов, его внутренняя структура остается без изменений. Присоединенные метиленовые группы, с другой стороны, могут передаваться потомству – это явление известно как эпигенетика. Опять-таки, тело все помнит, даже на самых глубоких уровнях организма.

Один из самых цитируемых экспериментов по эпигенетике был проведен исследователем Майклом Мини из Университета Макгилла, который изучал новорожденных детенышей крыс и их матерей (5). Он обнаружил, что от того, как много мать вылизывает и вычесывает крысят в первые двенадцать часов

после их рождения, навсегда определяется работа в мозге химических веществ, участвующих в стрессовых реакциях, – а также меняется конфигурация более тысячи генов.

Крысята, которых интенсивно вылизывала мать, вырастают более смелыми и в стрессовых ситуациях вырабатывают меньше гормонов стресса, чем крысы, чьи матери были менее заботливыми. Кроме того, они быстрее приходят в себя – это самообладание остается с ними на всю жизнь. У них образуются более устойчивые нейронные связи в гиппокампе, главном центре мозга, отвечающем за обучение и память, а также лучше справляются с важным для грызунов навыком – поиском выхода из лабиринтов.

Мы только начинаем понимать, что стрессовые переживания оказывают влияние на экспрессию генов и у людей. У детей, чьи матери во время беременности оказались заперты в неотапливаемых домах во время затянувшейся снежной бури в Квебеке, произошли более выраженные эпигенетические изменения по сравнению с детьми матерей, которым отопление восстановили в течение дня (6). Другой исследователь из Университета Макгилла Моше Шиф сравнил эпигенетические профили сотни детей, рожденных в наиболее и наименее привилегированных социальных слоях Англии, а также измерил последствия насилия в детстве в обеих группах. Социальному неравенству соответствовали явные различия в эпигенетических профилях, однако у переживших жестокое обращение детей в обеих группах были обнаружены идентичные изменения в семидесяти трех генах. Говоря словами Шифа: «Значительное влияние на наш организм способны оказать не только химические вещества и токсины, но также и взаимодействие социального мира с тем, что зашиито внутри нас» (7, 8).

Исследования обезьян разрешили старый спор о природе и воспитании

Пожалуй, нагляднее всего влияние воспитания и внешней среды на экспрессию генов было продемонстрировано работой Стивена Суоми, директора лаборатории сравнительной этологии [37] Национальных институтов здравоохранения (9). Более сорока лет Суоми изучал, как передаются черты характера через поколения макак-резусов, имеющих 95 процентов общих с людьми генов – по этому показателю они уступают только шимпанзе и бонобо (карликовые шимпанзе. – Прим. пер.). Подобно людям, макаки-резусы живут большими социальными группами со сложной иерархией и взаимоотношениями, и выживают и процветают только те члены, которые способны подстраивать свое поведение под потребности стаи.

Привязанность у макак-резусов также напоминает человеческую. Новорожденные детеныши нуждаются в тесном физическом контакте со своей матерью, и в точности, как это наблюдал Боулби у людей, они развиваются, познавая собственные реакции на свое окружение, бегом возвращаясь обратно к матери, когда пугаются или теряются. Когда они становятся более самостоятельными, то игра со сверстниками становится главным способом обучения тому, как ладить с сородичами.

Суоми выделил два типа характера, которые систематически приводили к проблемам: нервные, тревожные обезьяны, которые пугались, замыкались и становились подавленными даже в тех ситуациях, в которых их сородичи бы играли и изучали свое окружение, а также чрезвычайно агрессивные обезьяны, которые создавали столько проблем, что их зачастую избегали, избивали, в том числе до смерти.

Тревожный и агрессивный типы отличались от своих сородичей на биологическом уровне. Отклонения в степени возбуждения, поведении гормонов стресса и метаболизма химических веществ в мозге, таких как серотонин, можно заметить в течение первых нескольких недель жизни, и ни их физиология, ни поведение с возрастом, как правило, не подлежат изменениям.

Суоми обнаружил множество типов поведения, обусловленных генетикой. Так, например, нервные обезьяны (что определялось в соответствии с их поведением и повышенным уровнем кортизола в шестимесячном возрасте) по достижении четырехлетнего возраста в экспериментальных ситуациях потребляли больше спиртного, чем их сородичи. Агрессивные по своей природе обезьяны также отличались злоупотреблением спиртного – однако они напивались, пока не отключались, в то время как нервные обезьяны, казалось, пили, чтобы успокоиться.

Вместе с тем существенный вклад в поведение и физиологию также вносит и социальная среда. Взвинченные, тревожные самки плохо ладят с окружающими, из-за чего зачастую не получают социальной поддержки, когда у них рождается потомство, и они чаще проявляют по отношению к своим первенцам насилие либо оставляют их без внимания. Когда же эти самки принадлежат к устойчивым социальным группам, они зачастую становятся заботливыми матерями, тщательно присматривающими за своим потомством. Таким образом, в определенных условиях тревожные матери могли получить необходимую защиту. Агрессивные матери, с другой стороны, не обеспечивают никаких социальных преимуществ: они постоянно наказывают своих детей, часто их бьют и кусают. Если тем удавалось выжить, то их матери, как правило, мешают им заводить друзей среди сверстников.

В реальной жизни невозможно понять, является ли агрессия или тревожность результатом влияния родительских генов или тяжелого детства – или же совокупности обоих факторов. В лабораторных же условиях можно забрать новорожденных с неустойчивыми генами у их биологической матери, отдав их на воспитание другой обезьяне либо поместив их в «детский сад» с другими малышами.

У молодых обезьян, которых забрали у матери при рождении и вырастили вместе со сверстниками, развивается крепкая привязанность к ним. Они отчаянно цепляются друг за друга, боятся разлучиться друг с другом, в результате чего недостаточно активно изучают окружающее пространство и играют. Им недостает развитого мышления и воображения, типичных для нормальных обезьян. Эти обезьяны вырастают нервными: любые новые ситуации их пугают, им не хватает любознательности. Независимо от своей генетической предрасположенности обезьяны, выращенные вместе со сверстниками, чрезмерно бурно реагируют на незначительный стресс: уровень

кортизола в ответ на громкие звуки повышается у них гораздо больше, чем у обезьян, которые были выращены матерями. Метаболизм серотонина нарушен у них еще больше, чем у обезьян с генетической предрасположенностью к агрессии, которые были воспитаны своими матерями. Отсюда следует вывод, что – как минимум у обезьян – детский опыт оказывает на физиологию не меньше влияния, чем наследственность.

У обезьян и людей имеются две общие вариации гена серотонина (известных как длинная и короткая аллели [38] транспортера серотонина). У людей была показана связь короткой аллели с импульсивным поведением, агрессией, поиском острых ощущений, попытками самоубийства и сильной депрессией. Суоми продемонстрировал, что – как минимум у обезьян – влияние этих генов на поведение определяется средой. Обезьяны с короткой аллелью, выращенные заботливой матерью, вели себя нормально и не испытывали проблем с метаболизмом серотонина. Те же, которых воспитывали вместе со сверстниками, вырастали агрессивными и рискованными (10). Аналогично новозеландский исследователь Алек Рой установил, что люди с короткой аллелью чаще подвергаются депрессии, чем те, у кого длинная вариация гена, однако данная закономерность наблюдалась лишь среди тех, кто в детстве сталкивался с жестоким или пренебрежительным отношением. Вывод очевиден: у детей, которым посчастливилось иметь чутких и внимательных родителей, эти генетически обусловленные проблемы в итоге не развиваются (11).

Работа Суоми подтверждает все, что мы узнали от наших коллег, занимающихся изучением человеческой привязанности, а также в ходе собственных клинических исследований: отношения, вызывающие чувство защищенности, в раннем детстве играют важнейшую роль в защите детей от проблем в будущем. Кроме того, даже родители со своими собственными генетическими уязвимостями способны передать эту защиту следующему поколению при условии наличия у них необходимой поддержки.

Национальная группа по травматическому стрессу у детей

Практически для каждого заболевания, начиная от рака и заканчивая пигментной дегенерацией сетчатки [39], существует инициативная группа, которая содействует исследованию и лечению этой конкретной проблемы. Вместе с тем вплоть до 2001 года, когда конгресс утвердил создание Национальной группы по травматическому стрессу у детей, не существовало никакой масштабной организации, занимающейся исследованием и лечением детской травмы.

В 1998 году мне позвонил Адам Каммингс из фонда Натана Каммингса, сообщив, что они заинтересованы в исследовании влияния психологической травмы на обучение. Я сообщил им, что, хотя на эту тему и была проделана неплохая работа (12), не существует никакой площадки для применения уже сделанных открытий. Отсутствовало систематическое обучение особенностям умственного, биологического или эмоционального развития травмированных детей для работников детских садов, педиатров, этому не учили будущих психологов и социальных работников.

Мы с Адамом пришли к соглашению, что нам необходимо заняться этой проблемой. Где-то восемь месяцев спустя мы созвали группу экспертов, среди которых были представители Министерства здравоохранения и социального обеспечения и Министерства юстиции США, советник по здравоохранению сенатора Теда Кеннеди, а также группа моих коллег, специализировавшихся на психологической травме у детей. Мы были все знакомы с основными принципами того, какое влияние травма оказывала на развивающийся мозг и разум, а также понимали, что детская травма кардинально отличается от травматического стресса у полностью сформировавшихся взрослых. Мы пришли к заключению, что если мы хотим привлечь внимание к проблеме детской травмы, то нам нужна национальная организация, которая будет заниматься содействием не только исследованию психологической травмы у детей, но и обучению учителей, судей, священников, приемных родителей, врачей, офицеров службы пробации (вид условного наказания, при котором осужденный помещается на время испытательного срока, установленного судьей, под надзор специальных органов. – Прим. пер.), медсестер и специалистов в области психиатрии – в общем, всех, кому приходится иметь дело с травмированными и пережившими насилие детьми.

У одного из членов нашей группы, Билла Харриса, был обширный опыт работы с законопроектами, касающимися детей, и он вместе с сотрудниками офиса сенатора Кеннеди взялся за работу по превращению наших идей в закон.

Законодательный акт, постановивший создание Национальной группы по травматическому стрессу у детей, был одобрен сенатом с поддержкой обеих партий. С 2001 года эта группа выросла из семнадцати сотрудничающих организаций до более чем ста пятидесяти центров по всей стране. Координирующие центры группы находятся в Университете Дюка и Калифорнийском университете в Лос-Анджелесе и объединяют различные учебные заведения, больницы, союзы племен, программы реабилитации наркозависимых, клиники психического здоровья и высшие школы.

Отделения Национальной группы по травматическому стрессу у детей сотрудничают с местными школьными системами, больницами, органами соцобеспечения, приютами для бездомных, программами ювенальной юстиции и приютами для жертв домашнего насилия – общее число организаций-партнеров достигает более 8300.

Когда группа была организована и приступила к своей работе, у нас появились возможности составления более четкого досье на травмированных детей во всех регионах страны. Под руководством моего коллеги из нашего Центра травмы Джозефа Спинаццолы были изучены данные почти по двум тысячам детей и взрослых из принадлежащих к группе организаций по всей стране (13). Вскоре мы подтвердили свои подозрения: подавляющее большинство выросли в крайне неблагополучных семьях. Более половины сталкивались с эмоциональным насилием и/или росли под присмотром взрослого, неспособного удовлетворять их потребности. Почти половина временно лишалась опекуна из-за тюремного заключения, участия в программе реабилитации или службы в армии, оказавшись под присмотром незнакомых людей, временных приемных родителей или далеких родственников. Примерно пятьдесят процентов сообщили о том, что становились свидетелями домашнего

насилия, а четверть были также сами жертвами сексуального и/или физического насилия. Другими словами, дети и подростки, чьи данные были изучены, в точности соответствовали пациентам «Kaiser Permanente» среднего возраста и из среднего класса, набравшим высокие показатели по шкале НДО в рамках исследования Винсента Фелитти.

Влияние диагноза

В 1970-х не существовало способов классификации широкого диапазона симптомов сотен тысяч вернувшихся из Вьетнама ветеранов. Как мы видели в первой главе этой книги, это вынуждало врачей импровизировать в лечении своих пациентов и не давало им возможности систематически изучать эффективность используемых подходов. Признание диагноза ПТСР в руководстве DSM III в 1980 году привело к масштабным научным исследованиям и развитию действенных методов лечения, которые оказались актуальными не только для ветеранов боевых действий, но также и для жертв различных травмирующих событий, включая изнасилования, нападения и дорожно-транспортные происшествия (14). Примером того, какое огромное влияние оказывает наличие конкретного диагноза, является тот факт, что между 2007 и 2010 годами министерство обороны потратило более 2,7 миллиарда долларов на лечение и исследование ПТСР у ветеранов боевых действий, в то время как только в финансовом 2009 году министерство по делам ветеранов потратило 24,5 миллиона долларов на собственные исследования.

В руководстве DSM дается довольно точное определение ПТСР. Человек переживает ужасное событие, «связанное со смертью или травмой, либо угрозой смерти или травмы, либо угрозой физической целостности его самого или окружающих», которое приводит к различным проявлениям: навязчивым повторным переживаниям события (яркие болезненные воспоминания, ночные кошмары, ощущение, будто событие происходит прямо сейчас), постоянному стремлению избегать людей, места, мысли или чувства, связанные с пережитой травмой (иногда сопровождающемуся потерей памяти о важных эпизодах), мешающему нормальной жизни, а также повышенному нервному возбуждению (бессоннице, чрезмерной бдительности или раздражительности).

Это описание подразумевает четкий сюжет: человек оказывается резко и внезапно раздавлен случившимся с ним чудовищным событием и перестает быть самим собой. Травма, может, и остается позади, однако продолжает проигрываться в постоянно повторяющихся воспоминаниях и измененной нервной системе.

Насколько актуальным было это определение для детей, которые у нас наблюдались? После единичного травмирующего события – укуса собаки, несчастный случай либо стрельба в школе – у ребенка действительно могут развиваться основные симптомы ПТСР, похожие на те, что наблюдаются у

взрослых, даже если они живут в семье, чувствуют себя защищенными и получают необходимую поддержку. Благодаря появлению официального диагноза ПТСР теперь мы можем довольно эффективно лечить эти проблемы.

Что же касается трудных детей, систематически сталкивавшихся с жестоким и пренебрежительным отношением, которых можно встретить в клиниках, школах, больницах и полицейских участках, то травмирующие корни их поведения менее очевидны, в особенности в связи с тем, что они редко рассказывают о том, как их били, бросали или соврашали, даже если их об этом спросить напрямую. Восемьдесят два процента травмированных детей, которые наблюдаются в рамках Национальной группы по травматическому стрессу у детей, не отвечают диагностическим критериям ПТСР (15). Из-за своей частой замкнутости, подозрительности или повышенной агрессии теперь они получают такие диагнозы, как «вызывающее оппозиционное расстройство», что означает «этот ребенок меня ненавидит и совершенно меня не слушается» либо «деструктивное расстройство дисрегуляции настроения» – то есть периодические неконтролируемые приступы гнева у ребенка. С учетом наличия множества разных проблем у этих детей со временем накапливается куча разных диагнозов. На многих таких пациентов к двадцати годам успевают навешать четыре, пять, шесть или даже больше бессмысленных ярлыков. Если они вообще получают какое-либо лечение, то оно, как правило, зависит от текущей «тенденции», будь то медикаментозное лечение, поведенческая психотерапия или экспозиционная терапия. Такие методы лечения, как правило, редко помогают и зачастую приносят еще больше вреда.

По мере того как росло количество детей, проходивших лечение в рамках Национальной группы по травматическому стрессу у детей, мы стали все больше понимать, что нуждаемся в диагнозе, который бы охватывал реалии их ситуаций. Мы начали с базы данных из почти двадцати тысяч детей, лечившихся в разных центрах нашей группы, и собрали все исследовательские статьи, которые нам только удалось найти, на тему пренебрежительного и жестокого обращения с детьми. Из них мы выделили сто тридцать особенно актуальных исследований, в которых в общей сложности были данные о более чем ста тысяч детей и взрослых по всему миру. В последующие четыре года дважды в год собиралась основная рабочая группа из двенадцати врачей и исследователей, специализировавшихся на детской травме (16) с целью составления предложения по подходящему диагнозу, который мы в итоге решили назвать Травматическим расстройством развития (Developmental Trauma Disorder) (17).

Сопоставив полученные данные, мы обнаружили общие для всех таких детей черты: 1) острое нарушение эмоциональной регуляции, 2) проблемы с вниманием и концентрацией и 3) трудности с тем, чтобы уживаться с самим собой и окружающими. Настроение и чувства этих детей молниеносно переключались из одной крайности в другую – вспышки ярости и паники сменялись отстраненностью, апатией и диссоциацией. Когда они волновались (что происходило большую часть времени), то не могли ни успокоиться, ни описать свои чувства.

Наличие биологической системы, которая упорно накачивает организм гормонами стресса, чтобы помочь ему справиться с реальной или воображаемой угрозой, приводит к ряду физических проблем: нарушениям сна, головным болям, необъяснимым болям в теле, повышенной чувствительности к прикосновениям или звукам. Чрезмерная возбужденность или отстраненность

мешает им на чем-либо фокусировать свое внимание и сосредотачиваться. Чтобы снять свое напряжение, они поддаются хронической мастурбации, качаются из стороны в сторону либо занимаются самоповреждением (кусают, режут, прижигают и бьют себя, выдергивают волосы, шипают себя за кожу, пока не пойдет кровь). Кроме того, это приводит к нарушениям речи и мелкой моторики. Так как всю свою энергию они тратят на то, чтобы сохранять самоконтроль, им, как правило, сложно уделять внимание тому, что не имеет прямого отношения к выживанию (например, учебе в школе), а повышенное возбуждение приводит к тому, что они постоянно отвлекаются.

Из-за того, что их часто игнорировали или бросали, они цепляются за других людей и требуют к себе внимания – даже если это те же самые люди, которые с ними жестоко обращались. Из-за регулярных проявлений по отношению к ним физического или сексуального насилия либо каких-то других разновидностей плохого обращения они неизбежно начинают считать себя неполноценными и никчемными. Появляющаяся у них ненависть к самим себе является абсолютно искренней. Так стоит ли удивляться, что они никому не доверяют? Наконец, чувство презрения к себе в сочетании с чрезмерно бурными реакциями на любое малейшее недовольство приводят к тому, что им становится сложно обзавестись друзьями.

Мы опубликовали первые статьи по результатам нашей работы, разработали и проверили специальную оценочную шкалу (18), а также собрали данные по более чем 350 тысячам детей и их приемным или родным родителям, которые подтвердили, что предложенный нами диагноз – травматическое расстройство развития – отражает весь спектр имеющихся у этих детей проблем. Будь он утвержден, мы могли бы заменить множество бессмысленных ярлыков одним-единственным диагнозом, который бы давал понять, что причина всех их проблем кроется в пережитой психологической травме в сочетании с нездоровой привязанностью.

В феврале 2009 года мы представили предложенный нами диагноз травматического расстройства развития на рассмотрение Американской психиатрической ассоциации (АПА), написав в сопроводительном письме следующее. Дети, которые развиваются в условиях постоянной опасности, жестокого обращения и без надлежащего ухода и внимания, сильно страдают от существующей диагностической системы, которая ставит упор на контроле их поведения, не признавая наличия межличностной травмы.

Исследования последствий детской травмы, вызванной жестоким или пренебрежительным отношением со стороны взрослых, раз за разом демонстрируют наличие тяжелых хронических проблем с контролем эмоций и побуждений, вниманием и когнитивной деятельностью, диссоциацией, межличностными отношениями, а также восприятием себя и окружающих.

Из-за отсутствия точного диагноза, связанного с психологической травмой, эти дети на данный момент имеют в среднем 3–8 сопутствующих диагнозов. Подобная практика ставить травмированным детям несколько отдельных сопутствующих диагнозов имеет губительные последствия: она приводит к чрезмерному расходованию средств, мешает пониманию причины проблем, а также связана с риском целенаправленного лечения лишь незначительной

части психопатологии ребенка вместо того, чтобы способствовать комплексному подходу в лечении.

Вскоре после того, как мы представили наше предложение на рассмотрение, я выступил с речью по травматическому расстройству развития на состоявшейся в Вашингтоне встрече руководителей со всей страны, работающих в области охраны психического здоровья. Они предложили поддержать нашу инициативу, написав письмо в АПА. Их письмо начиналось с информации о том, что Национальная ассоциация руководителей программ поддержания психического здоровья населения штатов ежегодно обслуживала 6,1 миллиона человек с бюджетом в 29,5 миллиарда долларов, а заканчивалось следующими словами: «Мы призываем АПА добавить травму развития в перечень приоритетных направлений для более точного описания ее течения и клинических последствий, а также чтобы подчеркнуть необходимость затрагивания темы травмы развития при обследовании пациентов».

Я был уверен, что с этим письмом АПА серьезно отнесется к нашему предложению, однако спустя несколько месяцев после нашей заявки Мэтью Фридман, исполнительный директор Национального центра по ПТСР, а также председатель соответствующего подкомитета DSM, сообщил нам, что травматическое расстройство развития вряд ли будет включено в руководство DSM-5. В комиссии, по его словам, пришли к заключению, что не существует «пустующей диагностической ниши», для которой требовалось бы введение нового диагноза. Один миллион детей, которые ежегодно сталкиваются в США с жестоким и пренебрежительным обращением, не были для него достаточной «диагностической нишей».

Письмо продолжалось: «Идея о том, что неблагоприятный опыт в раннем детстве приводит к значительным нарушениям в развитии, основывается больше на клинической интуиции, чем на научных фактах. Подобное заявление делают довольно регулярно, однако не было подтверждено никакими проспективными исследованиями». На самом деле мы включили в наше предложение несколько таких проспективных исследований[40]. Давайте рассмотрим два из них.

Как отношения влияют на развитие

Начиная с 1975 года и на протяжении почти тридцати лет Алан Сруф вместе с коллегами изучал 180 детей и их семьи в рамках Долгосрочного исследования рисков и адаптаций в Миннесоте (19). Когда исследование началось, гремели ожесточенные споры по поводу того, что играет более важную роль в развитии человека – природа или воспитание, темперамент или среда, и это исследование задалось целью дать ответ на эти вопросы. Психологическая травма еще не стала популярной темой в научных кругах, и жестокое и пренебрежительное обращение не были главной темой данного исследования – по крайней мере, первоначально, пока не оказалось, что они являются главными факторами, предсказывающими будущее человека.

Сотрудничая с местными медицинскими и социальными учреждениями, исследователи привлекли белых женщин, впервые ставших матерями, которые были достаточно бедными, чтобы рассчитывать на государственную поддержку,

однако имели разное прошлое, а также разные уровни и источники поддержки в воспитании своего ребенка. Исследование начиналось за три месяца до рождения ребенка и продолжалось до достижения им тридцатилетнего возраста. В рамках наблюдения производился учет и, при необходимости, измерение основных аспектов и событий его повседневной жизни. Исследование затрагивало ряд фундаментальных вопросов: как дети учатся уделять внимание чему-либо, при этом контролируя свой уровень возбуждения (т. е. избегая его чрезмерного падения или нарастания) и свои побуждения? В какой поддержке они нуждаются и в какие именно моменты?

После проведения подробных опросов и тестирования будущих родителей исследование было запущено в неонатальном отделении, где ученые наблюдали за ними и опрашивали ухаживающих за ними медсестер. Затем они провели опрос матерей спустя семь и десять дней после рождения ребенка. До того как дети пошли в первый класс, исследователи в общей сложности пятнадцать раз тщательно опрашивали и оценивали их и родителей. После этого детей регулярно опрашивали и тестировали до достижения ими двадцати восьми лет с параллельным сбором информации у их матерей и учителей.

Сруф вместе с коллегами обнаружил, что качество ухода за ребенком и биологические факторы тесно переплетены между собой. Было крайне любопытно увидеть, как результаты исследования в Миннесоте повторяли – хотя и были куда более подробными – то, что Стивен Суоми обнаружил, проводя в своей лаборатории эксперименты на приматах. Ничто не было определено заранее. Ни характер матери, ни неврологические отклонения у ребенка при рождении, ни его IQ, ни его темперамент – включая его уровень активности и стрессовые реакции – не предсказывали, разовьются ли у ребенка в подростковом возрасте серьезные поведенческие проблемы (20).

Ключевым фактором, скорее, был характер взаимоотношений между родителями и ребенком: то, как они воспринимали своих детей и взаимодействовали с ними. Как это было и с обезьянами Суоми, сочетание уязвимых маленьких детей с родителями, которым недостает гибкости, приводит к тому, что дети становятся назойливыми и нервными.

Отсутствие чуткости, настойчивость и навязчивое поведение со стороны родителей в шестимесячном возрасте предсказывали появление проблем с гиперактивностью и дефицитом внимания в детском саду и после него (21).

Фокусируясь на многих аспектах развития, в особенности на отношениях со взрослыми в семье, учителями и сверстниками, Сруф вместе с коллегами обнаружил, что взрослые, на чьем попечении находится ребенок, не только помогают поддерживать приемлемый уровень возбуждения, но и способствуют развитию у ребенка его собственной способности контролировать свое возбуждение. Дети, которых регулярно выводили из себя, вызывая у них перевозбуждение и дезорганизацию, не научились должным образом управлять системами возбуждения и торможения своего мозга и выросли, ожидая, что они потеряют контроль, если произойдет что-то для них неприятное. Это была уязвимая часть популяции, и к позднему подростковому возрасту половине из них были диагностированы те или иные психические проблемы. Наблюдалась явная закономерность: дети, получавшие методичный родительский уход, учились хорошо себя контролировать, в то время как

неметодичный уход приводил к хроническому психическому возбуждению. Дети непредсказуемых родителей зачастую требовали внимания и сильно расстраивались, столкнувшись с малейшими изменениями. Постоянное возбуждение привело к развитию у них хронической тревожности. Постоянный поиск одобрения мешал им нормально играть и познавать мир, и в результате они выросли нервными и трусливыми.

Жестокое или пренебрежительное обращение со стороны родителей в раннем возрасте приводило к проблемам с поведением в школе и предсказывало появление трудностей со сверстниками и отсутствие сочувствия к чужим проблемам (22). Это запускало порочный круг: их хроническое возбуждение вкупе с недостаточным вниманием со стороны родителей делало их непослушными и агрессивными. Дети, которые хулиганили и проявляли агрессию, были непопулярными, что провоцировало дальнейшую изоляцию и неодобрение со стороны не только родителей, но и их учителей и сверстников (23). Сруф также многое узнал про психологическую устойчивость: способность оправляться после неудач.

Самым важным фактором, предсказывавшим то, насколько хорошо участники справлялись с неизбежными в жизни разочарованиями, был уровень защищенности, который они испытывали с заботящимися о них взрослыми в первые два года жизни.

В личной беседе Сруф мне сообщил, что, как ему кажется, уровень психологической устойчивости у взрослых можно предсказать по тому, насколько милостивыми считали матери своих детей в двухлетнем возрасте.

Долгосрочные последствия инцеста

В 1986 году Фрэнк Путнэм и Пенелопа Трикетт, его коллега из Национального института психического здоровья, начали долгосрочное исследование последствий сексуального насилия на развитие женщин (25). До публикации результатов данного исследования наши знания о последствиях инцеста основывались исключительно на словах детей, недавно рассказавших о насилии по отношению к ним, а также на рассказах взрослых, позволивших годы или даже десятилетия спустя понять, как инцест отразился на их жизни. Не было ни одного исследования, которое бы отслеживало процесс взросления девочек, чтобы узнать, как сексуальное насилие может повлиять на их школьную успеваемость, отношения со сверстниками и представление о самой себе, а также их дальнейшую личную жизнь. Путнэм и Трикетт также изучили, какие изменения со временем происходили со стрессовыми гормонами участниц, их половыми гормонами, функцией иммунной системы и другими физиологическими параметрами. Кроме того, они рассмотрели и потенциальные положительные факторы, такие как понимание и поддержка со стороны родных и сверстников.

Исследователи методично подобрали восемьдесят четыре девочки, которые достоверно подвергались сексуальному насилию со стороны члена семьи – данные о них были предоставлены управлением социального обеспечения

округа Колумбия. Их сравнивали с контрольной группой из восьмидесяти двух девочек того же возраста, расы, социально-экономического статуса и такого же состава семьи, которые не сталкивались с сексуальным насилием. Средний возраст участниц на момент начала исследования составлял одиннадцать лет. За последующие двадцать лет обе группы были тщательно обследованы шесть раз: раз в год в течение первых трех лет исследования и затем в восемнадцать, девятнадцать и двадцать пять лет. В первые несколько раз в обследовании участвовали их матери, в последний – их собственные дети. Примечательно, что 96 процентов всех девочек, а ныне взрослых женщин, продолжили участие в исследовании до самого его завершения.

Результаты были однозначными: по сравнению с другими девочками того же возраста, расы и социального статуса пережившие сексуальное насилие девочки страдали от гораздо большего числа крайне негативных последствий, включая когнитивные расстройства, депрессию, симптомы диссоциации, проблемы с половым развитием, более высокий уровень ожирения и склонность к самоповреждению. Они чаще бросали школу, чем девочки из контрольной группы, а также у них было больше серьезных проблем со здоровьем, и они чаще обращались за медицинской помощью. Кроме того, у них наблюдались нарушения в реакциях гормонов стресса, раньше начиналось половое созревание, а также им ставили ряд различных, казалось бы, не связанных между собой психиатрических диагнозов.

Дальнейшее исследование раскрыло много подробностей о влиянии насилия на развитие. Так, например, каждый раз, когда с ними встречались исследователи, они просили девочек из обеих групп рассказать про самое ужасное, что случилось с ними за последний год. Пока они рассказывали свои истории, ученые наблюдали за уровнем их волнения, а также измеряли физиологические показатели. В первый раз все девочки были явно встревожены. Три года спустя в ответ на тот же вопрос девочки из контрольной группы снова продемонстрировали признаки волнения, в то время как пережившие насилие девочки замкнулись и ничего не выражали. Их физиология соответствовала наблюдаемой реакции: во время первого обследования у всех девочек наблюдалось увеличение уровня гормона стресса кортизола; три года спустя у переживших насилие девочек уровень кортизола, когда их спрашивали о самом неприятном событии за последний год, был уже гораздо ниже.

Со временем тело приспосабливается к хронической травме. Одним из последствий эмоционального ступора является то, что учителям, друзьям и другим людям сложнее понять, что ребенок находится в тревоге – более того, он и сам может этого не замечать. Отключая свои чувства и эмоции, он больше не реагирует на неприятности так, как должен – например, не предпринимает защитных мер.

Исследование Путнэма также продемонстрировало серьезное долгосрочное влияние инцеста на дружбу и личные отношения. До наступления полового созревания у девушек, которые не пережили насилие, как правило, имеется несколько подружек, а также один мальчик, выполняющий роль своего рода шпиона, который информирует их о том, что собой представляют эти странные создания – мальчики. В подростковом возрасте контакт с мальчиками постепенно нарастает. Жертвы инцеста же, напротив, до полового созревания

редко обзаводятся близкими друзьями, будь то девочки или мальчики, в то время как подростковый возраст приносит много хаотично и зачастую травмирующих контактов с мальчиками.

Отсутствие друзей в начальной школе оказывает решающее значение. Известно, насколько жестокими могут быть девочки в третьем, четвертом и пятом классе. Это очень непростое время, когда друзья внезапно становятся врагами и процветает взаимное предательство. У этого, однако, есть и своя положительная сторона: когда девочки попадают в среднюю школу, многие из них уже владеют полным набором социальных навыков, включая осознание своих чувств, налаживание отношений с окружающими, умение притворяться, что тебе кто-то нравится, и так далее. Кроме того, многие из них обзаводятся сплоченной группой поддержки из других девочек, которая помогает им справляться со стрессом. По мере того как они постепенно вступают в мир секса и начинают встречаться с парнями, эти отношения предоставляют им возможность посплетничать и обсудить это.

Развитие девочек, переживших сексуальное насилие, происходит совершенно иным путем. У них нет друзей ни среди девочек, ни среди мальчиков, так как они не умеют доверять; они ненавидят себя, а их физиология действует против них, в результате чего они либо слишком бурно реагируют, либо впадают в эмоциональный ступор.

Пока другие девочки, движимые завистью, ссорятся и мирятся, они сторонятся подобных игр, участникам которых приходится учиться сохранять хладнокровие под воздействием стресса. Другие дети, как правило, их сторонятся – слишком уж они странные.

Но это лишь начало проблем. Обособленные, пережившие инцест девочки достигают половой зрелости на полтора года раньше остальных девочек. Сексуальное насилие ускоряет их биологические часы и выделение половых гормонов. В начале полового созревания у таких девушек уровень тестостерона и андростендиона – гормонов, которые подпитывают сексуальное желание, – был в три-пять раз выше, чем у девочек из контрольной группы.

Результаты исследования Путнэма и Трикетт продолжают публиковаться, однако они уже предоставили бесценную информацию врачам, имеющим дело с жертвами детского сексуального насилия. Так, например, в нашем Центре травмы один из наших врачей сообщил на утреннем собрании в понедельник, что пациентку по имени Аиша изнасиловали – в очередной раз – на выходных. Она сбежала из своего группового дома в пять вечера в субботу, отправилась в местечко в Бостоне, где зависают наркоманы, покурила травку, приняла какие-то еще наркотики, а затем уехала на машине с кучей парней. В пять вечера в воскресенье они совершили над ней групповое изнасилование. Подобно многим подросткам, с которыми мы имеем дело, Аиша неспособна выразить свои желания или потребности, а также не в состоянии продумывать способы самозащиты. Вместо этого она живет в мире действий. Нет никакого толку в том, чтобы пытаться объяснить ее поведение с помощью понятий преступник/жертва, равно как и в таких ярлыках, как «депрессия», «вызывающее оппозиционное расстройство», «синдром эпизодического нарушения контроля», «биполярное расстройство» или любых других вариантов, предлагаемых нашими диагностическими руководствами. Работа

Путнэма помогла нам понять, как Аиша воспринимает мир – почему она не может рассказать нам, что с ней происходит, почему она такая импульсивная и не в состоянии за себя постоять, а также почему воспринимает нас пугающими и навязчивыми, а не теми, кто может и хочет ей помочь.

Руководство DSM-5: сборная солянка диагнозов

Когда руководство DSM-5 было опубликовано в мае 2013 года, оно включало порядка трех сотен расстройств и 945 страниц их описания. Оно предлагает настоящую сборную солянку ярлыков, которые можно навешать на проблемы, связанные с тяжелой детской травмой, включая новые, такие как деструктивное расстройство дисрегуляции настроения (26), несуицидальные самоповреждения, синдром эпизодического нарушения контроля, расстройство дисрегуляции социальной вовлеченности и деструктивное импульсное расстройство (27).

Вплоть до конца девятнадцатого века врачи классифицировали болезни в соответствии с их видимыми проявлениями, такими как жар и гнойники, что было вполне обоснованным, с учетом того, что у них не было другого выбора (28). Это изменилось, когда такие ученые, как Луи Пастер и Роберт Кох, обнаружили, что многие болезни вызывают бактерии, невидимые невооруженным глазом. После этого медицина преобразилась, сосредоточившись на избавлении от этих микроорганизмов, а не просто на лечении нарывов и жара, которые они вызывали. С публикацией DSM-5 психиатрия откатилась к стандартам медицинской практики начала девятнадцатого века. Несмотря на тот факт, что нам известны причины многих упомянутых им проблем, перечисленные в нем «диагнозы» описывают поверхностные явления, полностью игнорируя их первопричину.

Еще до выхода DSM-5 «Американский журнал психиатрии» опубликовал результаты проверок обоснованности ряда новых диагнозов, которые показали, что руководству DSM недостает, как это называется в науке, «надежности» – то есть способности давать воспроизводимые, последовательные результаты. Другими словами, ему недоставало научной достоверности. Удивительно, но отсутствие надежности и достоверности не помешало руководству DSM-5 быть напечатанным в срок, несмотря на всеобщее мнение о том, что пятое издание никак не улучшило прежнюю диагностическую систему (29). Могло ли быть причиной появления этой новой диагностической системы то, что АПА заработала на DSM-IV сто миллионов долларов и рассчитывала примерно столько же получить с выходом DSM-5 (потому что все психиатры, многие юристы и другие специалисты будут обязаны приобрести себе экземпляр последнего издания)?

Надежность диагноза – не просто какое-то абстрактное понятие: если врачи не могут прийти к согласию относительно того, что беспокоит их пациентов, то они не смогут предоставить надлежащего лечения. Когда нет четкой связи между диагнозом и лечением, пациенты с навешанными ярлыками диагнозов обречены на неправильное лечение.

Нельзя удалять аппендикс, когда пациент страдает от камней в почках, равно как и нельзя навешивать на человека ярлык «оппозиционного

расстройства», когда корни его поведения на самом деле кроются в попытках защитить себя от реальной опасности.

В своем опубликованном в июне 2011 года заявлении Британское психологическое сообщество пожаловалось АПА, что в руководстве DSM-5 указывалось, будто источник психологических страданий «кроется в самих людях», при этом упускалась из виду «неоспоримая социальная этиология многих подобных проблем» (30). Это была лишь капля в море протестов со стороны американских специалистов, включая руководителей Американской психологической ассоциации и Американской ассоциации консультантов. Почему межличностным отношениям и социальным условиям не было уделено должное внимание? (31) Если в качестве причины психических проблем рассматривать только физиологические отклонения и неисправные гены, игнорируя при этом брошенных и переживших насилие детей, то это чревато попаданию в тупик, как это было с предыдущими поколениями, винившими во всем ужасных матерей.

Наиболее резко, пожалуй, на DSM-5 отреагировал Национальный институт психического здоровья (НИПЗ), финансирующий большинство психиатрических исследований в Америке. В апреле 2013 года, за несколько дней до официального выхода DSM-5, директор НИПЗ Томас Инсел объявил, что его организация больше не может поддерживать «диагностику на основании симптомов» руководства DSM (32). Вместо этого институт решил сосредоточиться на финансировании проекта под названием Research Domain Criteria (RDoC) (Критерии исследовательских доменов. – Прим. пер.) (33), призванного создать платформу для исследований, включающих в себя несколько диагностических категорий. Так, например, один из доменов института называется «Системы возбуждения/модуляции (возбуждение, циркадные ритмы, сон и бодрствование)», которые в той или иной степени нарушены у многих пациентов.

Подобно DSM-5, проект RDoC рассматривает психические расстройства исключительно как болезни мозга. Это означает, что будущие исследования будут посвящены изучению нейронных контуров мозга «и других нейробиологических показателей», связанных с психическими проблемами. Инсел считает это первым шагом на пути к «точной медицине, которая полностью преобразила диагностику и лечение рака». Психические заболевания вместе с тем нельзя сравнивать с раком: люди – социальные существа, и психические проблемы включают сложности во взаимодействии с окружающими, неспособность приспособляться, адаптироваться и в целом быть на одной волне с другими людьми.

Все в нас – наш мозг, наш разум, наше тело – заточено на взаимодействие в рамках социальных систем. Это наша самая действенная стратегия выживания, ключ к процветанию нашего вида, и именно эти механизмы выходят из строя при большинстве психических заболеваний. Как мы уже видели во второй части, нервные связи в мозге и теле играют важнейшую роль в понимании человеческих страданий, однако нельзя игнорировать то, что лежит в основе нашей человечности: наши отношения и взаимодействия, которые формируют наш разум и мозг в детстве, придавая смысл всей нашей жизни и наполняя ее содержанием.

Мы будем и дальше испытывать проблемы с пониманием и лечением людей, переживших жестокое или пренебрежительное обращение, либо серьезные лишения, если не прислушаемся к словам Алана Сруфа: «Чтобы в полной мере постичь, как мы становимся собой – сложное, пошаговое развитие наших ориентиров, способностей и моделей поведения со временем, – недостаточно просто перечня ингредиентов, какими бы важными они ни были. Необходимо глубокое понимание процесса развития, а также совместного влияния всех этих факторов в течение жизни» (34).

Рядовые работники в области психического здоровья – перегруженные и работающие за копейки социальные работники и психотерапевты – согласны с нашим подходом. Вскоре после того как АПА отказалась включить Травматическое расстройство развития (ТРР) в руководство DSM, тысячи врачей со всей страны отправили в наш Центр травмы небольшие пожертвования, чтобы помочь нам провести масштабное научное исследование ТРР. Эта поддержка позволила нам за последние несколько лет опросить сотни детей, родных и приемных родителей, а также работников в области психического здоровья в пяти различных центрах с применением специально разработанных опросников. Уже были опубликованы первые результаты этих исследований, а к моменту выхода в печать этой книги свет увидят и другие публикации (35).

Что изменит ТТР?

Помимо прочего, этот диагноз позволит сфокусировать исследования и лечение (не говоря уже про финансирование) на главных аспектах, лежащих в основе разносторонних симптомов хронически травмированных детей и взрослых: глубокой эмоциональной и биологической дисрегуляции, несостоявшейся или нездоровой привязанности, проблемах с концентрацией внимания, а также серьезных трудностях с самоидентификацией. Эти проблемы включают в себя практически все диагностические категории (и выходят за их рамки), и если не сосредоточиться на них в лечении, то успеха с помощью него вряд ли удастся добиться.

Наша основная задача – это применить знания о нейропластичности – гибкости нейронных контуров мозга, – чтобы перепрограммировать мозг и перестроить разум людей, которых жизнь приучила видеть в окружающих угрозу, а себя самих воспринимать беспомощными созданиями.

Социальная поддержка – это биологическая потребность, а не альтернатива, и она должна лежать в основе любых методов профилактики и лечения. Осознание огромнейшего влияния травмы и лишений на развитие ребенка не должно приводить к обвинениям во всем родителей. Можно предположить, что родители делают все возможное, однако все родители нуждаются в помощи в воспитании своих детей. Практически все развитые страны мира, за исключением США, это осознают и обеспечивают в том или ином виде семьям гарантированную поддержку. Джеймс Хекман, лауреат Нобелевской премии 2000 года по экономике, продемонстрировал, что качественные программы для маленьких детей, задействующие родителей и способствующие развитию

основных навыков у детей из неблагополучных семей, со временем более чем окупают себя за счет полученных результатов (36).

В начале 1970-х психолог Дэвид Олдс работал в детском саду в Балтиморе, где многие дети были родом из семей, пораженных нищетой, домашним насилием и наркоманией. Понимая невозможность улучшить условия проживания детей, занимаясь только их проблемами с успеваемостью, он запустил программу домашних визитов, в рамках которой обученные медсестры помогали матерям обеспечивать своим детям безопасную и стимулирующую развитие среду, одновременно с этим представляя лучшее будущее для себя. Двадцать лет спустя дети таких матерей были не только более здоровыми, но и гораздо реже сообщали о жестоком или пренебрежительном обращении, чем аналогичная группа детей, чьи матери не участвовали в программе. Кроме того, они чаще заканчивали школу, реже попадали в тюрьму и чаще получали высокооплачиваемую работу. Экономисты подсчитали, что каждый доллар, вложенный в программу домашних визитов, детские сады и дошкольные программы, позволяет сэкономить семь долларов на социальных пособиях, расходах на здравоохранение, лечение наркотической зависимости и тюремные заключения, не говоря про увеличение налоговых поступлений за счет хорошо оплачиваемой работы (37).

Когда я приезжаю в Европу, чтобы прочитать лекции, со мной часто связываются чиновники из министерств здравоохранения скандинавских стран, Великобритании, Германии и Нидерландов с просьбой встретиться с ними и поделиться последними наработками в области лечения травмированных детей, подростков и их семей. Подобное происходит и со многими моими коллегами. Эти страны уже позаботились о том, чтобы обеспечить всеобщий доступ к услугам здравоохранения, введя гарантированную минимальную зарплату, оплаченный отпуск по рождению ребенка для обоих родителей, а также обеспечив качественные детские сады для всех работающих матерей.

Может ли этот подход к здравоохранению как-то быть связан с тем фактом, что число заключенных в Норвегии составляет 71 на сто тысяч населения, в Нидерландах – 81 на сто тысяч, а в США – целых 781 на сто тысяч, в то время как уровень преступности в этих странах гораздо ниже, а стоимость медицинских услуг примерно в два раза меньше? Семьдесят процентов всех заключенных в Калифорнии росли в приемных семьях. США ежегодно тратят на заключенных 84 миллиарда долларов – примерно 44 тысячи долларов на каждого заключенного, в то время как северноевропейские страны намного меньше. Вместо этого они тратят деньги на то, чтобы помогать родителям воспитывать детей в безопасной и предсказуемой среде. Их успеваемость и уровень преступности говорят о явной эффективности таких инвестиций.

Часть IV. Отпечаток травмы

Глава 11. Раскрывая секреты. Проблема травматических воспоминаний

Удивительно, что все встающие передо мной картины прошлого обладают двумя свойствами. Они всегда дышат тишиной, это в них самое яркое, и даже когда в действительности дело обстояло не совсем так, от них все равно веет спокойствием. Это беззвучные видения, которые говорят со мной взглядами и жестами, без слов, молча, и в их безмолвии есть что-то потрясающее.

Эрих Мария Ремарк, «На западном фронте без перемен»[41]

Весной 2003 года меня попросили встретиться с юношей, утверждавшим, что он был в детстве растлен Полом Шэнли, католическим священником, служившим в его приходе в городе Ньютон, штат Массачусетс. Ему было двадцать пять, и он как будто забыл про пережитое насилие, пока не услышал, что этот священник находится под следствием по делу о совращении маленьких мальчиков. Передо мной был поставлен следующий вопрос: хотя он, казалось бы, и «подавлял» воспоминания о насилии более десяти лет после его окончания, заслуживали ли они доверия и готов ли был я засвидетельствовать это в суде под присягой?

Я поделюсь с вами тем, что этот мужчина, которого я буду называть Джулианом, сказал мне, основываясь на моих изначальных заметках по делу (хотя его настоящее имя и было предано общественной огласке, я все равно использую псевдоним, так как надеюсь, что с тех пор ему удалось вернуть себе немного приватности и спокойствия).

Его случай иллюстрирует хитросплетения травматических воспоминаний. Кроме того, споры по делу отца Шэнли были типичным примером шумихи, которую поднимает эта проблема с тех самых пор, как психиатры в конце девятнадцатого века впервые описали необычную природу травматических воспоминаний.

Под наплывом ощущений и образов

11 февраля 2001 года Джулиан служил в военной полиции на военно-воздушной базе. Во время телефонного разговора его девушка, Рэйчел, с которой они созванивались ежедневно, упомянула про главную новость, прочитанную тем утром в «Boston Globe». Священника по фамилии Шэнли подозревали в растлении детей. Разве Джулиан не рассказывал ей про отца Шэнли, который был священником в его приходе, когда он жил в Ньютоне? «Он когда-нибудь делал что-то с тобой?» – спросила она.

Сначала Джулиан вспомнил отца Шэнли как доброго человека, который всячески его поддерживал после развода родителей. Когда же разговор продолжился, он запаниковал. Он внезапно увидел перед собой силуэт Шэнли

в дверном проеме с вытянутыми под углом в сорок пять градусов руками – он смотрел, как Джулиан пишет.

Переполненный эмоциями, он сказал Рэйчел: «Мне нужно идти». Он позвонил руководителю своего звена, который пришел в сопровождении старшины. Вдвоем они отвели его к капеллану. Джулиан помнит, как сказал ему: «Вы в курсе, что происходит в Бостоне? Это случилось и со мной тоже». Услышав, как он сам произносит эти слова, Джулиан больше не сомневался: Шэнли определенно его растлил – хотя он и не помнил подробностей. Джулиану было невероятно стыдно за захлестнувшие его эмоции: он всегда был сильным мальчиком, который держал все при себе.

В ту ночь он просидел, сторбившись, в углу своей кровати, думая, что теряет рассудок, и переживая, что его отправят в психушку. На протяжении следующей недели к нему в голову продолжали приходиться различные образы, и он боялся окончательно сломаться. Он раздумывал над тем, чтобы вонзить себе в ногу нож, лишь бы остановить эти видения. Затем панические атаки стали сопровождаться судорожными приступами, которые он называл «эпилептическими припадками». Он до крови царапал себе кожу. Ему постоянно было жарко, он потел и был возбужденным. Между приступами паники он «чувствовал себя словно зомби»; он наблюдал за собой со стороны, словно испытываемое им в действительности происходило с кем-то еще.

В апреле он был уволен со службы, не дослужив всего десять дней до того, чтобы иметь право на полные военные привилегии.

Когда Джулиан вошел в мой кабинет примерно год спустя, я увидел перед собой статного, мускулистого парня, который выглядел подавленным и сломленным. Он сразу же мне сказал, что чувствовал себя ужасно из-за того, что ушел из ВВС. Он хотел построить там свою карьеру, и его всегда высоко оценивали. Ему нравились трудности и командная работа, и ему не хватало в жизни военной строгости.

Джулиан родился в пригороде Бостона, вторым из пяти детей. Его отец ушел из семьи, когда Джулиану было около шести лет, так как не мог больше жить с его эмоционально нестабильной матерью. Джулиан и его отец довольно неплохо ладили, однако иногда он упрекал своего отца в том, что ему приходилось слишком много работать, чтобы поддерживать семью, а также в том, что тот бросил их на воспитание неуравновешенной матери. Никто из его родителей, равно как братьев и сестер, никогда не получал психиатрической помощи, а также не проходил медикаментозное лечение.

В старших классах Джулиан был популярным спортсменом. Хотя у него и было много друзей, Джулиан чувствовал себя неудачником и компенсировал свою плохую успеваемость пьянками и гулянками. Ему стыдно за то, что он пользовался своей популярностью и симпатичной внешностью, налево и направо занимаясь с девушками сексом. Он сказал, что хотел несколькими из них позвонить и извиниться за то, как плохо с ними обращался.

Сколько он себя помнит, Джулиан всегда ненавидел свое тело. В старших классах он принимал стероиды, чтобы нарастить мышцы, и почти каждый день

курил травку. Он не пошел в колледж и по окончании средней школы почти год был практически бездомным, так как больше не мог жить вместе со своей матерью. Он пошел служить в армию в надежде вернуть свою жизнь в правильное русло.

Джулиан познакомился с отцом Шэнли в шесть лет, когда посещал занятия по катехизису в приходской церкви. Он помнил, как отец Шэнли выводил его из класса на исповедь. Отец Шэнли редко носил рясу, и Джулиан помнил, что на нем были синие вельветовые штаны.

Они приходили в просторную комнату, где напротив друг друга стояли два стула, а также была скамья, чтобы вставать на колени. Стулья были обиты красной тканью, и на скамье была красная подушка. Они играли в карты, постепенно переходя к покеру на раздевание.

Затем он помнил, как стоял перед зеркалом в этой комнате. Отец Шэнли сказал ему нагнуться. Он помнил, как отец Шэнли засунул ему в анус палец. Он не думает, что отец Шэнли когда-нибудь проникал в него пенисом, однако уверен, что священник неоднократно засовывал в него свой палец.

В остальном его воспоминания были крайне непоследовательными и обрывочными. У него в голове всплывали образы с лицом Шэнли и отдельными происшествиями: как Шэнли стоит в дверном проеме в туалете; как священник опускается на колени и трогает «там» языком. Он не мог сказать, сколько ему было лет, когда это случилось. Он помнил, как священник учил его заниматься оральным сексом, однако не помнил, чтобы на самом деле делал это. Он помнил, как передавал брошюры в церкви, как отец Шэнли сидел рядом с ним на церковной скамье, поглаживая его одной рукой, в то время как другой держал руку Джулиана на себе. Он помнил, как, когда он был уже старше, отец Шэнли подходил к нему вплотную и трогал его пенис. Джулиану это не нравилось, однако он не знал, как это остановить. В конце концов, как он сказал мне: «В округе не было никого, кто бы был ближе к Богу, чем отец Шэнли».

Помимо этих обрывков воспоминаний следы его сексуального насилия явно активировались и проигрывались у него в голове. Иногда, когда он занимался сексом со своей девушкой, у него в голове всплывало лицо священника, и Джулиан, по его собственным словам, «съезжал с катушек». За неделю до нашей встречи его девушка засунула ему в рот палец и игриво сказала: «Ты хорошо работаешь ртом». Джулиан подпрыгнул и закричал: «Скажешь это еще раз, и я, на хрен, тебя прибью!» Затем, перепуганные, они вместе заплакали. За этим последовал очередной «эпилептический припадок», в ходе которого Джулиан свернулся в позу эмбриона: он трясся и хныкал, словно ребенок. Рассказывая мне об этом, Джулиан выглядел очень маленьким и очень напуганным.

Джулиану то было жалко старика, которым стал отец Шэнли, то ему хотелось просто «отвести его в какую-нибудь комнату и убить». Он также неоднократно говорил, как ему было стыдно, как было тяжело признать, что он не мог себя защитить: «Люди обычно боятся со мной связываться, и теперь мне приходится рассказывать вам все это». Он воспринимал себя большим, суровым Джулианом.

В чем смысл историй вроде той, что случилась с Джулианом: когда человек многие годы ничего не помнит, а затем на него наваливаются обрывочные, тревожащие образы, необъяснимые физические симптомы с внезапным мысленным повторением пережитого? Так как я занимаюсь лечением людей, ставших жертвой психологической травмы, моей первостепенной задачей является не выяснение точных подробностей случившегося с ними, а помощь им в том, чтобы научиться справляться с захватывающими их ощущениями, эмоциями и реакциями, при этом не поддаваясь им постоянно. Когда возникает вопрос вины, то, как правило, самой главной проблемой, с которой приходится иметь дело, является самобичевание – человеку нужно помочь признать, что травма не была его виной, что она не стала следствием какой-то его неполноценности и что никто на свете не заслуживает того, что приключилось с ним.

Когда же оказывается замешан судебный процесс, то определение вины становится первоочередной задачей, а вместе с ней и определение возможности предоставления в суде доказательств. Прежде мне довелось работать с двенадцатью людьми, которые пережили жестокое насилие в детстве в католическом сиротском приюте в городе Берлингтон, штат Вермонт.

Они выступили с обвинениями (вместе со многими другими истцами) более чем сорок лет спустя, и хотя они не общались друг с другом до того, как было подано первое заявление, их воспоминания о насилии были поразительно схожи: они все называли одни и те же имена, а также конкретные издевательства, ежедневно совершавшиеся каждой монахиней или священником – в одних и тех же комнатах, с использованием одной и той же мебели.

Большинство из них впоследствии подписали соглашение о досудебном урегулировании с епархией Вермонта.

До начала судебного процесса судья проводит так называемые слушания Доберта, чтобы установить стандарты для экспертных показаний, которые будут представлены присяжным. В деле 1996 года мне удалось убедить федерального окружного судью в Бостоне, что люди с психологической травмой часто теряют все воспоминания о случившемся, постепенно восстанавливая их по кусочкам лишь спустя многие годы. Те же самые стандарты должны были применяться и в деле Джулиана. Хотя мой отчет, направленный его адвокату, и остается конфиденциальным, он основывался на десятилетиях клинического опыта и исследований травматических воспоминаний, включая работу некоторых великих родоначальников современной психиатрии.

Сравнение обычных и травматических воспоминаний

Мы все знаем, насколько изменчивой является человеческая память; наши рассказы о прошлом постоянно меняются, мы пересматриваем и корректируем их. Когда мы вместе с братьями и сестрами рассказываем о событиях нашего

детства, в итоге неизбежно создается ощущение, словно мы выросли в разных семьях – столь многие из наших воспоминаний разнятся. Подобные автобиографические воспоминания не являются точным отражением реальности; это истории, которые мы рассказываем, чтобы передать наше личное видение случившегося.

Невероятная способность человеческого разума переписывать память была продемонстрирована исследованием Гранта, в рамках которого систематически отслеживалось физическое и психическое здоровье более двухсот студентов Гарварда, начиная с их второго года обучения в 1939–44 годах и по сей день (2). Разумеется, люди, разработавшие это исследование, не могли предвидеть, что большинство участников отправятся воевать на Второй мировой войне, однако теперь мы можем отследить развитие их военных воспоминаний. Этим мужчин подробно опросили про войну в 1945–1946 годах, а затем еще раз в 1989–1990-х. Сорок пять лет спустя рассказы большинства очень сильно отличались от того, что было записано с их слов сразу же после войны: по прошествии времени пережитые ими события утратили свой первоначальный ужас. У тех же, кто получил психологическую травму с последующим развитием ПТСР, рассказ совершенно не изменился: спустя сорок пять лет после окончания войны их воспоминания остались практически нетронутыми.

То, запомним ли мы вообще то или иное событие, а также насколько точными будут воспоминания о нем, во многом зависит от того, насколько важным оно было лично для нас, а также от эмоций, которые мы испытывали в тот момент. Ключевой фактор – это наш уровень возбуждения. У каждого из нас есть воспоминания, связанные с определенными людьми, звуками, запахами и местами, которые надолго остаются с нами. Большинство из нас по-прежнему в точности помнят, где мы были и что видели во вторник одиннадцатого сентября 2001 года, однако мало кто вспомнит что-то конкретное про десятое сентября того же года.

Большинство повседневных переживаний немедленно уходит в забвение. В обычные дни нам мало есть о чем рассказать, когда мы вечером возвращаемся домой. Наш разум работает по определенным схемам или картам, и происшествия, которые выходят за рамки установленных закономерностей, с большей вероятностью привлекают наше внимание. Если мы получили прибавку на работе или друг рассказал нам какие-то волнующие новости, то мы запомним подробности этого момента – во всяком случае, на какое-то время.

Лучше всего мы запоминаем оскорбления и травмы: адреналин, выделяемый в организме, чтобы помочь нам защититься от потенциальной угрозы, помогает запечатлеть эти происшествия в памяти. Даже если конкретное содержание сделанного замечания и растворяется со временем, неприязнь к сделавшему его человеку, как правило, остается.

Когда происходит нечто пугающее, например если мы становимся свидетелями того, как наш ребенок или друг пострадал в результате несчастного случая, у нас надолго останутся живые и по большей части точные воспоминания о случившемся. Как продемонстрировал Джеймс Макгоу вместе с коллегами, чем больше выделяется адреналина, тем точнее будут воспоминания (3). Такая закономерность, однако, сохраняется лишь до определенного момента.

Столкнувшись с ужасом – особенно с ужасом «неотвратимого шока», – эта система перегружается и выходит из строя.

Разумеется, у нас нет возможности отслеживать, что именно происходит в процессе травматических переживаний, однако мы можем воссоздать травму в лаборатории, как это делалось в третьей и четвертой главах, чтобы получить снимки мозга. Когда следы, оставшиеся в памяти об изначальных звуках, зрительных образах и ощущениях, повторно активируются, лобные доли отключаются, а вместе с ними, как мы видели, отключается тот участок, что помогает нам формулировать наши чувства словами (4); область, ответственная за восприятие времени, а также таламус, объединяющий поступающие необработанные данные, связанные с ощущениями. В этот момент эмоциональный мозг, неконтролируемый сознанием и неспособный общаться словами, и берет верх. Периодическая активация эмоционального мозга (лимбической системы и ствола мозга) выражается в изменениях уровня эмоционального возбуждения, физиологического состояния организма и мышечной активности. При нормальных условиях эти две системы памяти – рациональная и эмоциональная – сотрудничают друг с другом, совместно создавая реакцию. Повышенное возбуждение же не только нарушает баланс между ними, но также приводит и к отключению других участков мозга, необходимых для надлежащего хранения и интеграции поступающей информации, таких как гиппокамп и таламус (5). Как результат, отпечатки травмирующих переживаний сохраняются в виде не последовательного и логичного рассказа, а обрывочных сенсорных и эмоциональных следов: зрительных образов, звуков и физических ощущений (6). Джулиан видел мужчину с вытянутыми руками, церковную скамью, лестницу, игру в покер на раздевание; он почувствовал что-то в своем пенисе, его охватил панический страх. Между тем ему в голову не приходила никакая история, объясняющая эти ощущения.

Раскрытие тайн травмы

В конце девятнадцатого века, когда исследователи впервые начали систематическое изучение психических проблем, природа травматических воспоминаний была одной из центральных тем для обсуждения. Во Франции и в Англии было опубликовано огромное количество статей, посвященных так называемому «железнодорожному синдрому» – психологическим последствиям железнодорожных происшествий, которые включали потерю памяти.

Самыми же большими были достижения в исследовании истерии – психического расстройства, характеризующегося эмоциональными взрывами, склонностью к внушению, а также сокращениями и параличом мышц, которым не было объяснения с точки зрения анатомии (7). Прежде считавшаяся болезнью психически нестабильных или симулирующих женщин (само название происходит от греческого слова, означающего «матка»), истерия теперь позволила заглянуть в тайны разума и тела. Имена некоторых величайших родоначальников нейробиологии и психиатрии, таких как Жан-Мартен Шарко, Пьер Жане и Зигмунд Фрейд, связаны с ее изучением.

Ученые доказали, что в корне истерии лежит психологическая травма, в частности травма, связанная с сексуальным насилием в детстве (8). Эти ученые называли травматические воспоминания «патогенными секретами» (9) и

«мозговыми паразитами» (10): как бы людям, страдающим от них, ни хотелось забыть о случившемся, их воспоминания снова и снова просачивались в сознание, погружая их в настоящий экзистенциальный ужас (11).

Интерес к истерии был особенно большим во Франции, и, как это часто бывает, корни этого интереса лежали в политических интригах той эпохи. Жан-Мартен Шарко, повсеместно считающийся основателем нейробиологии, в честь учеников которого, таких как Жиль де ла Туретт, были названы многие неврологические заболевания, также активно занимался политической деятельностью. После отречения императора Наполеона III от престола в 1870 году развернулась борьба между монархистами (старый порядок поддерживало духовенство) и сторонниками зарождающейся Французской республики, верившие в науку и светскую демократию. Шарко полагал, что критическим фактором в этом противостоянии станут женщины, и его исследование истерии «предоставило научное объяснение таких явлений, как одержимость демонами, колдовство, экзорцизм и религиозный экстаз» (12).

Шарко тщательно исследовал физиологические и неврологические проявления истерии у мужчин и женщин, среди которых отчетливо выделялись телесная память и трудности с подбором слов. Так, например, в 1889 году он опубликовал случай пациента по фамилии Лелог, у которого, после того как его сбила конная повозка, парализовало ноги. Хотя Лелог упал на землю и потерял сознание, его ноги выглядели невредимыми, и не было никаких неврологических симптомов, которые могли бы указать на причину его паралича. Шарко узнал, что перед тем, как потерять сознание, Лелог увидел приближающиеся колеса повозки и был уверен, что его переедут. Он отметил, что «у этого пациента... не сохранилось никаких воспоминаний... Вопросы, заданные ему вплоть до этого момента, не дали никакого результата. Он не знал ничего или почти ничего» (13).

Подобно многим другим пациентам в Сальпетриере, Лелог выражал свои переживания физически: вместо воспоминаний о происшествии у него развился паралич ног (14).

Для меня же настоящим героем этой истории является Пьер Жане, который помог Шарко основать исследовательскую лабораторию для изучения истерии в Сальпетриере. В 1889 году, когда была построена Эйфелева башня, Жане опубликовал в виде книги свой первый научный обзор травматического стресса: «Психологический автоматизм» (15). Жане выдвинул предположение, что в корне того, что мы называем теперь ПТСР, лежат испытанные «яростные» эмоции, или сильное эмоциональное возбуждение. В этой работе объяснялось, что у переживших травму людей продолжают повторяться определенные действия, эмоции и ощущения, связанные с травмой. И в отличие от Шарко, который прежде всего был заинтересован наблюдением за физическими симптомами пациентов, Жане провел бесчисленное количество часов, разговаривая с ними, в попытках понять, что происходит у них в голове. Кроме того, в отличие от Шарко, чья работа была сосредоточена на понимании истерии, Жане был в первую очередь врачом, чьей целью было лечение своих пациентов. Вот почему я подробно изучил описанные им клинические случаи, а он стал одним из моих самых важных учителей (16).

Жан-Мартен Шарко представляет пациентку с истерией. Шарко преобразил Сальпетриер – древний приют для парижских бедняков, превратившийся благодаря ему в современную больницу. Обратите внимание на неестественную позу женщины. (Картина Андре Бруйе)

Амнезия, диссоциация и повторное воспроизведение

Жане первым указал на разницу между «сюжетной памятью» – историями, которые люди рассказывают о пережитой травме, – и непосредственно травматической памятью. Одним из пациентов, истории про которых он изложил, была Ирен – молодая девушка, госпитализированная после смерти матери от туберкулеза (17). Ирен на протяжении многих месяцев ухаживала за своей матерью, продолжая все это время ходить на работу, чтобы помогать отцу-алкоголику и оплачивать медицинские счета матери. Когда ее мать в итоге умерла, Ирен – измотанная стрессом и недосыпом – в течение нескольких часов пыталась вернуть ее к жизни, звала ее и пыталась запихнуть в горло лекарства. В какой-то момент ее безжизненное тело свалилось с кровати, в то время как пьяный отец Ирен лежал в отключке рядом. Даже после того, как прибыла ее тетя и начала подготовку к похоронам, Ирен продолжила отрицать случившееся. Ее пришлось уговаривать прийти на похороны, и она просмеялась всю службу. Несколько недель спустя ее поместили в Сальпетриер, где ею занялся Жане.

Помимо того, что она не помнила о смерти своей матери, Ирен страдала от другого симптома: несколько раз в неделю она пристально, словно в трансе, смотрела на пустую кровать, не обращая никакого внимания на происходящее вокруг, и начинала ухаживать за воображаемым человеком. Она подробно воспроизводила – а не вспоминала – обстоятельства смерти своей матери.

Травмированные люди помнят одновременно и слишком мало, и слишком много. С одной стороны, у Ирен не было осознанных воспоминаний о смерти ее матери – она не могла рассказать историю о том, что именно случилось. С другой – она бессознательно воспроизводила физические обстоятельства смерти матери. Использованный Жане термин «автоматизм» отражает бессознательную природу ее действий.

Жане лечил Ирен на протяжении нескольких месяцев, главным образом с помощью гипноза. По завершении лечения он снова спросил ее про смерть матери. Ирен заплакала и сказала: «Не напоминайте мне об этом кошмаре... Моя мать умерла, а мой отец был, как обычно, в стельку пьян. Мне пришлось всю ночь заботиться о ее мертвом теле. Я делала много всяких глупостей, чтобы ее оживить... К утру я окончательно рехнулась». Теперь Ирен могла не только рассказать о случившемся – она вспомнила и свои эмоции: «Мне было очень грустно и одиноко». После этого Жане назвал ее воспоминания «полными», так как они сопровождались соответствующими чувствами.

Жане отметил значительные различия между обычными и травматическими воспоминаниями. Травматическим воспоминаниям предшествует определенный триггер. В случае Джулиана этим триггером были развратные комментарии его девушки, у Ирен – пустая кровать. Когда активируется один из элементов травматических переживаний, остальные, как правило, автоматически следуют за ним.

Травматические воспоминания не являются сжатыми: у Ирен уходило три-четыре часа на воспроизведение ее истории каждый раз, однако когда она наконец смогла рассказать о случившемся, это заняло у нее меньше минуты.

Воспроизведение травмы не выполняет никакой функции. Обычные воспоминания, с другой стороны, способны адаптироваться: наши истории изменчивы и могут видоизменяться, подстраиваясь под определенные обстоятельства. Обычная память социальна по своей сути: это история, которую мы рассказываем ради какой-то цели.

В случае Ирен эта цель – добиться помощи и утешения со стороны ее врача; в случае Джулиана – чтобы я помог ему добиться правосудия и отмщения. Травматические же воспоминания лишены подобного социального аспекта. У гнева Джулиана в ответ на слова его девушки не было какой-либо полезной цели. Воспроизводимые события застывают во времени, оставаясь без изменений, и они всегда связаны с чувством одиночества, стыда и отчуждения.

Жане ввел термин «диссоциация» для описания процесса расщепления и изоляции воспоминаний, которые он наблюдал у своих пациентов. Он также подчеркивал, насколько тяжело приходится трудиться, чтобы сдерживать эти воспоминания. Позже он написал, что пациенты, у которых происходит диссоциация их травматических переживаний, становятся «привязанными к непреодолимому препятствию» (18): «Будучи неспособными интегрировать свои травматические воспоминания, они словно теряют способность усваивать и новый опыт. Их личность словно прекращает свое развитие в определенный момент – она больше не может расти путем добавления новых элементов» (19). Он предсказал, что если пациент не осознает существование расщепленных элементов в его памяти и не объединит их в единую историю, которая случилась с ним в прошлом, но уже подошла к концу, то их личная и профессиональная жизнь постепенно пойдет на спад. Это явление было неоднократно подтверждено современными исследованиями (20).

Жане обнаружил, что, хотя изменение и искажение воспоминаний представляет собой нормальное для человека явление, люди с ПТСР не могут оставить в прошлом произошедшее с ними событие, ставшее источником этих воспоминаний. Диссоциация не дает травме стать частью объединенных, постоянно меняющихся историй автобиографической памяти, что, по сути, приводит к формированию двойной системы памяти. Нормальная память интегрирует элементы каждого события в непрерывный поток самовосприятия путем сложного ассоциативного процесса: представьте себе плотную, но очень гибкую сеть, в которой каждый элемент оказывает незначительное воздействие на многие другие. В случае же с Джулианом связанные с его травмой ощущения, мысли и эмоции хранились отдельно друг от друга в виде замороженных, едва различимых фрагментов. Если основной проблемой ПТСР

является диссоциация, то целью лечения должна стать ассоциация: интеграция разрозненных элементов травмы в непрерывную историю жизни человека, чтобы мозг мог различать прошлое и настоящее.

Происхождение разговорной терапии

Психоанализ был рожден в палатах Сальпетриера. В 1885 году Фрейд отправился в Париж для совместной работы с Шарко и позже назвал своего первенца Жаном-Мартеном в честь Шарко. В 1893 году наставник Фрейда из Вены, Йозеф Брейер, процитировал Шарко и Жане в своей потрясающей работе, посвященной причине истерии. «Больные истерией страдают по большей части от своих воспоминаний», – заявляли они, а также утверждали, что эти воспоминания не «стираются» со временем, как это происходит с обычными воспоминаниями, а «сохраняются с поразительной свежестью» в течение длительного времени. Травмированные люди не могут контролировать, когда они всплывут: «Нам следует... упомянуть еще один примечательный факт... А именно тот, что эти воспоминания, в отличие от других воспоминаний о прошлом, не находятся в распоряжении пациента. Напротив, эти события полностью отсутствуют в памяти пациентов, когда они находятся в нормальном психическом состоянии либо присутствуют в крайне сжатом виде» (21) (все выделения курсивом были сделаны Брейером и Фрейдом).

Брейер и Фрейд полагали, что травматические воспоминания ускользали от сознания либо потому, что «обстоятельства делали реакцию невозможной», либо из-за того, что они начались во время «крайне парализующих эмоций, таких как страх».

В 1896 году Фрейд сделал смелое заявление, сказав, что «первопричиной истерии всегда является растление ребенка взрослым» (22). Затем, лично осознав масштабы эпидемии насилия в лучших венских семьях – в чем, заметил он, был замешан и его собственный отец, – он быстро пошел на попятную. Психоанализ переключился на бессознательные желания и фантазии.

Впрочем, Фрейд время от времени продолжал признавать реалии сексуального насилия (23). После того как ужасы Первой мировой войны столкнули его с военными неврозами, Фрейд подтвердил, что отсутствие вербальной памяти – главная особенность психологической травмы, и если человек ничего не помнит, то он с большой вероятностью будет воспроизводить эти события: «Он воспроизводит их не как воспоминания, а в виде действий; он повторяет их – неосознанно, разумеется, – и в конечном счете мы понимаем, что в этом и состоят его воспоминания о них» (24).

Многолетним наследием совместной работы Фрейда и Брейера 1893 года стало то, что мы называем «разговорной терапией»: «Мы обнаружили, к нашему поначалу огромному удивлению, что каждый отдельный симптом истерии немедленно и навсегда исчезал, когда нам удавалось пролить свет на воспоминание о событии, которым он был спровоцирован, и пробудить сопровождавшие его эмоции, и когда пациент описывал эти события максимально подробно, выражая свои эмоции на словах (курсив в оригинале).

Воспоминания без эмоций практически неизбежно не дают никакого результата».

Они объясняют, что при отсутствии «активной реакции на травмирующее событие» эмоции «остаются привязанными к памяти», и их невозможно устранить. Реакция может быть устранена действием – «от слез до мести». «Язык же служит заменой действиям; с его помощью эмоцию можно «ослабить» почти так же эффективно». «Разработанная нами процедура, – заключили они, – имеет лечебный эффект. Она кладет конец движущей силе... которая изначально не была ослаблена [т. е. в момент травмы], давая выход сдвленным эмоциям с помощью слов; она подвергает их ассоциативной коррекции путем ознакомления с ними нормального сознания».

Хотя психоанализ и переживает на данный момент упадок, «разговорная терапия» продолжает жить, и психологи в целом сходятся во мнении, что пересказ истории о пережитой травме помогает людям оставить ее в прошлом. Это также является и базовым принципом когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), которой сегодня обучают в магистратурах по психологии по всему миру.

Хотя диагностические ярлыки изменились, мы продолжаем встречать пациентов вроде тех, что описывали Шарко, Жане и Фрейд. В 1986 году мы вместе с коллегами описали случай женщины, работавшей продавщицей сигарет в бостонском ночном клубе «Коконат гроув» (букв. «Кокосовая роща». – Прим. пер.), когда он сгорел в 1942 году (25). На протяжении 1970-х и 1980-х она ежегодно воспроизводила свое спасение на Ньюбери-стрит, в нескольких кварталах от месторасположения клуба, в результате чего ее госпитализировали с такими диагнозами, как шизофрения и биполярное расстройство.

В 1989 году я описал случай ветерана войны во Вьетнаме, который ежегодно инсценировал «вооруженное ограбление» в годовщину смерти своего приятеля (26). Засунув руку в карман, он выставлял вперед палец, изображая пистолет, и просил продавца опустошить кассу – давая ему предостаточно времени, чтобы вызвать полицию.

Эти бессознательные попытки совершить «самоубийство с помощью полицейского» подошли к концу, когда судья направил этого ветерана ко мне на лечение. После того, как мы разобрались с его чувством вины по поводу смерти друга, он больше ничего подобного не устраивал.

Подобные случаи приводят к важному вопросу: как могут врачи, полицейские или социальные работники понять, что человек страдает от травматического стресса, если тот воспроизводит произошедшие с ним события, а не вспоминает их? Если про их прошлое ничего не известно, то их чаще признают сумасшедшими либо наказывают за совершенные преступления вместо того, чтобы помочь разобраться с их травмой.

Травматические воспоминания в суде

Не менее двух дюжин мужчин заявили, что были растлены Полом Шэнли, и многие из них урегулировали свои иски с бостонской епархией в досудебном порядке. Джулиан был единственной жертвой, вызванной в качестве свидетеля на суде Шэнли. В феврале 2005 года бывший священник был признан виновным по двум эпизодам изнасилования ребенка, а также двум эпизодам нападения на ребенка с причинением телесных повреждений. Его приговорили к тюремному заключению сроком от двенадцати до пятнадцати лет.

В 2007 году адвокат Шэнли, Роберт Шоу-младший, подал апелляцию, посчитав приговор Шэнли судебной ошибкой. Шоу хотел построить защиту на том, что «подавленные воспоминания» не получили всеобщего признания в научных кругах, что приговор был основан на «псевдонауке» и что перед судом не было заслушано достаточно экспертных показаний по поводу официального статуса подавленных воспоминаний. Апелляция была отвергнута изначальным судьей первой инстанции, однако два года спустя была принята Высшим апелляционным судом Массачусетса. Почти сто ведущих психиатров и психологов со всех США и из восьми зарубежных стран подписали экспертное заключение, в котором утверждалось, что существование «подавленных воспоминаний» не было доказано и что они не могут считаться доказательством в суде. Тем не менее десятого января 2010 года суд оставил приговор Шэнли в силе, сопроводив свое решение следующим заявлением: «Таким образом, постановление судьи о том, что недостаток научных подтверждений не делает несостоятельной теорию о том, что у человека может быть диссоциативная амнезия[42], было подтверждено имеющимися данными. Не было никакого злоупотребления в процессе рассмотрении показаний экспертов на тему диссоциативной амнезии».

В следующей главе я подробнее поговорю про память и механизм забывания, а также о том, как споры о подавленных воспоминаниях, начавшиеся при Фрейде, продолжают и по сей день.

Глава 12. Невыносимая тяжесть воспоминаний

Наши тела – это тексты, которые несут в себе воспоминания, так что воспоминания – это самая настоящая реинкарнация.

Кати Кэннон

Интерес научного сообщества к проблеме психологической травмы сильно колебался на протяжении последних ста пятидесяти лет. Шарко в 1893 году умер, Фрейд стал рассматривать первопричиной психических болезней внутренние конфликты, защитные реакции и инстинкты, и медицина в целом потеряла интерес к этой теме. Психоанализ тем временем стремительно набирал популярность. В 1911 году бостонский психиатр Мортон Принс, учившийся вместе с Уильямом Джеймсом и Пьером Жане, пожаловался, что

люди, интересовавшиеся последствиями травмы, были сродни «смытым приливом в Бостонской бухте моллюскам».

Впрочем, про травму забыли всего на несколько лет, так как с началом Первой мировой войны в 1914 году медицина и психология в очередной раз столкнулись с сотнями тысяч людей со странными психологическими симптомами, необъяснимыми болезнями и потерей памяти. Появление кинематографа позволило записать этих солдат на пленку, и сегодня на YouTube мы можем наблюдать за их нелепыми позами, странными словами, испуганными выражениями лица и тиками – физическими проявлениями травмы: «воспоминания, запечатленные одновременно в разуме, в виде внутренних образов и слов, и в теле».

В начале войны британцы придумали диагноз «военный невроз», который давал ветеранам право на лечение и пособие по инвалидности. Схожим альтернативным диагнозом была «неврастения», который не предполагал ни лечения, ни пособия. То, какой диагноз получал солдат, полностью зависело от взглядов его лечащего врача (2).

На Западном фронте служило более миллиона британских солдат. Лишь в первые часы первого июля 1916 года в ходе битвы на Сомме пострадали 57 470 солдат, из которых 19 249 были убиты – это был самый кровавый день в истории страны. Историк Джон Киган сказал про их военачальника, фельдмаршала Дугласа Хейга, памятник которому возвышается на улице Уайтхолл в Лондоне – бывшем центре Британской империи: «В своих публичных выступлениях и личных дневниках он не выражал никакой обеспокоенности человеческими страданиями». В битве при Сомме он «отправил цвет британской молодежи на смерть и увечья» (3).

По мере продолжения войны военный невроз все сильнее подрывал эффективность боевых сил. Генеральный штаб Великобритании разрывался, чтобы и всерьез отнестись к страданиям солдат, и добиться победы над немцами.

В июне 1917 года был выпущен указ под номером 2384, гласивший: «Ни при каких обстоятельствах не разрешается упоминать выражение «военный невроз» как вслух, так и в любой отчетности». Всем солдатам с психологическими проблемами предлагалось давать диагноз «NYDN» (Not Yet Diagnosed, Nervous – диагноз еще не поставлен, раздражительный) (4).

В ноябре 1917 года Генеральный штаб отказал Чарльзу Самюэлю Майерсу, заведовавшему четырьмя полевыми госпиталями для раненых солдат, в разрешении на публикацию статьи, посвященной военному неврозу, в «Британском медицинском журнале». Немцы пошли еще дальше – они считали военный невроз недостатком характера, с которым боролись различными болезненными способами, включая электрошоковую терапию.

В 1922 году британское правительство опубликовало отчет Саутборо, чтобы не допустить диагностики военного невроза в последующих войнах, а также исключить в будущем требования о компенсации. В этом отчете предлагалось исключить военный невроз из всех официальных перечней и настаивалось, что эти случаи больше нельзя рассматривать как «военную травму, которой эта

болезнь считалась ранее» (5). Официальное заключение состояло в том, что хорошо обученные войска под надлежащим руководством не должны страдать от военного невроза, и военнослужащие, ставшие жертвой этого расстройства, были недисциплинированными солдатами, воевавшими против своей воли. Хотя политические волнения по поводу признания этого диагноза и продолжались еще несколько лет, отчеты о наиболее эффективных методах лечения военного невроза исчезли из медицинской литературы (6).

В США судьба ветеранов также была сопряжена с проблемами. В 1918 году, когда они вернулись домой с полей сражения во Франции и Фландрии, их приветствовали как национальных героев, прямо как солдат, возвращающихся из Ирака и Афганистана в наши дни. В 1924 году конгресс проголосовал за выплату им премии в размере 1,25 доллара за каждый день службы за рубежом, однако эти выплаты были отложены до 1945 года.

К 1932 году страна погрузилась в Великую депрессию, и в мае того же года примерно пятнадцать тысяч безработных и нищих ветеранов разбили лагерь в вашингтонском торговом центре, требуя немедленной выплаты полагающихся им премий. Сенат отклонил законопроект о преждевременных выплатах шестьюдесятью двумя голосами против восемнадцати. Месяц спустя президент Гувер приказал армии очистить лагерь ветеранов. Войсками, которые поддерживали шесть танков, командовал начальник штаба армии генерал Дуглас Макартур. Связь с вашингтонской полицией обеспечивал майор Дуайт Дэвид Эйзенхауэр, а майор Джордж Пэттон руководил кавалерией. Подняв штыки, солдаты бросились в атаку, бросая в ветеранов гранаты со слезоточивым газом. На следующее утро торговый центр был полностью покинут и объят пламенем (7). Ветераны так никогда и не получили своего пособия.

Хотя медицинские и политические деятели и повернулись спиной к возвращающимся с войны солдатам, ужасы войны были навсегда запечатлены в литературе и искусстве. В романе немецкого писателя Эриха Марии Ремарка «На Западном фронте без перемен» (8), где описывались будни фронтовых солдат, главный герой Пауль Баум говорит от лица всего поколения:

«Теперь я замечаю, что я, сам того не зная, сильно сдал. Я уже не нахожу себе места здесь – это какой-то чужой мир. Одни расспрашивают, другие не хотят расспрашивать, и по их лицам видно, что они гордятся этим, зачастую они даже заявляют об этом вслух, с этакой понимающей миной: дескать, мы-то знаем, что об этом говорить нельзя. Они воображают, что они ужасно деликатные люди»[43] (9).

Опубликованный в 1929 году, роман тут же снискал мировую популярность и был переведен на двадцать пять языков. Снятый на его основе в 1930 году голливудский фильм получил «Оскар» в номинации «Лучший фильм».

Когда же несколько лет спустя к власти пришел Гитлер, «На Западном фронте без перемен» стала одной из первых «вырожденных книг», сожженных нацистами на площади перед Университетом имени Гумбольдта в Берлине (10). Видимо, осведомленность о губительных последствиях войны для разума солдат представляла угрозу планам нацистов погрузиться в очередное безумие.

Отрицание последствий военной травмы способно нанести удар по общественному строю. Нежелание признать нанесенный войной вред и нетерпимость к «слабости» сыграли важнейшую роль в расцвете фашизма и милитаризма по всему миру в 1930-х. Огромные военные репарации, выплаченные по Версальскому договору, еще больше опозорили и без того опороченную Германию. Немецкое общество, в свою очередь, безжалостно расправлялось со своими травмированными ветеранами войны, с которыми обращались, как с низшими созданиями. Этот поток унижения беспомощных подготовил почву для полного обесценивания прав человека под нацистским режимом: морального оправдания истребления сильными слабыми, ставшим основанием для последовавшей войны.

Новое лицо травмы

Начало Второй мировой войны подтолкнуло Чарльза Самюэля Майерса и американского психиатра Абрама Кардинера к публикации отчетов об их работе с солдатами и ветеранами Первой мировой. «Военный невроз во Франции 1914–1918» (1940) (11) и «Травматические неврозы военного времени» (1941) (12) стали основными руководствами для психиатров, лечивших во время нового международного конфликта солдат с военными неврозами. США приложили огромные военные усилия, и достижения психиатрии были ярким тому подтверждением. Опять-таки, на YouTube можно заглянуть в прошлое: документальный фильм «Да будет свет» (1946) голливудского режиссера Джона Хьюстона демонстрирует главный способ лечения военных неврозов того времени: гипноз (13).

В фильме Хьюстона, снятом во время его службы в сухопутных войсках, врачи все такие же патриархальные, а их пациенты – все такие же перепуганные парни. Только вот проявлялась у них травма иначе.

Если в Первой мировой солдаты беспокойно двигались, страдали от лицевого тика и полного паралича, то следующее поколение солдат напугано и скованно. Их тело между тем все помнит: расстройство желудка, учащенное сердцебиение, паника.

Между тем травма отразилась не только на их теле. Вызванное гипнозом состояние транса позволило им подобрать слова для всего того, что они боялись помнить: их ужаса, комплекса вины выжившего, а также противоречивой преданности. Меня также поразило то, что эти солдаты, казалось, гораздо сильнее сдерживали свою злость и враждебность, чем молодые ветераны, с которыми работал я. Проявления травматического стресса меняются под воздействием культуры.

Теоретик феминизма Жермен Грир написала про лечение ПТСР у ее отца после Второй мировой войны: «Осматривая мужчин с серьезными нарушениями,

[медработники] практически неизбежно находили их причину в довоенном опыте: эти больные мужчины попросту не были первоклассным боевым материалом... Военные утверждали, что это не война делает мужчин больными, а больные мужчины неспособны участвовать в войнах» (14). Судя по всему, вряд ли врачи как-то помогли ее отцу, однако то, что она стала разбираться с его страданиями, без сомнения, способствовало ее изучению полового доминирования во всех его отвратительных проявлениях, таких как изнасилования, инцест и домашнее насилие.

Когда я работал в больнице для ветеранов, я был озадачен тем, что большинство пациентов, наблюдаемых в психиатрии, были молодыми, недавно уволившимися со службы ветеранами войны во Вьетнаме, в то время как коридоры и лифты, ведущие к отделению общей медицины, были наполнены стариками. Заинтригованный этим расхождением, в 1983 году я провел опрос ветеранов Второй мировой в медицинских пунктах. У большинства из них в соответствии с примененной мной оценочной шкалой был ПТСР, однако их лечение было сосредоточено на медицинских, а не психиатрических проблемах. Эти ветераны жаловались на желудочные колики и боль в груди, а не на ночные кошмары и приступы ярости, от которых, как показало мое исследование, они также страдали. Жалобы пациента напрямую зависят от поведения врача: когда пациент жалуется на ужасные ночные кошмары, а его врач назначает ему флюорографию, то пациент понимает, что он получит более эффективную медицинскую помощь, если сосредоточится на своих физических симптомах. Подобно моим родственникам, сражавшимся или попавшим в плен во время Второй мировой, большинство этих мужчин крайне неохотно делились своими переживаниями. Складывалось ощущение, что ни врачи, ни их пациенты попросту не хотели вспоминать про войну.

Тем не менее военные и гражданские лидеры усвоили во время Второй мировой войны важнейшие уроки, которые прошли стороной предыдущие поколения. После падения нацистской Германии и Японской империи Соединенные Штаты помогли восстановить Европу с помощью Плана Маршалла, ставшего экономическим фундаментом для последующих пятидесяти лет относительного мира. В самих США Закон о правах военнослужащих обеспечил миллионы ветеранов образованием и жильем, что способствовало общему экономическому благополучию и привело к появлению обширного хорошо образованного среднего класса. Вооруженные силы привели нацию к расовой интеграции. Ведомство по делам ветеранов строило по всей стране учреждения, чтобы помогать ветеранам с получением медицинской помощи. Тем не менее, несмотря на все это внимание к вернувшимся с войны ветеранам, психологические последствия войны оставались непризнанными, и травматические неврозы окончательно пропали из официальных перечней психиатрических диагнозов. Последняя научная работа по военной травме после Второй мировой войны увидела свет в 1947 году (15).

Повторное открытие травмы

Как я уже отмечал ранее, когда я начал работать с ветеранами войны во Вьетнаме, в библиотеке больницы для ветеранов не было ни одной книги о психологической травме, однако Вьетнамская война вдохновила на проведение многочисленных исследований, создание учебных организаций, а также

включение ПТСР в профессиональную литературу. Одновременно с этим в массах произошел взрывной рост интереса к проблеме психологической травмы.

Выпущенный в 1974 году учебник по клинической психиатрии под авторством Фридмана и Каплана гласил, что «инцест случается крайне редко, затрагивая не более чем одного человека из 1,1 миллиона» (16). Как мы уже видели во второй главе, далее в этом авторитетном учебнике превозносятся потенциальные плюсы инцеста: «...инцест снижает вероятность развития у человека психоза, позволяя ему лучше подстраиваться к окружающему миру... большинству из них подобный опыт ничуть не повредил».

То, насколько ошибочными были эти заявления, стало очевидно, когда зарождающееся феминистское движение вкупе с осведомленностью общества о психологических травмах у ветеранов боевых действий подтолкнули заявить о себе десятки тысяч жертв детского насилия. Были сформированы группы повышения осведомленности и группы поддержки жертв, а во многих популярных книгах, включая «Мужество исцеления» (1988) – ставшую бестселлером мотивационную книгу для жертв инцеста, а также книгу Джудит Херман «Травма и исцеление» (1992), в которой подробно обсуждаются различные этапы лечения и выздоровления.

Наученный горьким опытом истории, я стал переживать, не грозит ли нам очередная волна отрицания травмы, как это было в 1985, 1917 и 1947 годах. Именно так все и произошло.

В начале 1990-х во многих ведущих газетах и журналах в США и Европе начали появляться статьи о так называемом синдроме ложной памяти, при котором у пациентов с психиатрическими проблемами якобы создавались подробные ложные воспоминания о сексуальном насилии, которые, как они утверждали, на протяжении многих лет были подавлены.

Что поражало во всех этих статьях, так это та уверенность, с которой в них утверждалось об отсутствии доказательств того, что люди запоминают психологическую травму не так, как обычные события. Я хорошо помню звонок от известного лондонского новостного еженедельника – мне сообщили, что они планируют в следующем выпуске опубликовать статью про травматические воспоминания, и предложили как-то прокомментировать эту тему. Я с энтузиазмом отнесся к их вопросам и сказал, что утрата воспоминаний о травмирующих событиях впервые изучалась в Англии более века назад. Я упомянул работу Джона Эрика Эриксона и Фредерика Майерса с жертвами железнодорожных аварий в 1860-х и 1870-х годах, а также обширные исследования проблем с памятью у воевавших в Первой мировой солдат, проведенные Чарльзом Самюэлем Майерсом и Уильямом Риверсом. Я также посоветовал им взглянуть на статью, опубликованную в 1944 году в «The Lancet», в которой описывались последствия спасения всей британской армии с пляжей Дюнкерка в 1940 году. Более десяти процентов обследованных солдат страдали от сильной потери памяти после эвакуации (17). На следующей неделе журнал сообщил своим читателям об отсутствии каких-либо доказательств того, что люди иногда частично или полностью теряют воспоминания о травмирующих событиях.

Проблема отсроченных воспоминаний о травме не вызывала особых споров, когда Майерс и Кардинер впервые описали это явление в своих книгах по военному неврозу в Первой мировой; когда случаи серьезной потери памяти наблюдались после Дюнкеркской операции, или же когда я писал про ветеранов войны во Вьетнаме и людей, переживших пожар в ночном клубе «Коконат троув». Вместе с тем в 1980-х и начале 1990-х, когда начали писать про аналогичные проблемы с памятью у детей и женщин, столкнувшихся с домашним насилием, судебные иски жертв насилия привели к тому, что эта проблема переключалась из области науки в политику и право. Это, в свою очередь, привело к скандалам о педофилии в католической церкви, в ходе которых специалистов по памяти стравливали друг против друга в залах суда по всем США, а затем в Европе и Австралии.

Специалисты, выступавшие от имени церкви, заявляли, что воспоминания о сексуальном насилии в детстве как минимум не заслуживали доверия и что заявления, сделанные предполагаемыми жертвами, скорее всего, стали результатом ложных воспоминаний, внедренных в их разум психотерапевтами, которые были чересчур сочувственными, доверчивыми либо и вовсе действовали в собственных интересах. В течение этого периода мне довелось поработать более чем с пятьюдесятью взрослыми, которые, подобно Джулиану, помнили, как их насиловали священники. Примерно в половине случаев их иски были отклонены.

Научное объяснение подавленных воспоминаний

На самом деле за более чем сто лет были сделаны сотни научных публикаций о том, как подавленные воспоминания о пережитой травме всплывают спустя годы или даже десятилетия (18). Сообщалось о случаях потери памяти у людей, переживших природные катаклизмы, несчастные случаи, войну, похищения, пытки, концентрационные лагеря, а также физическое и сексуальное насилие. Полная потеря памяти наиболее характерна для сексуального насилия в детстве – ей подвержены от 19 до 38 процентов всех жертв (19). Особых разногласий в этом вопросе не наблюдается: руководство DSM-III еще в 1980 году признало существование проблемы потери памяти о травмирующих событиях в диагностических критериях диссоциативной амнезии: «неспособность вспомнить важную личную информацию, как правило, связанную с травмой или стрессом, которую невозможно объяснить обычной забывчивостью». Потеря памяти была одним из диагностических критериев ПТСР с тех пор, как этот диагноз был впервые введен.

Одно из самых любопытных исследований подавленных воспоминаний было проведено доктором Линдой Мейер Уильямс, которое началось, когда она училась на кафедре социологии в Пенсильванском университете в начале 1970-х. Уильямс опросила 206 девочек возраста от десяти до двенадцати лет, попавших в отделение неотложной помощи после сексуального насилия. Результаты их лабораторных анализов, а также записи интервью с детьми и их родителями хранились в медицинской документации больницы. Семнадцать лет спустя Уильямс смогла отследить 136 из этих – уже ставших взрослыми – детей, которых она подробно повторно опросила (20). Более трети женщин (38 процентов) не помнили про насилие, о котором было написано в их медицинской карте, в то время как лишь пятнадцать женщин (12 процентов)

заявили, что никогда не подвергались насилию в детстве. Более двух третей (68 процентов) рассказали о других случаях сексуального насилия в детстве. Женщины, которые были на момент происшествия младше и которых растлил известный им человек, чаще забывали о пережитом насилии.

В ходе исследования также была изучена достоверность восстановленных воспоминаний. Каждая десятая женщина (16 процентов из тех, кто помнил про насилие) сообщила, что в какой-то момент в прошлом забыла о нем, однако позже вспомнила о случившемся. По сравнению с женщинами, которые всегда помнили о своем растлении, те, кто временно об этом забывал, на момент совершения насилия были младше и реже получали поддержку от своих матерей.

Восстановленные воспоминания по своей точности практически не отличались от тех, что никогда не пропадали: воспоминания всех женщин в точности отражали основные факты происшествия, однако ни одна из их историй не совпадала полностью с записанными в их медкартах подробностями (21).

Полученные Уильямс данные подтверждаются недавними исследованиями, показавшими, что восстановленные воспоминания, как правило, встраиваются в память в измененном виде (22). Как только же история начинает пересказываться, особенно если она пересказывается многократно, она меняется – сам процесс изложения трансформирует ее. Мозг постоянно придает какой-то смысл тому, что мы знаем, и тот смысл, который мы придаем своей жизни, влияет на характер и содержание воспоминаний.

Если существует столь много доказательств того, что события, спровоцировавшие психологическую травму, могут быть забыты с последующим возвращением воспоминаний о них лишь многие годы спустя, то почему почти сотня уважаемых ученых, специализирующихся на изучении механизмов человеческой памяти, поддержали апелляцию приговора отца Шэнли, заявив, что «подавленные воспоминания» были основаны на «псевдонауке»? Так как потеря памяти и отложенные воспоминания о травмирующих переживаниях никогда не были воспроизведены в лаборатории, некоторые ученые-когнитивисты упорно отрицали существование подобного явления (23) либо же ставили под сомнение точность восстановленных травматических воспоминаний (24). Тем не менее то, что врачи наблюдают в отделениях неотложной помощи, психиатрических отделениях и на поле боя, неизбежно кардинально отличается от того, что наблюдают ученые в своих безопасных лабораториях с четко отлаженной работой. Рассмотрим, например, эксперимент под названием «ребенок, потерянный в торговом центре».

Ученые-исследователи показали, что не составляет большого труда внушить человеку воспоминания о событии, которого на самом деле никогда не было, например о том, как он в детстве потерялся в торговом центре (25). Примерно 25 процентов участников этих экспериментов позже «вспоминали», что они были напуганы, и даже сообщали недостающие подробности.

Вместе с тем подобные воспоминания не сопровождались тем бессознательным ужасом, что испытывает потерянный ребенок.

Другая серия исследований показала ненадежность свидетельских показаний очевидцев. Участникам таких экспериментов показывали видеозапись едущей по улице машины, а затем спрашивали, видели ли они знак остановки или светофор; детей расспрашивали, во что был одет мужчина, который приходил к ним в класс. Другие эксперименты показали, что от самих задаваемых вопросов может зависеть то, что «вспомнит» очевидец. Эти исследования поставили под сомнение многие полицейские и судебные процедуры, однако они имели мало отношения к травматическим воспоминаниям.

Основная проблема состоит в следующем: события, случившиеся в лабораториях, нельзя считать эквивалентными обстоятельствам, в которых формируются травматические воспоминания. Ощущение ужаса и беспомощности, связанное с ПТСР, попросту не может быть заново спровоцировано в подобных условиях. Мы можем изучать последствия существующих психологических травм в лабораториях, как это было в исследовании со снимками мозга в момент живых болезненных воспоминаний, однако здесь невозможно искусственно создать отпечаток психологической травмы на разуме. Доктор Роджер Питман провел в Гарварде исследование, в ходе которого показывал студентам колледжа фильм под названием «Лики смерти», демонстрировавшим документальные кадры человеческих смертей и казней. Этот фильм, ныне запрещенный во многих странах, содержит сцены запредельной жестокости, однако он не вызывал у привлеченных Питманом здоровых добровольцев ПТСР. Чтобы изучать травматические воспоминания, нужно исследовать воспоминания людей, которые на самом деле перенесли психологическую травму.

Любопытно, что когда шумиха, связанная с показаниями в суде – а вместе с ней и прибыль, – пошла на спад, «научные» споры тоже улеглись, и врачам пришлось разбираться с руинами, в которые превратили травматические воспоминания.

Сравнение обычных и травматических воспоминаний

В 1994 году я и мои коллеги из Массачусетской больницы общего профиля решили провести систематическое исследование с целью сравнения воспоминаний людей о безобидных и ужасных происшествиях. Мы разместили объявление в местных газетах, прачечных самообслуживания и на досках объявлений студенческих профсоюзов, которое гласило: «С вами случилось что-то ужасное, мысли о чем не дают вам покоя? Звоните 727-5500; мы заплатим вам 10 долларов за участие в этом исследовании». На наше первое объявление откликнулось семьдесят шесть добровольцев (26).

Представившись, мы спросили каждого участника: «Можете ли вы рассказать нам о каком-то событии в вашей жизни, которое, как вам кажется, вы никогда не забудете, но воспоминания о котором не являются болезненными?» Один из участников загорелся и сказал: «День, когда родилась моя дочка»; другие называли день своей свадьбы, победы в спортивных состязаниях либо выпускной в школе, на котором им, как лучшему ученику, было предоставлено почетное право произнести прощальную речь. Затем мы попросили их сосредоточиться на определенных сенсорных деталях, связанных с этими событиями, например: «У вас когда-нибудь внезапно всплывали яркие

воспоминания о том, как выглядел ваш муж в день свадьбы?» Ответ всегда был отрицательным. «А как насчет прикосновения тела вашего мужа в первую брачную ночь?» (В ответ на этот вопрос мы получили несколько озадаченных взглядов.) Мы продолжили: «У вас бывали четкие, подробные воспоминания о прощальной речи, с которой вы выступали на выпускном?». «Испытывали ли вы когда-нибудь яркие ощущения, вспоминая про рождение своего первенца?» Ни одного утвердительного ответа.

Затем мы спросили их про психологическую травму, которая и привела их к участию в исследовании – многие из них были связаны с изнасилованиями. «Вы когда-нибудь внезапно вспоминали запах, исходивший от вашего насильника? – спрашивали мы. – Вы когда-нибудь испытывали те же самые физические ощущения, что и в момент изнасилования?» Эти вопросы вызвали крайне эмоциональные ответы: «Из-за этого я больше и не хожу на вечеринки, потому что дыхание с запахом спиртного вызывает у меня такое чувство, будто меня снова насилуют» или «Я больше не могу заниматься любовью со своим мужем, потому что, когда он трогает меня определенным образом, я сразу же вспоминаю про изнасилование».

В рассказах людей о приятных и травмирующих воспоминаниях было два основных различия: 1) в самой структуре воспоминаний, а также 2) в их физической реакции на них. Свадьбы, рождения детей и выпускные вспоминались как события из прошлого, истории со своим началом, серединой и концом. Никто не сообщил, что у него были периоды, когда он полностью забывал о каком-либо из этих событий.

Травматические воспоминания, напротив, были беспорядочными. Наши участники слишком отчетливо помнили некоторые детали (запах насильника, рану во лбу мертвого ребенка), однако не могли вспомнить последовательность событий или другие важные подробности (первого человека, который пришел на помощь, отвезли ли их в больницу «Скорая» или полиция).

Мы также спросили участников, как они вспоминали пережитую травму в три разных момента времени: сразу же после происшествия; когда их больше всего беспокоили их симптомы, а также в течение недели, когда проводилось исследование. Все наши травмированные участники сказали, что сразу же после происшествия не могли никому в точности описать, что именно произошло. (Это не удивит людей, которым доводилось работать на «Скорой» или в отделении неотложной помощи: люди, которых привозят после аварии, в которой погиб их ребенок или друг, от шока не могут вымолвить ни слова – они сидят, остолбенев от ужаса.) Практически у всех были неоднократные яркие болезненные воспоминания: их переполняли зрительные образы, звуки, ощущения и эмоции. Со временем активировалось еще больше сенсорных деталей и чувств, однако большинство участников также начинали улавливать в них какой-то смысл. Они начинали «понимать», что с ними произошло, и теперь могли рассказывать о случившемся другим людям – рассказывать им историю, которую мы теперь называем «воспоминаниями о травме».

Со временем образы и яркие воспоминания стали приходить реже, однако наибольшее улучшение состояло в том, что участники смогли составить единую картину и последовательность событий. К моменту проведения исследования 85 процентов из них могли рассказать связанную историю, у которой было начало, середина и конец. Лишь несколько из них по-прежнему

не могли вспомнить некоторые важные подробности. Мы обратили внимание, что наиболее обрывочными были рассказы у тех пятерых, которые, по их словам, пережили насилие в детстве – их воспоминания по-прежнему приходили к ним в виде образов, физических ощущений и сильных эмоций.

По сути, наше исследование подтвердило наличие двойной системы памяти, описанной Жане вместе с коллегами из Сальпетриера более чем за сто лет до этого.

Травматические воспоминания в корне отличаются от тех историй, которые мы рассказываем о прошлом. Они диссоциированы: отдельные ощущения, которые поступили в мозг в момент травмы, не складываются должным образом в единую историю, часть автобиографической памяти.

Пожалуй, самым важным результатом нашего исследования стало то, что полное воспоминание о травме со всеми связанными с ней чувствами необязательно приводит, как заявляли в 1893 году Брейер и Фрейд, к ее разрешению. Наше исследование не подтвердило идею о том, что язык способен заменить действия. Большинство из наших участников могли рассказать связанную историю, одновременно с этим ощущая связанную с ней боль, однако их продолжали преследовать невыносимые зрительные образы и физические ощущения. Исследования эффективности современной экспозиционной терапии – основы когнитивно-поведенческой терапии – дают такие же неутешительные результаты: у большинства пациентов, прошедших курс лечения такой терапией, продолжают наблюдаться тяжелые симптомы ПТСР спустя три месяца после его окончания (27). Как мы с вами убедимся, возможность выразить случившееся словами способна преобразить человека, однако это не всегда помогает устранить яркие болезненные воспоминания, улучшить концентрацию или способствовать большей вовлеченности в собственную жизнь и снижению чрезмерной чувствительности к разочарованиям и обидам.

Услышать пациента

Никому не хочется вспоминать пережитую психологическую травму. В этом плане общество в целом мало отличается от самих жертв. Нам всем хочется жить в безопасном, контролируемом и предсказуемом мире, а жертвы ужасных событий напоминают нам о том, что это не всегда так. Чтобы понять психологическую травму, нам необходимо переступить через наше естественное нежелание сталкиваться с этой правдой и вырабатывать в себе смелость выслушивать слова жертв.

В своей книге «Свидетельства холокоста: Руины памяти» (1991) Лоуренс Лангер рассказывает про свою работу в видеоархиве Фортнуофф при Йельском университете: «Слушая рассказы жертв холокоста, мы воссоздаем мозаику свидетельств, которые постоянно растворяются в бездонных слоях незавершенности (28). Мы ломаем голову над началом истории, которая никогда не будет законченной, сталкиваясь с рассказами запинаящихся очевидцев, которые зачастую сводятся к подавленному молчанию, вызванному

невыносимым копанием в глубинах памяти». Как сказал один из таких очевидцев: «Если вас там не было, то вам будет сложно описать и объяснить, каково это было. То, как ведет себя человек под сильнейшим стрессом – это одно, а вот выразить это словами кому-то, кто никогда не сталкивался с подобной степенью жестокости, кажется несбыточной фантазией».

Другая жертва, Шарлотта Дельбо, описала свое двойственное существование после Освенцима:

«В лагере была не я, это был не тот человек, который сидит сейчас напротив вас. Нет, это кажется слишком невероятным. И все, что случилось с этим моим другим «Я», которое было в Освенциме, не волнует меня нынешнюю, не беспокоит меня, настолько отличаются глубокие и общие воспоминания... Без этого разделения я бы не смогла вернуться к жизни» (29).

Она говорит, что даже у слов имеется двойное значение: «В противном случае человек [из лагеря], которого неделями мучила жажда, никогда не сможет сказать: «Я умираю от жажды, давай заварим чай». Жажда [после войны] снова стала обычным словом. С другой стороны, когда мне снится жажда, которую я испытывала в Биркенау [место, где в Освенциме уничтожали людей], то я вижу себя такой, какой была тогда – измученной, лишенной рассудка, еле стоящей на ногах» (30).

Лангер заключает: «Разве можно найти подходящую могилу для столь поврежденных мозаик разума, где они могли бы покоиться с миром? Жизнь продолжается, однако в двух направлениях во времени одновременно – будущее неспособно вырваться из хватки воспоминаний, отягощенных горем» (31).

Суть травмы в том, что она непреодолима, невыносима и немислима. Каждому пациенту нужно, чтобы мы забыли про наше восприятие нормальности и признали, что мы имеем дело с двойной реальностью: реальностью, в которой относительно безопасное и предсказуемое настоящее соседствует с губительным, вездесущим прошлым.

История Нэнси

Мало кому из пациентов удавалось выразить эту двойственность словами так же ярко, как Нэнси, руководителю сестринской службы больницы Мидвестерн, которая несколько раз приезжала в Бостон на консультацию со мной. Вскоре после рождения третьего ребенка она прошла то, что обычно является простой амбулаторной процедурой – лапароскопическую перевязку маточных труб для предотвращения беременностей в будущем.

Нэнси дали недостаточно анестезии, и она очнулась после начала операции и осознавала происходящее практически до самого конца, временами проваливаясь в то, что она называла «поверхностным сном», временами ощущая весь ужас ситуации. Она не могла ни пошевелиться, ни закричать, чтобы оповестить операционную бригаду, так как ей ввели стандартный мышечный релаксант, чтобы не допустить сокращения мышц в ходе операции.

По имеющимся оценкам, так называемое «интранаркозное пробуждение» в той или иной мере происходит примерно у тридцати тысяч пациентов хирургии в США ежегодно (32), и мне уже доводилось несколько раз выступать в суде на стороне людей, переживших в результате такого пробуждения психологическую травму. Нэнси, однако, не хотела засудить своего хирурга или анестезиолога. Все, что ей было нужно – это полностью осознать пережитую травму, чтобы освободить себя от ее вмешательств в ее повседневную жизнь. В завершение этой главы мне хотелось бы поделиться с вами некоторыми выдержками из ее невероятных электронных писем, в которых она описывала свой изнурительный путь к выздоровлению.

Изначально Нэнси не знала, что с ней случилось. «Когда мы вернулись домой, я была все еще в тумане – занималась обычными домашними хлопотами, однако не чувствовала себя по-настоящему живой, реальной. Той ночью я с трудом уснула. Еще не один день я провела в своем собственном маленьком изолированном мирке. Я не могла пользоваться феном, тостером, плитой – всем, что нагревалось. Я не могла сосредоточиться на том, что делали или говорили другие люди. Мне было просто все равно. Я была крайне встревоженной. Я спала все меньше и меньше. Я понимала, что странно себя веду, и все пыталась понять, что же меня так пугало.

На четвертую ночь после операции, где-то часа в три ночи, я начала понимать, что тот сон, в котором я жила все это время, был связан с разговорами, услышанными мной в операционной. Я внезапно снова попала туда и чувствовала, как жгут мое парализованное тело. Меня засосало в мир страха и ужаса». С того самого момента, по словам Нэнси, воспоминания стали просачиваться в ее жизнь.

«Ощущение было такое, словно кто-то слегка приоткрыл дверь, позволив случиться вторжению. Мне одновременно и было любопытно, и хотелось этого избежать. Иррациональные страхи и дальше наполняли меня. Я до смерти боялась уснуть; меня охватывал ужас при виде синего цвета. Мой муж, к сожалению, стал заложником моей болезни. Я накидывалась на него, сама того не желая. Я спала по два-три часа, а днем меня часами преследовали яркие неприятные воспоминания. Я постоянно была настороже, видела угрозу в собственных мыслях и пыталась от них спастись. За три недели я похудела на десять килограмм. Люди вокруг то и дело говорили, как я похоршела.

Я стала раздумывать о смерти. У меня развилось крайне искаженное представление о собственной жизни, в котором все мои успехи были занижены, а старые неудачи – многократно преувеличены. Я кидалась на своего мужа и поняла, что не могу защитить своих детей от собственной ярости.

Через три недели после операции я вернулась на работу в больницу. Впервые я увидела человека в хирургическом костюме в лифте. Мне сразу же захотелось оттуда убежать, но я, конечно же, этого не сделала. Затем у меня возникло сильное иррациональное желание его избить, которое я сдержала огромным усилием воли. Этот случай спровоцировал еще больше ярких неприятных воспоминаний, ужас и диссоциацию. Всю дорогу домой с работы я проплакала. После этого я научилась мастерски избегать любые триггеры. Я больше не заходила в лифт, не ходила в столовую, старалась избегать этажей, где размещалась хирургия».

Постепенно Нэнси удалось составить из своих обрывочных воспоминаний единую картину – она вспомнила про тот ужас, что случился с ней во время операции. Она вспомнила, как ее подбадривали операционные медсестры, как она ненадолго заснула после анестезии. Затем она вспомнила, как начала просыпаться.

«Вся бригада смеялась над интрижкой одной из медсестер. Это совпало с первым разрезом. Я почувствовала, как в меня вонзился скальпель, как был сделан надрез, как по коже потекла теплая кровь. Я отчаянно пыталась пошевелиться, что-то сказать, но все мое тело не функционировало. Я не могла этого понять. Я почувствовала сильную боль глубоко внутри, когда хирург начал раздвигать слой за слоем мышцы. Я знала, что не должна была этого чувствовать».

Затем Нэнси почувствовала «какое-то ковыряние» у себя в животе и поняла, что врачи разместили там лапароскопические инструменты. Она почувствовала, как ей пережали левую маточную трубу. «Затем внезапно я ощутила резкую жгучую боль. Я попыталась спастись от нее, однако кончик каутера продолжал меня преследовать, безжалостно прожигая мою плоть. Ужас происходящего попросту не описать словами. Эта боль была совсем другого рода, она не сравнится ни с какой испытанной мною прежде болью, как при переломе кости или родах. Эта ужасная боль не отступала, пока они прожигали мне маточную трубу. Порез от скальпеля по сравнению с этой болью – ничто».

«Затем внезапно я ощутила прикосновение обгоревшего кончика к правой трубе. Услышав их смех, я ненадолго забыла, где находилась. Мне казалось, я в камере пыток, и не могла понять, почему они пытаются меня, ничего не пытаясь у меня выведать... Мой мир сузился до небольшого пузыря вокруг операционного стола. Я потеряла чувство времени, больше не было ни прошлого, ни будущего. Были лишь боль, страх и ужас. Я чувствовала себя отделенной от всего человечества, полностью одинокой, несмотря на окружающих меня людей. Этот пузырь сжимался вокруг меня.

Будучи в агонии, я, должно быть, пошевелилась. Я услышала, как медсестра сказала анестезиологу, что у меня «неполный» наркоз. Он сказал ей ввести мне еще препарат, добавив: «Нет необходимости писать об этом в карте». Это последнее, что я помнила».

В своей последнем электронном письме мне Нэнси изо всех сил пыталась передать мне экзистенциальную суть травмы.

«Мне хотелось бы рассказать вам, что представляют собой эти яркие вспышки воспоминаний. Время словно сворачивается, и прошлое сливается с настоящим, словно меня физически перенесли в прошлое.

Символы, связанные с пережитой травмой, какими бы безобидными они ни были в реальности, становятся объектами ненависти и страха, их хочется уничтожить, а если такой возможности нет – убежать от них. Так, например, железо в любом виде, будь то игрушка, утюг, плойка, – воспринимаются орудиями пыток.

Каждая встреча с человеком в хирургическом костюме вызывает у меня диссоциацию, дезориентацию, физическое недомогание, а иногда осознанную злость.

Мой брак медленно разваливается на части – мой муж стал для меня олицетворением тех безжалостных смеющихся людей [хирургической бригады], что причинили мне боль. Я пребываю в двойственном состоянии. Мое тело окутывает пелена полного бесчувствия, однако прикосновение маленького ребенка возвращает меня в реальность. На какое-то мгновение я становлюсь не просто безвольным наблюдателем, а полноценным участником протекающей вокруг жизни.

Любопытно, что я прекрасно справляюсь со своими обязанностями на работе, и меня постоянно хвалят. Жизнь продолжается с каким-то особенным чувством фальши.

Есть в этом двойственном состоянии что-то странное, непривычное. Я устала от него. И тем не менее я не могу отказаться от жизни, и не могу обманывать себя, убеждая, что все пройдет, если не обращать на это внимания. Я столько раз вспоминала случившееся в той операционной, и каждый раз ко мне приходила какая-то новая подробность.

Столь много деталей из этих сорока пяти минут по-прежнему мне неизвестны. Мои воспоминания все еще обрывочны, однако я уже не думаю, что мне нужно знать все до последней мелочи, чтобы понять случившееся.

Когда страх спадает, я понимаю, что могу с этим справиться, однако частичка меня в этом сомневается. Прошлое очень сильно тянет к себе; это темная сторона моей жизни, и время от времени мне приходится там зависать. Повторно переживая эти события, я помогаю себе понять, что я выжила – судя по всему, мне это удастся, однако я не могу зафиксировать это чувство».

Первые признаки выздоровления появились, когда Нэнси потребовалась другая, более серьезная операция. Она выбрала для проведения операции бостонскую больницу, попросив о предварительной встрече с хирургами и анестезиологом, чтобы обсудить свой предыдущий опыт, а также попросить, чтобы на операции разрешили присутствовать и мне. Впервые за многие годы я надел хирургический костюм и сопровождал ее в операционную, пока ей делали анестезию. На этот раз она очнулась, чувствуя себя в безопасности.

Два года спустя я написал Нэнси, попросив разрешения на использование в этой главе ее рассказа про интранаркозное пробуждение. В ответном письме она рассказала мне про свою дальнейшую судьбу: «Хотелось бы мне сказать, что та операция, на которой вы так великодушно согласились присутствовать, положила конец моим страданиям. К сожалению, это не так. Примерно полгода спустя я приняла два решения, которые оказались предусмотрительными. Я сменила когнитивно-поведенческую терапию на психодинамическую психотерапию, а также записалась на пилатес.

На одном из последних сеансов я спросила у своего психиатра, почему он не пытался вылечить меня, как это безрезультатно пробовали другие психотерапевты. Он сказал, что пришел к выводу – так как я справлялась с детьми и работой, – что мне хватит жизнестойкости, чтобы исцелиться самой, если он создаст для этого подходящую среду. Этот час раз в неделю стал для меня убежищем, где я постепенно поняла, что именно со мной случилось, после чего воссоздала цельный, умиротворенный образ себя самой. Пилатес помог мне восстановиться физически, а женщины, с которыми я тренировалась, охотно приняли меня и предоставили социальную поддержку, которой мне так не хватало в жизни после перенесенной травмы. Укрепив эти три составляющие – психологическую, физическую и социальную, – я создала чувство внутренней защищенности и контроля и привязала свои воспоминания к отдаленному прошлому, дав волю настоящему и будущему».

Часть V. Пути к выздоровлению

Глава 13. Исцеление от травмы: владение самим собой

Я не хожу на психотерапию, чтоб подтвердить, что я с приветом.

Я каждую неделю иду туда все за одним ответом,

Что люди думают о ней, всегда прекрасно знала.

Там можно, мол, лишь помешаться на себе, ну и влюбиться в мозгоправа.

Теперь же я смогла вокруг всех полюбить,

А нужно было мне лишь о себе поговорить.

Дар Уильямс, песня «What Do You Hear in These Sounds» (Что ты слышишь в этих звуках)

Никто не может «вылечить» войну, изнасилование, растление или любые другие ужасные события, раз уж на то пошло; случившегося уже не отменить. С чем, однако, можно разобраться, так это с отпечатками травмы на теле, разуме и душе: сдавливающим чувством в груди, которое можно назвать тревогой или депрессией; страхом потери контроля; постоянной готовностью к тому, чтобы столкнуться с угрозой или быть отвергнутым; ненавистью к себе; ночными кошмарами и болезненными яркими воспоминаниями; тем туманом, что мешает сосредоточиться на текущих задачах, в полной мере участвовать в своей жизни; неспособностью полностью открыться сердцем другому человеку.

Травма лишает человека чувства контроля над собой, того, что я буду называть в последующих главах самоуправлением (1).

Главная задача процесса выздоровления состоит в том, чтобы вновь овладеть собственным телом и разумом – своим «Я». То есть человек должен не стесняться своих знаний и чувств, при этом не позволяя им овладеть собой и не испытывать злости, стыда или апатии.

Большинству людей для этого нужно: 1) найти способ успокаиваться и концентрироваться, 2) научиться сохранять спокойствие, несмотря на зрительные образы, мысли, звуки или физические ощущения, которые напоминают о прошлом, 3) найти способ жить на полную в настоящем и полноценно взаимодействовать с окружающими, 4) избавиться от необходимости хранить от самого себя секреты, включая секреты о том, что ему пришлось сделать, чтобы выжить.

Эти цели – не какие-то шаги, которые нужно совершить один за другим в определенной последовательности. Они пересекаются между собой, а достичь некоторые из них может оказаться сложнее, чем другие, в зависимости от индивидуальных обстоятельств. В каждой из последующих глав я расскажу о конкретных методах и подходах, которые помогут их осуществить. Я постарался сделать эти главы полезными как для переживших травму людей, так и для лечащих их психотерапевтов. Людям, оказавшимся подверженными временному стрессу, они также могут оказаться полезны. Я активно использовал каждый из этих методов в лечении собственных пациентов, а также испытал их на себе. Некоторым людям достаточно какого-нибудь одного из них, однако большинству на разных этапах выздоровления помогают разные подходы.

Я провел научные исследования многих из описанных здесь методов и опубликовал полученные результаты в рецензируемых научных журналах (2).

Цель данной главы – сделать краткий обзор лежащих в их основе принципов, рассказать, о чем будет эта глава, и дать пару комментариев насчет тех методов, которые не будут подробно мной разобраны.

Акцент на выздоровление

Когда мы говорим про психологическую травму, то зачастую начинаем с рассказа или вопроса: «Что случилось во время войны?», «Вас когда-нибудь совращали?», «Позвольте мне рассказать про тот несчастный случай или то изнасилование» или «Были ли у кого-то в вашей семье проблемы со спиртным?». Вместе с тем травма – это нечто гораздо большее, чем то, что случилось многие годы назад. Эмоции и физические ощущения, отпечатанные во время пережитой травмы, ощущаются не как воспоминания, а как губительные физические реакции в настоящем.

Чтобы вновь обрести над собой контроль, необходимо мысленно вернуться к пережитой травме: рано или поздно необходимо посмотреть случившемуся в лицо, но только после того, как человек будет чувствовать себя защищенным, чтобы не случилось повторной травмы. Первостепенная задача – это найти способ справляться с ощущениями и эмоциями, связанными с прошлым.

Как уже продемонстрировали предыдущие главы этой книги, двигатели посттравматических реакций расположены в эмоциональном мозге.

В отличие от рационального мозга, который проявляет себя в виде мыслей, работа эмоционального мозга выражается физическими реакциями: когда в груди словно что-то переворачивается, сердце стучит, дыхание учащается, обрывается сердце, человек говорит зажатым и пронзительным голосом, а также совершает движения тела, характерные для оцепенения, гнева или оборонительной позиции.

Почему мы просто не можем быть рациональными? И может ли помочь осознание происходящего? Рациональный, исполнительный мозг отлично помогает нам понять, откуда берутся наши чувства (например, «Мне становится страшно, когда я рядом с этим парнем, потому что меня растлил отец» или «Мне сложно выразить любовь к своему сыну, потому что меня преследует чувство вины из-за убитого в Ираке ребенка»). Вместе с тем рациональный мозг неспособен устранить эмоции, ощущения или мысли (такие, как постоянно вялотекущее чувство опасности, или же когда человек глубоко в душе считает себя ужасным человеком, хоть и понимает, что не виноват в собственном изнасиловании). Понимание того, почему человек чувствует себя определенным образом, не меняет того, как он себя чувствует. Вместе с тем это поможет ему не поддаваться острым реакциям (например, не бросаться на начальника, напомнившего напавшего на него человека, не рвать отношения при первом разногласии или же не бросаться в объятия первому встречному). Вместе с тем чем сильнее мы измотаны, тем больше наш рациональный мозг держится в стороне от наших эмоций (3).

Лечение лимбической системы

Главная проблема в разрешении посттравматического стресса заключается в восстановлении баланса между эмоциональным и рациональным мозгом, чтобы человек чувствовал контроль над своими реакциями и своей жизнью. Когда у нас провоцируется состояние чрезмерного возбуждения или апатии, мы выходим за рамки нашего «окна терпимости» – диапазона оптимального поведения (4). Мы становимся раздражительными и дезорганизованными; наши фильтры перестают работать – нас беспокоят звуки и свет, нежеланные образы из прошлого вторгаются в наш разум, и мы впадаем в панику или поддаемся гневу. Если мы при этом закрываемся, то перестаем что-либо чувствовать разумом и телом; наши мысли путаются, и нам сложно встать с кресла.

Находясь в состоянии повышенного возбуждения или апатии, люди не могут учиться на собственном опыте. Даже если им и удастся сохранить контроль, они становятся настолько зажатými (в обществе анонимных алкоголиков такое состояние называют «трезвостью со сжатыми кулаками»), что теряют гибкость, становятся упрямыми и подавленными. Исцеление от травмы включает восстановление исполнительных функций мозга, а вместе с ними уверенности в себе и способности быть веселым и продуктивным.

Чтобы изменить посттравматические реакции, необходимо достучаться до эмоционального мозга и провести «лечение лимбической системы»: привести в порядок неисправные тревожные системы и восстановить нормальную работу эмоционального мозга, чтобы он тихонько функционировал в фоновом режиме, занимался содержанием организма, следил за тем, чтобы мы ели, спали, поддерживали связь с близкими, защищали своих детей и защищали себя от опасности.

Доступ к эмоциональному мозгу. Рациональная, аналитическая часть мозга, сосредоточенная в дорсолатеральной префронтальной коре, лишена прямой связи с эмоциональным мозгом, где располагается большинство отпечатков пережитой травмы, однако с ним связана медиальная префронтальная кора – центр самосознания.

Нейробиолог Джозеф Леду вместе с коллегами показал, что осознанный доступ к эмоциональному мозгу можно получить только через самосознание, то есть с помощью активации медиальной префронтальной коры – той части мозга, которая отслеживает происходящее внутри нас, тем самым позволяя испытывать наши чувства (5) (официальный научный термин – интероцепция, что в переводе с латыни означает «взгляд внутрь»). Большая часть нашего рационального мозга сосредоточена на происходящем снаружи: она помогает нам ладить с окружающими и строить планы на будущее. Это, однако, не помогает нам управлять своим «Я». Нейробиологические исследования показали, что единственный способ изменить свои чувства – это осознать

свои внутренние ощущения и научиться дружить с тем, что происходит внутри нас.

Как подружиться с эмоциональным мозгом

1. Чрезмерное возбуждение

Последние несколько десятилетий в традиционной психиатрии упор делался на изменении ощущений людей с помощью лекарственных препаратов, и это стало общепринятым способом борьбы с чрезмерным возбуждением и апатией. Я еще поговорю про лекарства позже в этой главе, однако первым делом мне следует подчеркнуть тот факт, что у нас от природы имеется множество механизмов, помогающих нам поддерживать нормальный уровень возбуждения. В пятой главе мы видели, как тело регистрирует эмоции.

Примерно восемьдесят процентов волокон блуждающего нерва (соединяющего мозг со многими внутренними органами) являются афферентными; то есть они идут от тела к мозгу (8). Это значит, что мы можем напрямую тренировать свою систему возбуждения с помощью дыхания, пения и движений.

Этот принцип с незапамятных времен применялся в таких местах, как Китай и Индия, а также во всех известных мне религиях, однако сейчас он по большей части считается «альтернативной медициной».

В ходе исследования при поддержке Национальных институтов здравоохранения мы вместе с коллегами показали, что десять недель занятий йогой значительно снижают проявления симптомов ПТСР у пациентов, которым не помогло ни одно лекарство и ни какое другое лечение (7). (Я поговорю про йогу в шестнадцатой главе.) Нейробиологическая обратная связь – тема девятнадцатой главы – также может быть особенно эффективной для детей и взрослых, у которых настолько сильное перевозбуждение или апатия, что им сложно фокусировать свое внимание и расставлять приоритеты (8).

Спокойное дыхание и поддержание относительной физической расслабленности даже под воздействием болезненных и ужасных воспоминаний – важнейший инструмент для выздоровления (9).

Осознанно сделав несколько медленных и глубоких вдохов и выдохов, вы заметите воздействие парасимпатического тормоза на ваше возбуждение. Чем дольше вы будете фокусироваться на собственном дыхании, тем больше пользы вам это принесет.

Особенно полезно оставаться сосредоточенным до самого конца выдоха, выдержав небольшую паузу перед следующим вдохом. Продолжая дышать и обращать внимание на движение воздуха в легких, вы можете подумать о том, как кислород питает ваше тело, наполняя ваши ткани энергией, необходимой, чтобы чувствовать себя живым и вовлеченным. В шестнадцатой главе рассказывается про то, как это простое упражнение влияет на все тело.

Так как эмоциональная регуляция является важнейшей задачей в преодолении последствий травмы, было бы чрезвычайно полезно обучать учителей, военных сержантов, приемных родителей и специалистов в области психического здоровья методикам эмоциональной регуляции. На данный же момент этим по-прежнему главным образом занимаются воспитатели в детских садах, ежедневно имеющие дело с незрелым и импульсивным поведением, с которыми они зачастую весьма неплохо справляются (10).

Осознанно сделав несколько медленных и глубоких вдохов и выдохов, вы заметите воздействие парасимпатического тормоза на ваше возбуждение. Чем дольше вы будете фокусироваться на собственном дыхании, тем больше пользы вам это принесет.

В традиционной западной психиатрии и психологии саморегуляции уделяется крайне мало внимания. Если здесь главный упор делается на лекарства и разговорную терапию, то традиционная медицина во многих других уголках мира опирается на самоосознанность, движения, ритм и действия. Йога в Индии, тайчи и цигун в Китае, ритмичная игра на барабанах в Африке – это лишь несколько примеров подобных практик. В Японии и на Корейском полуострове распространены различные боевые искусства, которые развивают целенаправленные движения и учат концентрироваться на текущем моменте – как раз с этим у травмированных людей и возникают проблемы. Айкидо, дзюдо, тхэквондо, кендо и джиу-джитсу, равно как и бразильская капойра, являются тому примерами. Все эти методики связаны с физическими движениями, дыханием и медитацией. Не считая йоги, мало какие из этих традиционных лечебных практик систематически изучаются на предмет эффективности лечения ПТСР.

2. Самоосознанность

Центральным элементом выздоровления является самосознание. «Сосредоточьтесь» и «А что теперь?» – самые важные фразы в лечении травмы. Травмированные люди живут с кажущимися невыносимыми ощущениями: они страдают от невыносимого чувства, будто что-то сжимается в груди или переворачивается в животе. Вместе с тем, стараясь избежать этих ощущений в своем теле, мы только еще больше становимся им подвластны.

Осознание собственного тела связывает нас со своим внутренним миром, ландшафтом нашего организма. Достаточно просто заметить собственное раздражение, нервозность или тревожность, чтобы изменить свое видение и не ограничиваться автоматическими, привычными реакциями. Самоосознанность позволяет нам постичь переходную природу наших чувств и нашего

восприятия. Уделяя сосредоточенное внимание ощущениям в собственном теле, мы замечаем приливы и отливы своих эмоций, что упрощает контроль над ними.

Травмированные люди зачастую боятся чувствовать. Их врагами становятся уже не люди, способные причинить им вред (которых, хочется надеяться, нет больше рядом с ними), а их собственные физические ощущения. Из-за страха перед всепоглощающими неприятными ощущениями тело впадает в оцепенение, а разум отключается. Хотя травма и является событием прошлого, эмоциональный мозг продолжает генерировать ощущения, из-за которых человек чувствует себя напуганным и беспомощным.

Неудивительно, что столь многие пережившие травму люди страдают от неконтролируемого обжорства и злоупотребления спиртным, боятся заниматься любовью и избегают любых взаимодействий с другими людьми. Их чувственный мир, как правило, закрыт для остальных.

Чтобы измениться, необходимо открыться своим внутренним ощущениям. Первый шаг – позволить своему разуму сосредоточиться на ваших ощущениях и почувствовать, что в отличие от безвременной, постоянно присутствующей психологической травмы физические ощущения временны и изменяются при малейшем изменении положения тела, дыхания или мыслей. Когда вы научитесь осознавать свои физические ощущения, то следующий шаг – это дать им названия, например: «Когда мне тревожно, я чувствую давление в груди». После этого я могу сказать пациенту: «Сосредоточьтесь на этом ощущении и проследите, как оно меняется, когда вы делаете глубокий выдох, либо когда вы стучите по своей груди прямо под ключицей, или же когда вы даёте волю слезам». Подобные упражнения по самоосознанию успокаивают симпатическую нервную систему, уменьшая вероятность срабатывания реакции «бей или беги» (11). Чтобы без вреда для себя мысленно обращаться к прошлому, необходимо сначала научиться осознавать и выдерживать свои физические реакции. Если вы не в состоянии выдержать то, что чувствуете прямо сейчас, то обращение к прошлому только усугубит ваши страдания, еще больше усилив травму (12).

Мы можем выдерживать достаточно высокий уровень дискомфорта, если будем помнить, что беспокоящие нас ощущения в теле лишь временны. Когда в груди что-то сжимается, достаточно сделать глубокий вдох и выдох, и это ощущение смягчится, и вы сможете заметить что-то еще – например, напряжение в плече. Теперь вы можете начать изучать, что происходит, когда вы дышите глубоко, обращая внимание на то, как расширяется ваша грудная клетка (13). Успокоившись, вы можете вновь мысленно вернуться к этому ощущению в плече. Не стоит удивляться, если внезапно всплывет воспоминание, как-то связанное с этим плечом.

Следующий шаг – это наблюдение за тем, как взаимодействуют ваши мысли и физические ощущения. Как ваше тело регистрирует те или иные мысли? (Вызывают ли мысли «мой отец любит меня» и «моя девушка любит меня» разные ощущения?) Разобравшись, как ваше тело выстраивает определенные эмоции или воспоминания, вы открываете для себя возможность высвободить ощущения и импульсы, которые вы однажды заблокировали, чтобы выжить (14).

В двадцатой главе, посвященной пользе театра, я подробнее расскажу, как это работает.

Джон Кабат-Зинн, один из родоначальников медицины разума и тела, основал программу по борьбе со стрессом с помощью самоосознанности в медицинском центре при Массачусетском университете в 1979 году, и применяемые им методы на протяжении последующих трех с лишним десятилетий были подробно изучены. Он описывает самоосознанность следующим образом: «Можно представить, что самоосознанность – эта линза, которая собирает все разбросанные и хаотичные энергии разума, фокусируя их в единый источник энергии, чтобы жить, решать проблемы и исцеляться» (15).

Было продемонстрировано, что методики самоосознанности положительно сказываются на многочисленных психиатрических, психосоматических и связанных со стрессом симптомах, включая депрессию и хронические боли (16). Они оказывают широкое влияние на физическое здоровье, улучшая в том числе иммунные реакции, кровяное давление и уровень кортизола (17). Также было продемонстрировано, что они активируют участки мозга, задействованные в эмоциональной регуляции (18), и приводят к изменениям в областях, связанных с осознанием своего тела и страхом (19). Исследовательская работа моих коллег из Гарварда Бритты Хельцель и Сары Лазар показала, что методики самоосознанности снижают активность дымового датчика мозга, миндалевидного тела, тем самым снижая восприимчивость к потенциальным триггерам (20).

3. Отношения

Исследования за исследованиями показывают, что наличие поддержки является самым эффективным фактором защиты от психологической травмы. Чувства защищенности и ужаса несовместимы. Когда мы напуганы, ничто так хорошо не успокаивает, как подбадривающий голос или крепкие объятия человека, которому мы доверяем. Испуганные взрослые реагируют на те же самые способы утешения, что и маленькие дети: достаточно их ласково обнять, покачать, дать понять, что кто-то больше и сильнее обо всем позаботится, и они могут спокойно заснуть. Чтобы восстановиться, разум, тело и мозг необходимо убедить, что они могут спокойно все отпустить. Это происходит, только когда человек в душе чувствует себя защищенным и позволяет себе связать это чувство защищенности с воспоминаниями о былой беспомощности.

После острой травмы, такой как нападение, несчастный случай или стихийное бедствие, жертвам необходимо присутствие знакомых людей, лиц и голосов, физический контакт, еда, кров и безопасное место, а также возможность выспаться. Очень важно связаться со всеми близкими и как можно скорее воссоединиться с ними в месте, в котором все будут чувствовать себя защищенными. Наша привязанность – лучшая защита от угрозы. Так, например, у детей, разлученных после травмирующего события с родителями, чаще наблюдаются долгосрочные негативные последствия. Исследования, проведенные в годы Второй мировой войны в Англии, показали, что дети, которые жили в Лондоне во время бомбардировок и были отправлены за город, справились хуже, чем дети, которые остались со своими родителями, прячась

в бомбоубежищах по ночам и ежедневно сталкиваясь с пугающими зрелищами разрушенных зданий и мертвых людей (21).

Исцеление травмированных людей происходит в рамках отношений: в кругу семьи, рядом с близкими, на собраниях общества анонимных алкоголиков, ветеранских организаций, в религиозных коммунах либо на сеансах с психотерапевтом. Цель таких отношений – обеспечить физическую и эмоциональную защищенность, включая защиту от чувства стыда и боязни осуждения, а также воспитать мужество, необходимое, чтобы выдержать, принять и переварить случившееся.

Как мы уже видели, многие нейронные связи в нашем мозге трудятся над тем, чтобы помогать нам быть на одной волне с окружающими. Исцеление от травмы включает восстановление этой связи с другими людьми. Вот почему травму, пережитую в рамках отношений, как правило, сложнее лечить, чем травму, ставшую последствием дорожной аварии или стихийного бедствия. В современном обществе женщины и дети чаще всего получают психологическую травму от действий своих родителей или половых партнеров. Физическое и сексуальное насилие в детстве, домашнее насилие причиняются людьми, которые должны были любить человека, а не вредить ему. Таким образом, человек лишается самой главной защиты от психологической травмы: поддержки людей, которых он любит.

Когда люди, к которым он инстинктивно обращается за заботой и защитой, пугают или отвергают его, то он учится закрываться и игнорировать свои чувства (22). Как мы видели в третьей части, когда врагами ребенка становятся взрослые, на чьем попечении он находится, ему приходится искать альтернативные способы справляться со своим страхом, злостью или фрустрацией. То, что ему приходится разбираться со своим ужасом самостоятельно, порождает другие проблемы: диссоциацию, отчаяние, различные зависимости, хроническую панику, а также отчужденность и частые ссоры в отношениях. Такие пациенты редко видят связь между событиями, случившимися с ними в далеком прошлом, и их текущими ощущениями и поведением. Им попросту кажется, что они ничего не могут контролировать.

Облегчение может наступить лишь тогда, когда они смогут осознать случившееся и распознать невидимых демонов, с которыми им приходится иметь дело. Вспомните, например, описанных мной в одиннадцатой главе мужчин, которые подвергались сексуальным домогательствам со стороны священников-педофилов. Все регулярно посещали спортзал, принимали анаболические стероиды и были сильные, словно бык. Тем не менее во время наших разговоров они зачастую вели себя словно напуганные дети – в душе они по-прежнему были пострадавшими мальчиками, которые чувствовали себя беспомощными.

Хотя человеческий контакт и синхронизация с другими людьми способствуют физиологической саморегуляции, перспектива близости зачастую провоцирует у таких пациентов боязнь того, что им причинят вред, предадут или бросят их. Важную роль в этом играет чувство стыда: «Как только ты узнаешь меня получше, то тут же поймешь, насколько я презренный и отвратительный, и тут же меня бросишь». Неразрешенная травма способна нанести тяжелейший удар по отношениям. Если у человека до сих пор разбито сердце, так как

ему навредил тот, кого он любил, то он с большой вероятностью будет заиклен на том, чтобы не допустить этого снова, и будет бояться открыться перед кем-то новым. Более того, он может неосознанно попытаться навредить этому человеку, прежде чем тот навредит ему.

Это создает серьезную проблему для исцеления. Осознав, что посттравматические реакции родились из его попыток спасти свою жизнь, человек может набраться смелости, чтобы принять свою внутреннюю музыку (или какофонию), однако ему понадобится в этом помощь. Ему нужно найти кого-то, кому он может доверить себя сопровождать на этом пути, кого-то, кто разделит его чувства и поможет прислушаться к неприятным сигналам его эмоционального мозга. Ему нужен проводник, который не побоится его ужаса и сможет сдержать его самый страшный гнев, кто-то, кто позаботится о его целостности, пока он изучает обрывочные воспоминания, которые он так долго держал от себя в секрете. Большинству пережившим травму людей нужна для этого какая-то опора, а также серьезная подготовка.

Выбор психотерапевта

Процесс подготовки компетентного психотерапевта включает обучение последствиям травмы, жестокого и пренебрежительного обращения, а также освоение ряда методик, способных помочь 1) стабилизировать и успокоить пациентов, 2) избавиться от травматических воспоминаний и повторных переживаний, а также 3) восстановить связь пациентов с их друзьями и близкими. В идеале у психотерапевта также должен быть опыт получения практикуемой им терапии.

Хотя психотерапевту рассказывать подробности о своих собственных личных проблемах было бы некорректно и неэтично, совершенно уместно поинтересоваться у него, каким именно терапевтическим методам он был обучен, где он прошел обучение, а также принесла ли ему самому пользу предлагаемая вам терапия.

Не существует какого-то универсального метода лечения психологической травмы, и если кто-то верит, что предлагаемый им метод является единственным решением вашей проблемы, то перед вами, вероятно, идеолог, а не человек, заинтересованный в том, чтобы вам помочь. Ни один психотерапевт не может быть знаком со всеми эффективными способами лечения, и он должен быть не против того, чтобы вы пробовали и другие варианты. Кроме того, он должен быть готов учиться у вас. Пол, этническая принадлежность и личное прошлое имеют значение только тогда, когда они могут помешать тому, чтобы помочь пациенту чувствовать себя защищенным и понятым.

Комфортно ли вам с этим терапевтом? Как вам кажется, комфортно ли ему в своей собственной шкуре? Комфортно ли рядом с вами? Чувство защищенности – обязательное условие, чтобы встретиться лицом к лицу со своими страхами и тревогами.

Рядом со строгим, склонным осуждать, нервным или грубым человеком вы можете почувствовать себя напуганным, брошенным или униженным, и это никак не поможет вам справиться со своим травматическим стрессом. Временами старые чувства могут всколыхнуться, если вам покажется, что ваш психотерапевт напоминает человека из вашего прошлого, который причинил вам вред. Остается только надеяться, что вы сможете совместно с этим справиться, так как, согласно моему опыту, глубокие положительные эмоции по отношению к психотерапевту являются обязательным условием выздоровления. Кроме того, я считаю, что невозможно вырасти над собой и измениться, не чувствуя при этом, что ты оказываешь какое-то влияние на лечащего тебя человека.

Самый главный вопрос следующий: кажется ли вам, что вашему психотерапевту интересно узнать, кто вы такой и что вам, а не какому-то типовому «пациенту с ПТСР», нужно? Являетесь ли вы для него лишь перечнем симптомов из какого-то диагностического опросника или же ваш психотерапевт стремится постичь природу ваших действий и мыслей? Терапия подразумевает сотрудничество – совместное изучение вашего «Я».

Пациенты, пережившие в детстве насилие со стороны родителей или других опекавших их взрослых, зачастую ни с кем не чувствуют себя в безопасности. Я частенько спрашиваю у своих пациентов, могут ли они вспомнить хоть одного человека, с которым они в детстве чувствовали себя защищенными.

Многие из них крепко держатся за воспоминания про некоего учителя, соседа, владельца магазинчика, тренера или проповедника, показавшего, что ему не все равно, и эти воспоминания зачастую становятся отправной точкой в обучении доверию людям. Мы не безнадежный вид. Работа с психологической травмой больше связана с воспоминаниями о том, как мы выжили, чем с нашими дефектами.

Я также прошу своих пациентов представить, какими они были, когда только появились на свет – были ли они милыми и энергичными. Все они полагают, что были, и более-менее представляют, какими они, должно быть, были до перенесенной травмы.

Некоторые люди не помнят никого, с кем чувствовали бы себя защищенными. Для таких пациентов взаимодействие с лошадьми или собаками может быть куда безопаснее, чем общение с другими людьми. Этот принцип в настоящий момент весьма эффективно применяется во многих лечебных программах, в том числе в тюрьмах, программах реабилитации и при лечении ветеранов. Дженнифер, одна из первых выпускников центра «Ван дер Колк» (23), которая пришла в эту программу неконтролируемой, безмолвной четырнадцатилетней девочкой, на выпускном сказала, что важным первым шагом для нее стало то, что ей доверили ухаживать за лошадью. Растущая привязанность к лошади помогла ей почувствовать себя достаточно защищенной, чтобы начать взаимодействовать с персоналом центра, а затем сосредоточиться на учебе, сдать выпускные экзамены и поступить в колледж (24).

4. Коллективный ритм и синхронность

С момента нашего рождения наши отношения выражаются в виде отзывчивых лиц, жестов и прикосновений. Как мы видели в седьмой главе, так зарождается привязанность. Психологическая травма приводит к нарушению физической синхронности: если зайти в зал ожидания клиники по лечению ПТСР, то сразу же можно отличить пациентов от персонала по их застывшим лицам и обмякшим (но при этом одновременно и возбужденным) телам. К сожалению, многие психотерапевты не обращают внимания на эти сигналы и сосредотачиваются лишь на словах своих пациентов.

Лечебную силу коллектива, выраженную в музыке и ритме, я в полной мере осознал весной 1997 года, когда наблюдал за работой Комиссии по установлению истины и примирению в Южной Африке. В некоторых из мест, которые мы посетили, по-прежнему бушует ужасное насилие. Как-то я присутствовал на собрании жертв изнасилования во дворе клиники в поселении под Йоханнесбургом. Мы слышали звуки выстрелов в отдалении, в то время как из-за забора поднимался дым, а в воздухе витал запах слезоточивого газа. Позже мы узнали, что в тот день было убито сорок человек.

Тем не менее, несмотря на чужую и пугающую обстановку, собравшаяся группа выглядела до боли знакомо: все женщины сидели, ссутулившись – печальные и застывшие, – в точности как на собраниях терапевтических групп для жертв изнасилования в Бостоне, коих я повидал немало. Я ощутил знакомое чувство беспомощности и, сидя в окружении поникших людей, сам тоже почувствовал моральный упадок.

Затем одна из женщин принялась напевать с закрытым ртом, раскачиваясь вперед-назад. Вскоре появился некий ритм, и постепенно к ней присоединились и остальные женщины. Вскоре уже вся группа пела, двигалась и танцевала. Они преобразились до неузнаваемости: эти люди возвращались к жизни, их лица и тела оживали.

Я поклялся себе применить увиденное в своей собственной практике и заняться изучением того, как ритм, песни и движения способны помочь в лечении психологической травмы.

Мы подробнее поговорим об этом в двадцатой главе, посвященной театру, где я покажу, как группа молодых людей – в числе которых малолетние преступники и приемные дети из группы риска – постепенно учится совместно трудиться и полагаться друг на друга, будь то в шекспировских постановках или в процессе создания мюзиклов. Разные пациенты рассказывали мне, как им помогли хоровое пение, айкидо, танго и кикбоксинг, и я с радостью

делюсь их рекомендациями с другими людьми, которые приходят ко мне на лечение.

Еще один важный урок об исцеляющей силе ритма я усвоил, когда врачей из нашего Центра травмы попросили заняться пятилетней немой девочкой по имени Ин Ми, удочеренной из китайского приюта. После нескольких месяцев неудачных попыток установить с ней контакт мои коллеги Дебора Розель и Лиз Уорнер осознали, что у девочки была неисправная система ритмичного взаимодействия – голоса и лица людей вокруг не находили в ней отклик. Это привело их к сенсомоторной терапии (25).

Клиника сенсорной интеграции в городе Уотертаун, штат Массачусетс – чудесная игровая площадка в помещении, заполненная качелями, бассейнами с разноцветными резиновыми шарами – настолько глубокими, что в них можно полностью спрятаться, гимнастическими бревнами и лестницами, ведущими к платформам, с которых можно нырять на поролоновые матрасы. Персонал «искупал» Ин Ми в бассейне с пластиковыми шарами, чтобы она ощутила на своей коже их прикосновение. Они помогали ей качаться на качелях и укрывали ее утяжеленным одеялом[44]. Полтора месяца спустя что-то изменилось – и она заговорила (26).

Потрясающие успехи Ин Ми подтолкнули нас к тому, чтобы открыть при Центре травмы клинику сенсорной интеграции, которую мы теперь также используем и для лечения наших стационарных пациентов. Мы еще не изучили эффективность сенсорной интеграции для травмированных взрослых, однако я регулярно включаю в свои семинары методы сенсорной интеграции и танцы.

Учась подстраиваться, родители (и их дети) обретают внутреннее чувство взаимности. Именно на развитие этого чувства направлена так называемая терапия взаимодействия родителей и ребенка (PCIT), а также терапия сенсорно-моторной регуляции возбуждения (SMART), разработанная моими коллегами в Центре травмы (27).

Во время совместных игр мы чувствуем физическую гармонию, испытываем радость и чувство связи. Упражнения по импровизации (вроде тех, что можно найти на сайте <http://learnimprov.com/>), также чудесным образом помогают людям совместно веселиться и познавать мир. Когда видишь, как группа людей с мрачными лицами дружно смеется, понимаешь: чары страданий рассеяны.

5. Контакт

В традиционных на Западе методах лечения психологической травмы крайне мало внимания уделялось тому, чтобы помочь травмированным пациентам спокойно переживать свои ощущения и эмоции. Вместо того чтобы помогать людям справляться со своими ощущениями, их все больше и больше пичкали такими препаратами, как блокаторы обратного захвата серотонина, Рисперидон[45] и Сероквель[46] (28). Вместе с тем самый естественный способ успокоить человека – это касаться, обнимать и раскачивать его. Это помогает справиться с чрезмерным возбуждением и придает чувство защищенности и контроля.

Рембрандт ван Рейн: Христос исцеляет больную. Всем нам знакомы утешающие жесты – они отражают лечебную силу прикосновения.

Прикосновение – самый простой инструмент успокоения в нашем распоряжении – исключено из большинства терапевтических методов. Невозможно полностью исцелиться, если не чувствуешь себя защищенным в собственной шкуре. В связи с этим я призываю всех своих пациентов заняться работой с телом в той или иной форме, будь то лечебный массаж, метод Фельденкрайза[47] или краниосакральная терапия[48].

Я спросил своего любимого терапевта по работе с телом Люсию Скай про ее работу с пережившими травму пациентами. Вот что она мне сказала: «Каждый раз перед началом сеанса я непременно устанавливаю связь с человеком.

Я не расспрашиваю его о прошлом; я не пытаюсь узнать, насколько человек травмирован или что с ним произошло. Я проверяю, находится ли он прямо сейчас в своем теле. Я спрашиваю, хотел бы он, чтобы я уделила внимание чему-то конкретно. Тем временем я изучаю его позу; обращаю внимание, смотрит ли он мне в глаза, насколько напряженным или расслабленным выглядит, получается ли между нами установить связь.

Первым делом я пытаюсь понять, в каком положении он чувствует себя более защищенным – лицом вниз или лицом вверх. Если это незнакомый человек, то, как правило, для начала я кладу его лицом вверх. Я очень тщательно выбираю, чем застелить стол, чтобы им было комфортно в той одежде, которую они сами решат на себе оставить. Очень важно с самого начала установить эти границы.

Затем с первым прикосновением я устанавливаю уверенный, аккуратный контакт. Никаких резких и сильных движений. Все происходит размеренно. Я медленно касаюсь клиента слегка ритмичным движением. Оно может быть сильным, как рукопожатие. Первым делом я прикасаюсь к рукам и подбородку – прикосновения к этим местам люди переносят спокойнее всего, так как могут дотронуться в ответ.

Нужно нащупать их точку сопротивления – место наибольшего напряжения – и надавить на нее с такой же силой. Так высвобождается застывшее напряжение. Нельзя медлить – любое колебание указывает на недостаток уверенности в себе. Медленные движения с тщательной подстройкой под клиента – это уже совсем другое. Нужно действовать с колоссальной уверенностью и эмпатией, отвечая давлением своего прикосновения на сдерживаемое в их теле напряжение».

Что такая терапия дает людям? Люсия отвечает: «Подобно жажде воды бывает и жажда прикосновений. Удовлетворять ее нужно уверенно, решительно, нежно

и чутко. Чуткие прикосновения и движения «заземляют» людей, позволяя им обнаружить напряжение, которое они скрывали так долго, что уже забыли про него. Прикосновение позволяет прочувствовать ту часть тела, к которой прикасаются.

Когда эмоции заперты внутри, тело сталкивается с физическими ограничениями. Плечи сжимаются, мышцы на лице напрягаются. Людям приходится тратить огромное количество энергии, чтобы сдержать слезы – либо любой звук или движение, которые могут выдать их внутреннее состояние. Когда физическое напряжение высвобождается, вместе с ним высвобождаются и эти чувства. Движения помогают дыханию стать более глубоким, и когда спадает напряжение, можно дать волю и звукам. Тело становится свободнее – человеку легче дышать, он плывет по течению. Прикосновение помогает жить в теле, которое двигается, когда его двигают.

Напуганным людям необходимо ощущать, где именно их тело находится в пространстве, а также чувствовать свои границы. Уверенное и подбадривающее прикосновение позволяет им понять, где находятся эти границы: что находится за их пределами, где заканчивается их тело. Они понимают, что им нет нужды постоянно гадать, кто они такие и где находятся. Они понимают, что их тело их защищает, и им не нужно быть постоянно настороже. Прикосновение дает им понять, что они в безопасности».

6. Активные действия

Тело реагирует на экстремальные переживания выделением гормонов стресса. Их зачастую винят в последующих недугах и болезнях. Вместе с тем гормоны стресса предназначены для того, чтобы придать нам силу и выносливость, чтобы отреагировать на чрезвычайные обстоятельства.

Люди, которые активно делают что-то, чтобы справиться с катастрофой – спасают близких и незнакомцев, перевозят людей в больницу, помогают медикам, возводят палатки или готовят еду, – используют свои гормоны стресса по назначению, благодаря чему в гораздо меньшей степени подвержены риску получить психологическую травму.

Тем не менее у каждого есть свой предел прочности, и даже самые подготовленные люди могут не справиться с ужасом происходящего.

Беспомощность и обездвиженность мешают людям использовать свои гормоны стресса для самозащиты. Когда такое происходит, гормоны продолжают выделяться, однако человек не в состоянии предпринять действия, для которых они предназначены. Как результат, механизмы активации, призванные помочь организму справиться с ситуацией, в итоге оборачиваются против него, продолжая способствовать реакции «бей или беги» либо оцепенению. Чтобы восстановить нормальную работу организма, необходимо остановить эти реакции. Телу нужно вернуться в исходное состояние, в котором человек

себя чувствует защищенным и расслабленным, чтобы потом, в случае реальной угрозы, активировать свои ресурсы.

Мои друзья и учителя Пэт Огден и Питер Левин разработали свои собственные методы терапии с воздействием на тело – сенсорно-моторную психотерапию (29) и соматическое переживание (30), которые помогают бороться с этой проблемой. В этих методах лечения история о случившемся отходит на второй план, и упор делается на изучение физических ощущений, а также выявление отпечатков пережитой травмы на теле. Прежде чем они погружаются в полномасштабное изучение самой травмы, пациентам помогают нарастить внутренние ресурсы, способствующие безопасному обращению к ощущениям и эмоциям, которые овладели ими в момент травмы. Питер Левин называет этот процесс раскачиванием – периодическим временным обращением к внутренним ощущениям и травматическим воспоминаниям. Так пациентам помогают постепенно расширять свое окно терпимости.

Когда пациенты оказываются в состоянии перенести осознание связанных с травмой физических ощущений, они открывают для себя мощные физические импульсы – желание ударить, оттолкнуть или убежать, – возникшие в процессе получения травмы, однако подавленные с целью выживания. Эти импульсы проявляются в виде едва заметных движений тела – человек изгибается, поворачивается или отстраняется.

Усиливая эти движения и экспериментируя с ними подобным образом, специалисты начинают процесс доведения до конца связанных с травмой незаконченных «позывов к действию», что в итоге может привести к ее разрешению. Соматические терапии помогают пациентам переместиться в настоящее, дав им понять, что они могут безопасно двигаться. Ощущение удовольствия от предпринимаемых эффективных действий восстанавливает чувство принадлежности («sense of agency» – о нем говорилось в шестой главе. – Прим. пер.), а также веру в способность активной самозащиты.

Еще в 1893 году Пьер Жане, первый великий исследователь проблемы психологической травмы, писал про «удовольствие от завершеного действия», и я регулярно наблюдаю это удовольствие, практикуя сенсорно-моторную психотерапию и соматическое переживание: когда пациенты физически ощущают, каково им было бы дать отпор или убежать, они расслабляются, улыбаются и выражают чувство завершенности.

Когда люди вынуждены подчиниться непреодолимой силе, как это происходит с большинством переживших насилие детей, женщин в тисках домашнего насилия, а также сидящими в тюрьме мужчинами и женщинами, они зачастую выживают за счет смиренной покорности. Лучший способ преодолеть глубоко укоренившиеся модели подчинения – это восстановить физическую способность к защитным действиям. Один из моих любимых ориентированных на работу с телом способов воссоздания эффективной реакции «бей или беги» – программа в нашем местном центре, в рамках которой женщин (и все чаще мужчин) учат защищаться путем инсценировки уличного нападения (31). Эта программа была основана в Окленде, штат Калифорния, в 1971 году, после того, как была изнасилована женщина, у которой был черный пояс по карате пятого дана. Изумленные тому, как подобное могло случиться с человеком, способным, по идее, убить голыми руками, ее друзья пришли к заключению, что страх лишил

ее боевых навыков. Выражаясь терминологией данной книги, ее исполнительные функции – лобные доли – отключились и она оцепенела. Программа инсценировки нападений помогает женщинам переписать реакцию оцепенения посредством многих повторений совершенной атаки, благодаря чему они учатся преобразовывать свой страх в полезную боевую энергию.

Одна из моих пациенток, студентка колледжа, в детстве подвергавшаяся жестокому насилию, записалась на эту программу. Когда я впервые с ней встретился, она была поникшей, подавленной и чрезмерно уступчивой. Три месяца спустя, на выпускной церемонии по завершению программы, она успешно отбила атаку огромного мужчины, которого она повалила на пол (он был защищен от ее ударов специальным костюмом из толстого материала), и, стоя к нему лицом в боевой стойке, спокойно и громко кричала «Нет!»

Вскоре после этого она как-то возвращалась после полуночи домой из библиотеки, как вдруг из кустов выпрыгнули трое мужчин со словами: «Гони бабки, сука!» Позже она рассказала мне, что приняла ту же боевую стойку и крикнула в ответ: «Ладно, ребят. Я ждала этого момента. Кто первый?» Они убежали. Сжавшийся и боящийся оглянуться по сторонам человек становится легкой добычей для чужой жестокости, но когда он всем своим видом дает понять, что с ним шутки плохи, его вряд ли станут доставать.

Интеграция травматических воспоминаний

Люди не могут оставить травмирующие события позади, пока не признают случившегося с ними и не начнут распознавать невидимых демонов, с которыми им приходится бороться. Традиционная психотерапия главным образом сосредоточена на построении истории, которая объясняет, почему человек чувствует себя именно так, или как выразился в 1914 году Зигмунд Фрейд в работе под названием «Воспоминание, повторение и проработка» (32): «Так как пациент переживает [травму], словно она происходит в настоящий момент, наша первостепенная задача в рамках лечения – помочь ему осознать, что она произошла в прошлом». Рассказать случившуюся историю важно; без истории воспоминания застывают во времени, а без воспоминаний невозможно представить, что все может быть иначе. Вместе с тем, как мы видели в четвертой части, пересказ истории о случившемся вовсе не гарантирует, что травматическим воспоминаниям будет положен конец.

Тому есть своя причина. Когда люди вспоминают какое-то рядовое событие, они одновременно не переживают физические ощущения, эмоции, зрительные образы, запахи или звуки, связанные с этим событием. Когда же люди полностью вспоминают свою травму, они заново ее «переживают»: их захватывают сенсорные или эмоциональные элементы прошлого. Снимки мозга Стена и Уте Лоуренс – жертв автомобильной аварии, про которых рассказывалось в четвертой главе, – демонстрируют, как это происходит.

Когда Стен вспоминал эту ужасную аварию, в его мозге отключались два важных участка: область, отвечающая за восприятие времени, благодаря которой человек понимает, что «это было тогда, но сейчас я в

безопасности», и другой участок, который интегрирует образы, звуки и ощущения, связанные с травмой, в единую связную историю. Когда эти области мозга отключаются, человек больше не воспринимает событие как историю, у которой есть начало, середина и конец, – оно превращается для него в обрывки ощущений, образов и эмоций.

Чтобы успешно «переварить» психологическую травму, эти участки мозга должны быть активны. В случае Стена десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ) помогли ему мысленно обратиться к воспоминаниям об аварии, не давая им собой овладеть. Когда участки мозга, отсутствие активности которых приводит к появлению ярких болезненных воспоминаний, удается поддерживать в активном состоянии, когда человек вспоминает о случившемся, то это позволяет ему интегрировать свои травматические воспоминания в картину прошлого.

Диссоциация Уте (как вы помните, она полностью отключилась) усложнила лечение иным образом. Ни одна из структур мозга, необходимая для взаимодействия в настоящем, у нее не была активна, так что разобраться с травмой было попросту невозможно. Невозможно интегрировать травматические воспоминания в прошлое и разрешить психологическую травму, если мозг не реагирует. Чтобы она могла разобраться со своими симптомами ПТСР, ей нужно было помочь расширить ее окно терпимости.

Гипноз был самым распространенным методом лечения психологической травмы с конца 1800-х годов, времен Пьера Жане и Зигмунда Фрейда, вплоть до второй половины двадцатого века. На YouTube вы по-прежнему можете посмотреть документальный фильм «Да будет свет» великого голливудского режиссера Джона Хьюстона, в котором показано, как с помощью гипноза лечили «военный невроз». Гипноз попал в немилость в начале 1990-х годов, и в последние годы не было исследований его эффективности в лечении ПТСР. Вместе с тем гипноз способен вызвать состояние относительного спокойствия, в котором пациент может спокойно наблюдать за своими травматическими переживаниями, не поддаваясь им. Так как эта способность является критически важным фактором в интеграции травматических воспоминаний, то вполне вероятно, что в ближайшем будущем нас ждет возвращение гипноза в той или иной форме.

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП)

В процессе подготовки большинство психологов обучают когнитивно-поведенческой психотерапии. КПП была изначально разработана для лечения фобий, таких как боязнь пауков, самолетов или высоты, чтобы помочь пациентам сопоставить свои иррациональные страхи с безобидной реальностью. Чтобы постепенно понизить восприимчивость пациентов к своим иррациональным страхам, им показывают картинки с изображением того, что они боятся больше всего («образное воздействие»), либо помещают их в реальные (но на самом деле безопасные) ситуации, провоцирующие тревогу («реальное воздействие»), либо же им показывают виртуальные,

смоделированные на компьютере сцены – например, в случае ПТСР у ветеранов боевых действий бои на улицах Эль-Фаллуджа.

Идея когнитивно-поведенческой психотерапии заключается в том, что повторяющееся воздействие триггеров без каких-либо негативных последствий постепенно уменьшает восприимчивость к ним пациентов. Неприятные воспоминания начинают ассоциироваться с «корректирующей» информацией о том, что им ничего не угрожает (33).

КПП также пытается помочь пациентам справиться с их склонностью избегать свою проблему, например, когда они говорят: «Я не хочу об этом говорить» (34). Это звучит просто, однако, как мы с вами уже видели, повторное переживание травмы активирует тревожную систему мозга, выводя из строя важнейшие участки мозга, необходимые, чтобы интегрировать прошлое, таким образом, фактическое разрешение травмы становится маловероятным.

Метод продолжительного воздействия был изучен более подробно, чем все остальные методики лечения ПТСР. Пациентов просят «сосредоточиться на связанном с травмой материале и... не отвлекаться на другие мысли и занятия» (35). Исследования показали, что для снижения уровня тревоги требуется до ста минут интенсивного воздействия триггеров (36). Этот метод иногда помогает справиться со страхами и тревожностью, однако его эффективность в борьбе с чувством вины и другими сложными эмоциями доказана не была (37).

КПП оказалась эффективным инструментом в борьбе с иррациональными страхами, такими как боязнь пауков, однако не показала таких же хороших результатов в лечении психологической травмы, в особенности в случае жертв детского насилия. Лишь где-то у трети всех участников с ПТСР, дошедших до конца исследований, наблюдались какие-то улучшения (38). У тех, кто прошел полный курс КПП, как правило, наблюдается меньше симптомов ПТСР, однако они редко когда исцеляются полностью: у большинства и дальше остаются проблемы с работой, физическим и психическим здоровьем (39).

В ходе самого масштабного исследования эффективности КПП в лечении ПТСР выбыло более трети пациентов; у оставшихся наблюдалось значительное число побочных эффектов. По прошествии трех месяцев исследования большинство женщин продолжали страдать от полномасштабного ПТСР, и лишь у пятнадцати процентов больше не наблюдались основные симптомы ПТСР (40). Тщательный анализ всех научных исследований КПП показал, что по своей эффективности она сравнима с поддерживающей психотерапией (41). Наихудший результат КПП наблюдается у пациентов, которые уже сдались в душе (42).

Проблема психологической травмы не просто в том, что человек застрял в прошлом, не меньшей проблемой является и то, что он не может жить полноценной жизнью в настоящем.

В одной из разновидностей КПП используются очки виртуальной реальности, с помощью которых ветераны повторно переживают в реалистичных подробностях бои в Эль-Фаллуджа. Насколько мне известно, морские пехотинцы США очень

хорошо выступили в этом сражении. Проблема в том, что им невыносимо находиться дома.

Последние исследования с участием австралийских ветеранов боевых действий показали, что их мозг запрограммирован на готовность к чрезвычайным ситуациям, что мешает им сосредоточиться на мелочах повседневной жизни (43). (Мы узнаем об этом больше в девятнадцатой главе, посвященной нейробиологической обратной связи.) Травмированным пациентам нужна не столько терапия виртуальной реальности, сколько терапия «реального мира», которая помогает им чувствовать себя во время покупок в местном супермаркете или игр со своими детьми такими же живыми, какими они чувствовали себя на улицах Багдада.

Повторное переживание травмы способно помочь пациентам только при условии, что она ими не завладеет. Отличным тому примером является исследование ветеранов войны во Вьетнаме, проведенное в начале 1990-х годов моим коллегой Роджером Питмэном (44). В то время я каждую неделю приходил к Роджеру в лабораторию, так как мы проводили исследование опиоидов мозга при ПТСР, про которой я рассказывал во второй главе. Роджер показывал мне видеозаписи лечебных сеансов, и мы их обсуждали. Вместе с коллегами он настойчиво просил ветеранов раз за разом пересказывать все подробности пережитого во Вьетнаме, однако исследование пришлось преждевременно остановить, так как многие пациенты впадали в панику, и состояние страха зачастую сохранялось и после сеансов. Некоторые больше не возвращались, в то время как оставшиеся в исследовании стали еще более подавленными, агрессивными и пугливыми; некоторые справлялись с обострившимися симптомами, увеличив потребление спиртного, что спровоцировало еще больше насилия и унижения, так как родные некоторых из них вызвали полицию, чтобы их забрали в больницу.

Десенсибилизация

На протяжении последних двадцати лет основным методом лечения, которому обучали студентов факультета психологии, была систематическая десенсибилизация в том или ином виде: то есть помощь пациентам в снижении восприимчивости к определенным эмоциям и ощущениям. Но правильная ли это цель? Возможно, проблема кроется не в десенсибилизации, а в интеграции: в том, чтобы поместить травмирующее событие в нужное место автобиографической памяти.

Десенсибилизация напоминает мне про одного маленького мальчика, которого я недавно видел у себя перед домом – ему, должно быть, было лет пять. Его огромный отец истошно на него кричал, в то время как мальчик ехал по улице на своем трехколесном велосипеде. Мальчик был невозмутимым, однако у меня заколотилось сердце, и мне захотелось врезать его отцу. Насколько нужно было быть жестоким, чтобы такой маленький ребенок перестал реагировать на подобное поведение своего отца? Должно быть, для того было привычным делом орать на него, в результате чего у мальчика выработалось безразличие к отцовским воплям, но какой ценой? Да, мы можем принимать

лекарства, которые притупляют наши эмоции, или же научиться быть безразличными. В медицинской школе нас учат не поддаваться эмоциям, когда мы лечим детей с ожогами третьей степени. Вместе с тем, как показал нейробиолог Жан Десети из Чикагского университета, потеря восприимчивости к своей собственной или чужой боли приводит к общему притуплению эмоциональной чувствительности (45).

Отчет 2010 года по 49 425 ветеранам войн в Ираке и Афганистане, которым недавно диагностировали ПТСР, показал, что менее десяти процентов из них полностью прошли рекомендованное лечение (46). Как это было и в случае с ветеранами Вьетнамской войны в исследовании Питмэна, лечение воздействием в его текущем виде помогает редко. Мы можем «переварить» ужасные события прошлого только при условии, что они нами не овладеют. А это означает, что необходимы другие подходы.

Наркотики помогут с травматическими воспоминаниями?

Когда я был студентом-медиком, лето 1966 года я провел, работая под руководством Яна Бастиана, профессора Лейденского университета в Нидерландах, известного по использованию ЛСД в лечении людей, переживших Холокост. Он утверждал, что ему удалось добиться невероятных результатов, однако, изучив его архивы, коллеги не нашли подтверждающих его заявления данных. Про использование психоактивных веществ в лечении психологической травмы затем забыли до 2000 года, когда Майкл Митхофер вместе со своими коллегами из Университета Южной Каролины получили разрешение Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США на проведение экспериментов с использованием МДМА (экстази). МДМА, на протяжении многих лет использовавшийся в качестве психотропного наркотика, попал в список запрещенных веществ в 1985 году.

Митхофер с коллегами искал препарат, который бы увеличил эффективность психотерапии. Они заинтересовались МДМА, так как он способствует снижению страха, защитного поведения и эмоционального ступора, а также помогает ощутить внутренние переживания (48). Они считали, что МДМА может помочь пациентам оставаться в окне терпимости, чтобы обращаться к травматическим воспоминаниям, не подвергая себя при этом невыносимому психическому и эмоциональному возбуждению.

Мы не знаем точных механизмов действия МДМА, однако известно, что этот препарат увеличивает концентрацию ряда важных гормонов, включая окситоцин, вазопрессин, кортизол и пролактин. Самым же главным его действием является то, что он стимулирует самосознание. Применявшие его люди часто сообщали о повышенной эмпатии, сопровождаемой любопытством, ясностью, уверенностью, креативностью и чувством связанности.

Первоначальные пробные исследования подтвердили эти предположения (49). Первое исследование с участием ветеранов боевых действий, пожарных и полицейских, страдающих от ПТСР, дало положительные результаты. В следующем исследовании приняла участие группа из двадцати жертв нападения, которым прежде не удалось помочь с помощью других видов лечения. Двенадцать участников получали МДМА, восемь – таблетки-пустышки.

Затем, сидя или лежа в удобной обстановке, они все прошли два восьмичасовых сеанса психотерапии, в которой использовалась главным образом так называемая терапия внутренних семейных систем (ВСС) (объединяющая в себе теорию систем и идею о том, что личность каждого человека состоит из отдельных субличностей. – Прим. пер.), которой посвящена семнадцатая глава данной книги. Два месяца спустя 83 процента пациентов, получавших в дополнение к психотерапии МДМА, были признаны полностью исцеленными, в то время как в контрольной группе вылечить удалось лишь двадцать пять процентов. Ни у одного из пациентов не были замечены негативные побочные эффекты. Самым же, пожалуй, любопытным было то, что спустя более года после окончания исследования, когда пациенты были повторно опрошены, оказалось, что всем из них удалось закрепить достигнутый результат.

Возможность наблюдать за травмой из спокойного, осознающего состояния, называемого в ВСС «Я» (я подробнее поговорю об этом термине в семнадцатой главе), мозг и разум способны интегрировать пережитую травму в общую картину жизни. Этот подход сильно отличается от традиционных методов десенсибилизации, задача которых – заглушить реакцию человека на пережитый ужас. Здесь упор делается на привязку и интеграцию – превращение ужасного события, овладевшего человеком в прошлом, в воспоминание о том, что случилось очень давно.

Тем не менее психоделические вещества – мощные средства с непростой историей. При неосторожном употреблении и плохом соблюдении терапевтических границ они запросто могут нанести больше вреда, чем пользы. Хочется надеяться, что МДМА не станет очередным волшебным лекарством, которое достанут из ящика Пандоры.

Что насчет лекарств?

Люди всегда использовали лекарства в борьбе с травматическим стрессом. В каждой культуре и в каждом поколении свои предпочтения – джин, водка или виски; гашиш или марихуана; кокаин; опиоиды, вроде оксикодона; транквилизаторы, такие как Валиум, Ксанакс и Клонопин. Оказавшись в отчаянии, люди готовы практически на все, чтобы успокоиться и ощутить контроль (50).

Традиционная психотерапия следует этой традиции. За последние десять лет Министерство обороны и Министерство по делам ветеранов США потратили в общей сложности более 4,5 миллиарда долларов на антидепрессанты, нейролептики и успокоительные препараты. Опубликованный в июне 2010 года внутренний отчет центра фармакоэкономических исследований при министерстве обороны в Форте-Сэм-Хьюстон в Сан-Антонио показал, что 213 972, или двадцать процентов из 1,1 миллиона служащих в армии людей принимали в том или ином виде психотропные препараты: антидепрессанты, нейролептики, седативно-гипнотические средства и другие контролируемые вещества (51).

Вместе с тем лекарства не способны «излечить» психологическую травму, они лишь заглушают проявления нарушенной физиологии. Кроме того, они не учат саморегуляции. Они могут помочь контролировать чувства и поведение,

однако за это неизбежно приходится платить какую-то цену – потому что своим действием они блокируют химические системы, регулирующие взаимодействие с окружающими, мотивацию, боль и удовольствие. Я регулярно посещаю собрания, на которых серьезные ученые обсуждают свои поиски неуловимой волшебной пилюли, которая чудесным образом перезагрузит нейронные контуры мозга, отвечающие за страх (будто посттравматический стресс связан лишь с одним простым контуром мозга). Кроме того, я сам регулярно назначаю медикаменты своим пациентам.

Практически все группы психотропных веществ использовались для лечения разных симптомов ПТСР (52).

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), такие как Прозак, Золофт, Эффексор и Паксил, были изучены лучше всего, и они действительно способны сгладить нестерпимые ощущения и упростить жизнь. Пациенты, принимающие СИОЗС, зачастую чувствуют себя спокойнее и лучше себя контролируют, что облегчает для них участие в психотерапии. Другие пациенты чувствуют себя одурманенными СИОЗС – им кажется, что они «теряют хватку».

Я действую в данном случае опытным путем, на практике проверяя, что именно помогает, и только сами пациенты могут об этом судить. С другой стороны, если какой-то СИОЗС не помог, всегда имеет смысл попробовать другой препарат из этой группы, так как у всех них эффект немного отличается. Любопытно, что СИОЗС повсеместно используются в лечении депрессии, однако как показало одно исследование с участием пациентов с ПТСР, многие из которых также страдали от депрессии, методика десенсибилизации и переработки движением глаз (ДПДГ) оказалась гораздо эффективнее в борьбе с депрессией, чем Прозак (53). Я еще вернусь к этой теме в пятнадцатой главе (54).

Препараты, действие которых направлено на вегетативную нервную систему, такие как Пропранолол или Клонидин, могут помочь снизить чрезмерное возбуждение и чувствительность к стрессу (55). Это семейство препаратов блокирует физические эффекты адреналина, подпитывающего возбуждение, тем самым помогая бороться с ночными кошмарами, бессонницей и чувствительностью к триггерам травмы (56). Блокада адреналина помогает поддерживать рациональный мозг в активном состоянии, чтобы он мог принимать решения: «Действительно ли я хочу это делать?» С тех пор как я стал прибегать в своей практике к методикам самоосознанности и йоге, я использую эти лекарства значительно реже – главным образом чтобы помочь моим пациентам высыпаться.

Травмированным пациентам, как правило, нравится эффект транквилизаторов – таких бензодиазепинов, как Клонопин, Валиум, Ксанакс и Ативан. По своему действию они во многом схожи со спиртным – делают людей спокойнее и не дают им переживать. Владельцы казино любят посетителей под бензодиазепинами – они не расстраиваются, когда проигрывают, и продолжают играть.

Вместе с тем эти препараты, подобно спиртному, ослабляют контроль, из-за чего человек чаще говорит обидные вещи близким. Большинство гражданских врачей неохотно назначают эти препараты, так как они нередко вызывают зависимость и могут помешать процессу осмысления травмы. У пациентов, которые прекращают их прием после продолжительного использования, как правило, наблюдается абстинентный синдром, из-за которого они становятся более возбужденными, что усиливает посттравматические симптомы.

Я иногда даю своим пациентам небольшие дозы бензодиазепинов для применения по необходимости – достаточно мало, чтобы они не могли принимать их ежедневно. Они сами выбирают, когда использовать свой драгоценный запас, и я прошу их вести записи о том, что случилось, когда они решили принять таблетку. Так у нас появляется возможность обсудить конкретные события, которые их спровоцировали.

Несколько исследований показали, что противосудорожные препараты и нормотимики (стабилизаторы настроения. – Прим. пер.), такие как препараты лития или Вальпроат, могут обладать небольшим положительным эффектом, снижая перевозбуждение и панику (57). Самыми спорными препаратами являются так называемые нейролептики второго поколения, такие как Риспердал и Сероквель, самые продаваемые психиатрические препараты в США (14,6 миллиарда в 2008 году). Небольшие дозировки этих препаратов помогают успокоиться ветеранам боевых действий и женщинам с ПТСР, связанным с насилием в детстве (58). Использование этих медикаментов иногда оправдано: например, когда пациенты чувствуют, что полностью теряют контроль и не могут спать, а все остальные методы не дали нужного результата (59). Вместе с тем важно помнить, что эти препараты своим действием блокируют дофаминовую систему – систему вознаграждения мозга, – которая также является двигателем удовольствия и мотивации.

Нейролептики, такие как Риспердал, Абилифай и Сероквель, способны значительно заглушить эмоциональный мозг, тем самым сделав пациентов менее нервными или агрессивными, однако так же они могут мешать человеку улавливать малозаметные сигналы об удовольствии, опасности или удовлетворении. Кроме того, они способны привести к набору веса, увеличить риск развития диабета и сделать пациентов вялыми, что способствует еще большему усилению чувства отчужденности. Эти препараты повсеместно применяются для лечения переживших насилие детей, которым ошибочно было диагностировано биполярное расстройство или расстройство дисрегуляции. Более полумиллиона детей и подростков в США в настоящий момент принимают нейролептики, которые, может, и способны их успокоить, однако также мешают осваивать соответствующие возрасту навыки и устанавливать дружеские отношения с другими детьми (60). В ходе проведенного недавно в Колумбийском университете исследования было обнаружено, что детям в возрасте от двух до пяти лет с частной медицинской страховкой за период между 2000 и 2007 годами стали в два раза чаще назначать нейролептики (61). Лишь сорок процентов из них прошли надлежащее психиатрическое обследование.

До потери своего патента фармацевтическая компания «Johnson & Johnson» раздавала детальки «Лего» с напечатанным словом «Риспердал» для приемных детских психиатров. Детям из бедных семей нейролептики назначают в четыре раза чаще, чем тем, у кого есть частная медицинская страховка. Только за один год в рамках программы «Медикейд» в Техасе было потрачено 96

миллионов долларов на нейролептические препараты для подростков и детей – включая трех младенцев, которым эти препараты дали до первого дня рождения (62). Не было проведено ни одного исследования последствий приема психотропных препаратов для развивающегося мозга. Ни один из этих медикаментов, как правило, не помогает справиться с диссоциацией, самоповреждением, обрывочными воспоминаниями и амнезией.

Исследование Прозака, про которое я говорил во второй главе, первым показало, что пережившему травму гражданскому населению лекарства помогают лучше, чем ветеранам боевых действий (63). С тех пор многие другие исследования обнаружили аналогичные расхождения. С учетом этого немного тревожит тот факт, что Министерство обороны и Управление по делам ветеранов назначают в огромном количестве различные медикаменты солдатам и ветеранам боевых действий, зачастую не предоставляя другие формы лечения. В период с 2001 по 2011 год Управление по делам ветеранов потратило примерно полтора миллиарда долларов на Сероквель и Риспердал, в то время как Министерство обороны за тот же период потратило примерно девяносто миллионов долларов, и это несмотря на то, что опубликованное в 2001 году исследование показало, что эффективность Риспердала в лечении ПТСР не выше, чем у плацебо (64). Аналогично в период между 2001 и 2012 годами Управление по делам ветеранов потратило 72,1 миллиона долларов, а Министерство обороны – 44,1 миллиона долларов на бензодиазепины (65), лекарства, которые врачи, как правило, стараются не назначать гражданскому населению с ПТСР из-за высокой вероятности развития зависимости и отсутствия значительной эффективности в лечении симптомов ПТСР.

Путь к восстановлению – дорога длиною в жизнь

В первой главе этой книги я рассказал вам про пациента по имени Билл, с которым познакомился более тридцати лет назад в больнице для ветеранов. Билл на долгие годы стал одним из моих пациентов-учителей, и наши отношения отразили эволюцию используемых мной в лечении психологической травмы методов.

Билл служил военным врачом во Вьетнаме с 1967 по 1971 год и после возвращения пытался использовать полученные в армии навыки, устроившись на работу в ожоговое отделение местной больницы. Уход за пациентами изматывал его, он был несдержанным и нервным, однако при этом понятия не имел, что все эти проблемы как-либо связаны с опытом во Вьетнаме. В конце концов, диагноза ПТСР тогда еще не существовало, а ирландские ребята из рабочего класса в Бостоне не ходили к психотерапевтам. Его ночные кошмары и бессонница пошли на спад, когда он ушел из больницы и поступил в семинарию, чтобы стать пастором. Впервые он обратился за помощью лишь после рождения первенца в 1978 году.

Детский плач спровоцировал неумолимые яркие болезненные воспоминания, в которых он видел, слышал и чувствовал запах обгоревших и изуродованных детей во Вьетнаме. Он настолько потерял контроль, что некоторые из моих коллег в больнице для ветеранов хотели госпитализировать его для лечения, как они считали, психоза.

Тем не менее мы начали с ним проводить сеансы, и рядом со мной он стал чувствовать себя защищенным, в итоге рассказав про то, что видел во Вьетнаме. Со временем он научился справляться со своими чувствами, не поддаваясь им. Это помогло ему сосредоточиться на заботе о своей семье, а также закончить обучение на священника. Два года спустя он стал пастырем со своим собственным приходом, и мы решили, что лечение закончено.

Больше я с Биллом не связывался, пока он не позвонил мне спустя восемнадцать лет с дня нашей встречи. Он испытывал все те же симптомы – яркие болезненные воспоминания, ужасные ночные кошмары, чувство, словно он сходит с ума, – что и после рождения своего ребенка. Его сыну только стукнуло восемнадцать, и Билл пошел вместе с ним записывать его в армию – в тот же самый учебный центр, с которого Билла самого отправили во Вьетнам. К этому времени я уже знал про лечение посттравматического стресса гораздо больше, и вместе с Биллом мы разобрались с конкретными воспоминаниями о зрительных образах, звуках и запахах, с которыми он столкнулся во Вьетнаме, – подробностями, которые он слишком боялся вспоминать, когда мы впервые с ним встретились. Теперь мы могли интегрировать эти воспоминания с помощью ДПДГ, чтобы превратить их в истории о случившемся многие годы назад и не давать им больше мгновенно переносить его во вьетнамский ад. Когда он почувствовал себя более уравновешенным, ему захотелось разобраться и со своим детством: своим жестоким воспитанием, а также чувством вины за то, что, записавшись добровольцем во Вьетнам, оставил своего младшего брата с шизофренией, которого больше никому было защищать от отцовской ярости.

Другой важной темой его лечения была повседневная боль, с которой Билл сталкивался в качестве священника, когда ему приходилось хоронить подростков, погибших в авариях всего через пару лет после того, как он их крестил, либо иметь дело с домашним насилием в парах, которых он сам поженит. Билл организовал группу поддержки для священнослужителей, сталкивающихся с похожими травмами, и он стал играть важную роль для своих коллег.

В третий раз Билл начал лечение пять лет спустя, когда у него в пятьдесят три года развились тяжелые неврологические заболевания. Он стал внезапно испытывать временный паралич в различных частях тела и начал было уже мириться с мыслью о том, что может провести остаток жизни в инвалидном кресле. Я подумал, что эти проблемы могут быть следствием рассеянного склероза [49], однако его неврологам не удалось найти каких-либо конкретных повреждений – они сказали, что его никак не вылечить. Он рассказал мне, как благодарен был своей жене за поддержку. Она уже обобудовала пандусом вход к их дому со стороны кухни.

С учетом его неутешительного прогноза я призвал Билла найти способ полностью прочувствовать неприятные ощущения в его теле и подружиться с ними, как он в свое время научился переносить свои самые болезненные воспоминания о войне и жить с ними.

Я предложил ему проконсультироваться со специалистом по работе с телом, познакомившим меня с методом Фельденкрайза – мягкой мануальной терапией,

позволяющей навести порядок с физическими ощущениями и мышечными движениями. Когда Билл вернулся, чтобы доложить о своих успехах, он с радостью сообщил, что стал чувствовать больше контроля над собой и своим телом.

Я упомянул, что сам недавно начал заниматься йогой и что мы только что открыли программу занятий йогой в нашем Центре травмы. Я предложил ему опробовать ее в качестве очередного шага в лечении.

Билл записался на занятия по бикрам-йоге, которая представляет собой выполнение изнурительных упражнений в прогретом помещении – как правило, ею занимаются более молодые и энергичные люди. Биллу она пришлась по душе, хотя иногда во время занятий у него и отказывали различные части тела. Несмотря на свои физические проблемы, он приобрел чувство контроля над своим телом, которого никогда раньше не испытывал.

Психологическое лечение помогло Биллу оставить ужасные воспоминания о Вьетнаме в прошлом. Теперь же, подружившись со своим телом, он избежал необходимости корректировать свою жизнь из-за инвалидности. Он решил стать сертифицированным инструктором йоги и начал проводить занятия по йоге в местном армейском учебном центре с ветеранами, возвращавшимися из Ирака и Афганистана.

Сегодня, десять лет спустя, Билл продолжает жить полной жизнью – проводит время с детьми и внуками, занимается йогой с ветеранами и проводит церковные службы. Он справляется со своими физическими ограничениями, воспринимая их как незначительные затруднения. На сегодняшний день он провел занятия по йоге более чем для 1300 ветеранов боевых действий. Он по-прежнему страдает от периодической внезапной слабости в конечностях, из-за которой ему приходится садиться или ложиться. Тем не менее эти случаи, равно как и воспоминания про детство и про Вьетнам, не определяют его жизнь. Они просто являются ее частью.

Глава 14. Слова: чудо и тирания

Пусть скорбь твоя слезами изойдет:

Немая скорбь на части сердце рвет.

Уильям Шекспир, «Макбет» [50]

Нам с трудом выносимо смотреть. Тень может нести в себе лучшую часть жизни, которую вы никогда не проживали. Спуститесь в подвал, поднимитесь на чердак, загляните в мусорный бак. Найдите там золото. Найдите животное, страдающее от голода или жажды. Это вы!! Это тощее, брошенное животное, отчаянно нуждающееся во внимании, – часть вас самого.

Мэрион Вудман (процитировано Стивеном Копом в книге «The Great Work of Your Life»)

В сентябре 2001 года несколько организаций включая Национальные институты здравоохранения, компанию «Pfizer pharmaceuticals» («Пфайзер») и «New York Times Company Foundation» созвали экспертные группы, чтобы те рекомендовали лучшие методы лечения для людей, получивших психологическую травму в ходе атаки на Всемирный торговый центр. Так как многие повсеместно используемые методы лечения психологической травмы не были изучены в случайных группах людей (а не в группах пациентов, обратившихся за психиатрической помощью), я решил, что это будет отличной возможностью сравнить эффективность различных подходов. Мои коллеги, однако, оказались более консервативными и после длительных раздумий рекомендовали всего две формы лечения: психотерапию с применением психоанализа и когнитивно-поведенческую терапию. Почему именно психоанализ? Так как Манхэттен является одним из последних оплотов фрейдистского психоанализа, было бы глупо не включать значительную часть местных специалистов в области психического здоровья. Почему КПТ? Потому что поведенческую терапию можно разбить на конкретные шаги и составить для них единообразные протоколы. Это излюбленный вид лечения ученых-исследователей – еще одной группы, которую нельзя было оставить без внимания. После того как рекомендации были одобрены, мы стали ждать наплыва жителей Нью-Йорка в кабинеты психотерапевтов. Практически никто не пришел.

Доктору Спенсеру Эту, заведовавшему психиатрическим отделением ныне закрытой больницы Сент-Винсент в Гринвич-Виллидж, было любопытно, куда люди обращались за помощью.

В начале 2002 года при помощи студентов-медиков был проведен опрос 225 человек, спасшихся из башен-близнецов. На вопрос, что больше всего помогло им справиться с последствиями случившегося, люди назвали иглоукальвание, массаж, йогу и ДПДГ, именно в этом порядке (1). Среди спасателей особенно популярным был массаж.

Исследование доктора Эта указывало на то, что самые эффективные способы лечения были направлены на облегчение появившихся в результате травмы физических симптомов. Расхождение между опытом выживших и рекомендациями экспертов весьма любопытно. Разумеется, нам неизвестно, сколько именно людей, переживших эту трагедию, в итоге обратились к более традиционным методам лечения. Вместе с тем явное отсутствие интереса к разговорной терапии порождает простой вопрос: какой толк от разговоров о пережитой психологической травме?

Правда, которую не передать словами

Вера психотерапевтов в возможность преодолеть психологическую травму с помощью разговоров непоколебима. Эта уверенность уходит своими корнями к 1893 году, когда Фрейд (вместе со своим учителем Брейером) написал, что травма «немедленно и навсегда исчезает, когда удастся выявить в полном объеме воспоминания о спровоцировавшем ее событии и пробудить сопровождавшие его чувства, и когда пациенту удастся как можно подробнее описать это событие, выразив связанные с ним чувства словами» (2).

К сожалению, на деле все далеко не так просто. Травмирующие события практически невозможно описать словами. Это касается всех нас, а не только страдающих от ПТСР людей. Изначально события одиннадцатого сентября отпечатались в памяти не историями, а зрительными образами: бегущие в ужасе по улицам люди с покрытыми пеплом лицами; самолет, врезающийся в первую башню Всемирного торгового центра; точки вдалеке, которые были прыгающими, взявшись за руки, людьми. Эти образы проигрывались снова и снова как в наших головах, так и на экранах телевизоров, пока мэр Джулиани вместе со СМИ не помогли нам составить хронику событий, которой мы могли делиться друг с другом.

В книге «Семь столпов мудрости» Томас Эдвард Лоуренс написал про свой военный опыт: «Мы усвоили, что боль может быть нестерпимо остра, печали слишком глубоки, а экстаз слишком возвышен для наших бранных тел, чтобы всерьез обо всем этом думать. Когда чувства поднимались до этой отметки, ум погружался в ступор, а память затуманивалась в ожидании того, когда рутина наконец преодолеет эти неоправданные отклонения» (перевод Г. Карпинского. – Прим. пер.) (3). Травма не дает нам прийти в себя, а путь к спасению от нее выстелен словами, тщательно подобранными, одно за другим, пока не будет раскрыта вся история.

Конец молчанию

Активисты первых просветительских кампаний по вопросам СПИДа придумали яркий слоган: «Молчание = Смерть». Молчание о психологической травме также приводит к смерти – к смерти души. Молчание усиливает провоцируемую травмой изоляцию. Когда человек в состоянии сказать вслух другому «Меня изнасиловали», «Меня избил муж», «Мои родители называли это дисциплиной, однако это было насилие» или «С тех пор, как я вернулся из Ирака, я сам не свой» – то это признак того, что процесс исцеления начался.

Нам, может, и кажется, что мы можем контролировать свою скорбь, свой ужас или стыд, сохраняя молчание, однако слова делают возможным совершенно иной тип контроля. Когда Адама поставили во главе животного мира в Книге Бытия, первым делом он дал имена всем живым созданиям.

Если вам причинили вред, то вам необходимо признать случившееся и описать это словами. Я знаю это по собственному опыту: пока я не позволял себе вспомнить, каково мне было, когда отец запирает меня, трехлетнего, в погребе за всякие шалости, я постоянно боялся оставаться один, боялся быть брошенным. Только когда я смог поговорить о том, что чувствовал этот маленький мальчик, только когда я смог простить его за то, что он был таким напуганным и безропотным, я научился получать удовольствие, оставаясь наедине с собой. Когда мы чувствуем, что нас слушают и понимают, это меняет нашу физиологию. Возможность выразить словами сложные чувства, а также осознание наших чувств другим человеком активируют нашу лимбическую систему, и происходит «прозрение». С другой стороны, когда в ответ мы получаем молчание и непонимание, мы падаем духом. Или как метко сказал Джон Боулби: «То, о чем нельзя поделиться с матерью, невозможно сказать и самому себе».

Если человек скрывает от самого себя тот факт, что в детстве его совратил дядя, то он будет реагировать на малейшие триггеры, подобно животному в грозу: весь его организм будет защищаться от мнимой опасности. Без нужных слов человек может лишь понять, что он напуган, не осознавая при этом причины своего страха. Вместе с тем, решив во что бы то ни стало сохранять контроль, он будет стремиться избегать всего, что хотя бы отдаленно напоминает ему о пережитой травме. Апатия может чередоваться с повышенной возбудимостью и раздражительностью – и он совершенно не будет понимать, почему так происходит.

Пока вы храните секреты и замалчиваете информацию, вы, по сути, вожете с самим собой. На то, чтобы скрывать свои настоящие чувства, человек расходует огромное количество энергии. Это истощает его мотивацию преследовать стоящие цели, провоцируя тоску и отчужденность.

Тем временем организм продолжают наполнять гормоны стресса, вызывая головные и мышечные боли, проблемы с кишечником или половой функцией – а также провоцируя иррациональное поведение, способное поставить его в неловкое положение и причинить боль окружающим. Лишь определив источник таких реакций, можно начать использовать свои чувства, как сигналы о проблемах, требующих немедленного вмешательства.

Когда мы закрываем глаза на то, что происходит у нас в душе, это вредит нашему самосознанию, чувству собственного достоинства и вере в свои силы. Клинический психолог Эда Фoa вместе с коллегами разработала опросник посттравматического восприятия, который помогает понять, что пациенты думают сами о себе (4). Симптомы ПТСР зачастую включают такие заявления, как «Я чувствую себя мертвым внутри», «Я никогда не смогу снова испытывать нормальные эмоции», «Я навсегда изменился к худшему», «Я чувствую себя предметом, а не личностью», «У меня нет будущего» и «У меня такое чувство, словно я больше себя не понимаю».

Главная задача – позволить себе знать то, что знаешь. Для этого требуется неимоверная смелость. В своей книге «What It Is Like to Go to War» («Каково воевать». – Прим. пер.) ветеран войны во Вьетнаме Карл Марлантис

разбирается со своими воспоминаниями о войне и рассказывает про случившийся у него в душе раскол:

«Годами я не знал, что нужно исправить этот раскол – когда я вернулся, некому было мне об этом сказать... И почему я думал, будто внутри меня живет лишь один человек?.. Какая-то часть меня просто любила калечить, убивать и пытать. Но у моего «Я» есть и другие составляющие, прямо противоположные, которыми я горжусь. Так что, являюсь ли я убийцей и палачом? Нет, но часть меня является. Испытываю ли я ужас и горечь, когда читаю в газете про ребенка, столкнувшегося с насилием? Да. Но будоражит ли это меня?» (5)

Марлантис рассказывает, что на пути к выздоровлению ему пришлось научиться рассказывать правду, какой бы мучительной она ни была.

В отсутствие какого-то всеобъемлющего смысла страданий смерть, разрушения и скорбь нуждаются в постоянном оправдании. Отсутствие этого всеобъемлющего смысла способствует тому, что человек начинает выдумывать, лгать, чтобы восполнить имеющийся пробел (6).

Я никогда не мог никому рассказать про то, что происходит у меня внутри. Как результат, я отгонял эти образы на протяжении многих лет. Я начал заново интегрировать эту отделившуюся часть своих переживаний только после того, как стал по-настоящему представлять этого ребенка ребенком – возможно, моим ребенком. Затем родилась невыносимая грусть – а вместе с ней пришло и исцеление. Интеграция чувства грусти или гнева с действием должна быть стандартной процедурой для всех солдат, которым приходилось убивать людей, глядя им в глаза. Для этого не требуется мудреная психологическая подготовка. Достаточно просто сформировать группы под руководством одного из членов отряда или взвода, который прошел пару дней обучения групповому лидерству, и подтолкнуть людей к разговору (7).

По-новому взглянув на свой ужас и поделившись им с другими людьми, можно восстановить у себя чувство принадлежности к человеческой расе. После того как ветераны войны во Вьетнаме, которых я лечил, присоединились к терапевтической группе, где они могли делиться совершенными и увиденными бесчинствами, они, по их собственным словам, начали открывать своим девушкам душу.

Чудо самопознания

Когда познаешь себя, выражая свои чувства словами, – это всегда становится озарением, пускай и поиск нужных слов порой является мучительным процессом. Вот почему я нахожу рассказ Хелен Келлер про то, как у нее «родилась речь» (8), столь вдохновляющим.

В возрасте девятнадцати месяцев, когда Хелен только начала разговаривать, вирусная инфекция лишила ее зрения и слуха. Став слепоглухонемым, этот ребенок превратился в дикое, одинокое создание. После пяти лет отчаяния ее семья пригласила полуслепую учительницу Энн Салливан из Бостона приехать к ним в загородную усадьбу в Алабаме, чтобы стать наставницей

Хелен. Энн тут же начала обучать Хелен специальной тактильной азбуке, буква за буквой выводя слова у нее на руке, однако понадобилось два с половиной месяца попыток достучаться до этого дикого ребенка, чтобы случился прорыв. Это случилось, когда Энн «произнесла» для Хелен по буквам слово «вода», поднеся ее вторую руку под струю воды из колонки. В своей книге «История моей жизни» Хелен впоследствии описала этот момент:

«Вода! Это слово всколыхнуло мою душу, и она пробудилась... Вплоть до того дня мой разум был подобен темной комнате – он ждал, когда придут слова, чтобы зажечь лампу моих мыслей. В тот день я выучила множество слов»[51].

Выучив названия предметов, этот ребенок смог не только создать свою внутреннюю картину невидимой и беззвучной физической реальности вокруг нее, но также и обрести саму себя: полгода спустя она начала использовать местоимение первого лица «Я».

История Хелен Келлер напоминает мне про переживших насилие непослушных, неразговорчивых детей, которые попадают к нам на стационарное лечение. До того, как она овладела языком, она была растерянной и сосредоточенной только на себе – оглядываясь назад, она называет это создание «Призраком». И действительно, наши дети похожи на призраков, пока не узнают, кто они такие, и не почувствуют себя достаточно защищенными, чтобы рассказать про то, что творится у них в душе.

В написанной позже книге «Мир, в котором я живу» Келлер описала рождение у нее индивидуальности: «До того, как со мной стала заниматься моя учительница, я не знала, кто я такая. Я жила в мире пустоты... У меня не было ни воли, ни разума... Я помню все это не потому, что знаю, что так было, а потому что у меня есть тактильная память. Она позволяет мне помнить, что я никогда не морщила свой лоб, задумавшись о чем-то» (9).

Тактильными воспоминаниями Хелен – воспоминаниями, основанными на прикосновении, – было невозможно поделиться. Язык же дал ей возможность стать частью общества. В восьмилетнем возрасте, когда Хелен вместе с Энн отправились в Институт Перкинса для слепых в Бостоне (где училась сама Салливан), она впервые в жизни смогла пообщаться с другими детьми. «Какое же счастье! – написала она. – Свободно говорить с другими детьми! Чувствовать себя как дома в большом мире!»

То, как Хелен с помощью Энн Салливан открыла для себя язык, отражает суть отношений между психотерапевтом и пациентом, которая состоит в поиске слов там, где их раньше не было, с дальнейшей целью поделиться с другим человеком своими самыми глубокими чувствами и своей самой глубокой болью. Это одно из самых глубоких переживаний, которые может испытать человек, и этот резонанс, позволяющий обнаружить, произнести и услышать прежде невысказанные слова, является ключом к исправлению созданного травмой чувства изоляции – особенно если другие люди в нашей жизни игнорировали или заставляли нас молчать. Полноценное общение – прямая противоположность психологической травмы.

Самопознание или история о прошлом? Двойственная система восприятия

На деле, однако, любой, кто начинает посещать психотерапевта, практически сразу же сталкивается с ограничениями, которые создает для нас язык. Так происходит и с моим собственным психоанализом. Хотя я говорю свободно и могу рассказать интересные истории, я быстро осознал, насколько тяжело глубоко ощущать свои чувства, одновременно делиться ими с кем-то другим. Когда я устанавливал контакт с самыми сокровенными, болезненными или обескураживающими моментами своей жизни, передо мной зачастую вставал выбор: я мог либо сосредоточиться на повторном мысленном переживании сцен из прошлого, позволив себе почувствовать то, что я чувствовал тогда, либо мог последовательно и логично изложить воспоминания своему психоаналитику. Выбирая второй вариант, я быстро терял контакт со своим «Я» и становился сосредоточенным на его мнении о том, что я ему рассказывал. При малейшем намеке на сомнение или осуждение с его стороны я тут же закрывался, переключая свое внимание на то, чтобы вновь добиться его одобрения.

С тех пор неврологические исследования показали, что у нас имеются две отдельные формы самовосприятия: одна отслеживает наше «Я» сквозь время, а другая воспринимает наше «Я» в настоящем.

Первая – наше автобиографическое «Я» – связывает между собой наши переживания, объединяя их в последовательную историю. В основе этой системы лежит язык. Наши истории меняются по мере того, как мы их рассказываем, так как меняется наше восприятие их, и мы учитываем новую поступающую информацию.

Другая система – самовосприятие в текущий момент – основана главным образом на физических ощущениях, однако если мы чувствуем себя в безопасности и нас не торопят, мы можем подобрать слова, чтобы выразить и эти ощущения. Эти две формы осознания расположены в разных частях мозга, которые практически не связаны между собой (10). Только система, отвечающая за самосознание, которая расположена в медиальной префронтальной коре, способна оказывать влияние на эмоциональный мозг.

В терапевтических группах для ветеранов, собрания которых я раньше устраивал, мне иногда доводилось наблюдать совместную работу этих двух систем. Эти солдаты рассказывали ужасные истории про смерти и разрушения, однако я обратил внимание, что их тело при этом зачастую излучает чувство гордости и принадлежности к группе. Аналогично многие пациенты рассказывают мне про счастливые семьи, в которых они выросли, в то время как их тело сутулится, а голос звучит напряженным и зажатым. Одна система создает историю, предназначенную для общественности, и если мы рассказываем эту историю достаточно часто, то сами начинаем верить, что в ней и заключена вся правда. Вместе с тем вторая система регистрирует другую правду: то, как мы воспринимаем ситуацию глубоко в душе. Именно к этой второй системе и нужно достучаться, подружиться и примириться с ней.

Совсем недавно в моей университетской больнице вместе с группой клинических ординаторов, проходящих практику в психиатрии, мы опросили

молодую девушку с височной эпилепсией, которая проходила обследование после попытки самоубийства. Ординаторы задавали ей стандартные вопросы про ее симптомы, принимаемые ею лекарства, ее возраст в момент постановки диагноза, а также про причины, подтолкнувшие ее попытаться покончить с собой. Она отвечала сухо и без эмоций: диагноз ей поставили в пять лет. Она потеряла работу; она знала, что не справлялась с ней; она чувствовала себя никчемной. По какой-то причине один из ординаторов спросил, подвергалась ли она сексуальному насилию. Этот вопрос меня удивил: она ничего не говорила про какие-либо проблемы в личной жизни, я стал подозревать, что этот врач преследовал какие-то собственные интересы[52].

Как бы то ни было, история, рассказанная пациенткой, не объясняла, почему она так расклеилась после потери работы. Тогда я спросил у нее, каково было маленькой девочке узнать, что с ее мозгом что-то не так. Это заставило ее покопаться в себе, так как у нее не было готового ответа на этот вопрос.

Сдавленным голосом она сообщила нам, что самым ужасным в ее диагнозе было то, что после него ее отец больше не хотел иметь с ней дела: «Он просто видел во мне неполноценного ребенка». Она сказала, что никто ее не поддержал, так что ей, по сути, пришлось, справляться со всем самой.

Затем я спросил у нее, что она теперь думает об этой маленькой девочке, у которой нашли эпилепсию и которой пришлось полагаться только на себя. Вместо того чтобы жаловаться на свое одиночество или злиться из-за отсутствия поддержки, она решительно сказала: «Она была глупой, плаксивой и зависимой. Она должна была принять случившееся и взять себя в руки». Очевидно, в ней говорила та часть ее, которая отважно пыталась справиться с ее бедствием, и я отметил, что, вероятно, она помогла ей тогда со всем справиться. Я попросил ее позволить сказать той напуганной, брошенной девочке, каково ей было оказаться совсем одной, когда ее недуг был усугублен отторжением со стороны семьи. Она начала всхлипывать и долго молчала, пока наконец не сказала: «Нет, она этого не заслуживала. Ее должны были поддержать, кто-то должен был о ней позаботиться». Затем она снова переключилась и с гордостью рассказала о своих достижениях – о том, сколько она всего добилась, несмотря на отсутствие поддержки. История, составленная для окружающих, и ее внутренние переживания наконец сошлись между собой.

Тело – это проводник

Истории о пережитой травме уменьшают вызванную ею изоляцию, а также дают объяснение испытываемым людьми страданиям. Они помогают врачам ставить диагнозы для излечения таких проблем, как бессонница, приступы ярости, ночные кошмары или эмоциональный ступор. Кроме того, истории позволяют людям найти виновника в случившемся с ними. Желание найти виноватого – общая для всех людей черта, которая помогает им чувствовать себя хорошо, когда им на самом деле плохо, или, как говаривал мой учитель Элвин Семрад: «Ненависть движет миром». Вместе с тем истории также скрывают

более важную проблему, а именно то, что психологическая травма радикально меняет людей – они перестают быть «собой».

Невероятно сложно выразить словами это ощущение – чувство, что ты больше не являешься самим собой. Прежде всего язык появился, чтобы сообщать информацию о происходящем вокруг, а не делиться нашими внутренними чувствами (даже речевой центр в мозге отдален от центра самовосприятия дальше некуда). Большинству из нас проще описывать кого-то другого, чем самого себя. Как однажды сказал гарвардский психолог Джером Каган: «Описание наших глубинных переживаний можно сравнить с попыткой достать из глубокого колодца крохотные и хрупкие хрустальный фигурки с боксерскими перчатками на руках» (11).

Когда не удастся подобрать нужные слова, можно привлечь связанную с телом внутреннюю систему самовосприятия, которая говорит на языке ощущений, интонаций и мышечных напряжений. Способность воспринимать внутренние телесные ощущения лежит в основе эмоционального самосознания (12). Если пациент скажет мне, что ему было восемь, когда его отец ушел из семьи, я, скорее всего, остановлю его и попрошу заглянуть внутрь себя: что он чувствует, когда рассказывает мне про мальчика, больше никогда не видевшего своего отца? Где в своем теле он это ощущает? Когда человек прислушивается к своему нутру, заглядывает внутрь себя, все начинает меняться.

Записки самому себе

Существуют и другие способы достучаться до своего внутреннего мира чувств. Один из самых эффективных – это писать. Большинству из нас доводилось изливать свою душу гневными, обвинительными, жалобными или грустными письмами людям, которые нас предали или бросили. От этого нам практически всегда становится легче, даже если мы в итоге их и не отправляем. Когда пишешь самому себе, не нужно переживать о мнении других людей – нужно лишь прислушаться к своим мыслям и дать им волю. Позже, перечитывая написанное, вы непременно откроете для себя что-то неожиданное.

Предполагается, что мы, будучи полноценными членами общества, должны вести себя «хладнокровно» в наших повседневных взаимодействиях с окружающими, подстраивая наши чувства под текущую выполняемую задачу. Когда мы разговариваем с кем-то, с кем не чувствуем себя в полной безопасности, наш внутренний социальный редактор включает режим тревоги и наша бдительность повышается. Совсем иначе происходит, когда мы пишем. Если попросить своего внутреннего редактора оставить вас ненадолго одного, то всплывает то, о существовании чего вы могли и не подозревать. Вы можете войти в некое подобие транса, дав своему подсознанию раскрыться с помощью ручки или клавиатуры. Вы можете связать две части мозга, о которых писалось выше, не переживая о том, как это будет воспринято.

Методика «свободного письма» заключается в том, что человек использует любой предмет в качестве своего персонального теста Роршаха, чтобы войти в поток ассоциаций. Просто посмотрите на любой объект у себя перед

глазами и запишите первое, что придет к вам в голову, а затем продолжайте писать, не останавливаясь, не перечитывая и ничего не исправляя.

Деревянная ложка на кухонном столе может пробудить воспоминания о том, как вы готовили томатный соус вместе со своей бабушкой – либо про то, как вас били в детстве. Чайник, который передавался из поколения в поколение, может отправить вас в глубины вашего разума, напомнив о погибших близких или семейном отпуске, во время которого любовь перемешалась со ссорами. Каждый новый образ навеивает очередное воспоминание, из которого рождается новый абзац. Все, что появится на бумаге, будет выражением ваших индивидуальных ассоциаций.

Мои пациенты зачастую приносят записки и рисунки о воспоминаниях, которые они пока не готовы обсуждать. Прочитать их содержимое вслух для них было бы перебором, однако они хотят, чтобы я знал, с чем им приходится бороться. Я хвалю их за то, что они набрались смелости порыться у себя в душе и доверить мне то, что им удалось там отыскать. На основе полученной информации я строю план дальнейшего лечения – так, например, она может помочь мне решить, включить ли в лечение соматическое переживание, нейробиологическую обратную связь или ДПДГ.

Насколько мне известно, первая систематическая проверка возможности исцеления психологической травмы с помощью слов была проведена в 1986 году, когда Джеймс Пеннебейкер из Техасского университета в Остине превратил свое вводное занятие по психологии в эксперимент. Первым делом Пеннебейкер отдал дань уважения психологическому сдерживанию, склонности человека держать все в себе, которую он назвал связующим элементом цивилизации (13). Вместе с тем он считал, что людям приходится расплачиваться, когда они пытаются не думать о какой-то очевидной серьезной проблеме.

Он попросил своих студентов выбрать какое-то глубоко личное переживание, которое связано для них со стрессом или психологической травмой. Затем он разделил весь курс на три группы: одна должна была написать о том, что происходит в их жизни в настоящий момент; второй предлагалось описать подробности травмирующего или стрессового события, в то время как третья должна была рассказать про факты пережитого события, связанные с ним чувства и эмоции, а также про то влияние, которое, как им кажется, это событие оказало на их жизнь. В течение следующих четырех дней каждый из студентов по пятнадцать минут писал, сидя в одиночку в небольшом огороженном пространстве.

Студенты отнеслись к этому исследованию крайне серьезно; многие из них поделились секретами, о которых никому прежде не рассказывали. Кое-кто плакал, пока писал, и многие признались помощникам лектора, что они зациклились на этих своих переживаниях. Из двухсот участников шестьдесят пять написали про детскую травму. Хотя самой популярной темой и была смерть близкого, двадцать два процента женщин и десять процентов мужчин сообщили о полученной до семнадцатилетнего возраста сексуальной травме.

Исследователи расспросили студентов про их здоровье и были удивлены тому, как часто студенты сообщали о серьезных и незначительных проблемах со

здоровьем: они рассказывали про рак, высокое давление, угри, грипп, головные боли и боли в ушах (14). Те, кто сообщил о травмирующем сексуальном опыте в детстве, за предыдущий год провели в больнице в среднем 1,7 дня – почти в два раза больше, чем остальные.

Затем исследователи сравнили, сколько раз участники обращались за помощью в университетский медпункт за месяц, предшествовавший исследованию, и сколько раз за месяц после него. Группе, написавшей и про факты, и про эмоции, связанные с их травмами, этот эксперимент явно принес больше всего пользы: по сравнению с двумя другими группами количество визитов к врачу у них снизилось на пятьдесят процентов. Когда они описали свои самые сокровенные мысли и чувства о пережитой травме, у них улучшилось настроение и физическое здоровье, они стали более оптимистичными.

Когда же самих студентов попросили оценить исследование, они сосредоточились на том, как оно помогло им лучше понять себя: «Я задумался о том, что тогда чувствовал. Я никогда прежде не задумывался, как это на мне отразилось». «Мне пришлось задуматься и разобраться со своим прошлым. Это исследование принесло мне душевный покой. Написав про свои эмоции и чувства, я смог понять, какие чувства и почему я испытывал» (15).

В своем следующем исследовании Пеннебейкер попросил половину группы из семидесяти двух студентов рассказать под запись про самое неприятное событие из своей жизни; другая половина делилась своими планами на день. Пока они говорили, исследователи отслеживали их физические реакции: кровяное давление, пульс, мышечное напряжение и температуру ладоней (16). Это исследование дало схожий результат: у тех, кто позволил себе прочувствовать собственные эмоции, наблюдались значительные физиологические изменения, как мгновенные, так и долгосрочные. Во время их исповеди у них увеличилось давление, пульс и другие вегетативные функции, однако по окончании процедуры уровень их возбуждения был ниже, чем перед ее началом. Снижение кровяного давления наблюдалось даже спустя полтора месяца после окончания эксперимента.

Тот факт, что вызывающие стресс переживания – будь то из-за развода, итоговых экзаменов или чувства одиночества – негативно сказываются на работе иммунной системы, на данный момент является общепризнанным, однако во время проведения Пеннебейкером его исследований он вызывал огромное количество споров. Используя его методологию, группа исследователей из медицинского колледжа при Университете штата Огайо сравнила две группы студентов, одна из которых писала про пережитую психологическую травму, а другая – на какую-то отстраненную тему (17). И снова, те, кто написал про свою травму, стали реже обращаться за медицинской помощью, и улучшение их физического здоровья согласовывалось с улучшенной иммунной функцией, которая оценивалась по активности Т-лимфоцитов (так называемые «естественные киллеры» [53]) и другим иммунным маркерам в крови. Этот эффект был наиболее заметным сразу же после эксперимента, однако по-прежнему отслеживался спустя полтора месяца. Подобные эксперименты по всему миру с участием школьников, студентов-медиков, обитателей домов престарелых, заключенных в тюрьмах строгого режима, больных артритом, новоиспеченных матерей и жертв изнасилований раз за разом демонстрируют, что физическое и психическое здоровье улучшается, когда человеку предоставляется возможность написать про неприятные события из прошлого.

Мое внимание привлекла еще одна особенность исследований Пеннебейкера: когда участники рассказывают про свои сокровенные проблемы, у них зачастую меняются голос и интонация. Разница была настолько разительной, что Пеннебейкер даже засомневался, не перепутал ли он кассеты. Так, например, одна женщина описывала свои планы на день высоким, словно у ребенка, голосом, однако несколько минут спустя, когда она рассказывала, как стащила из открытой кассы сто долларов, ее голос стал настолько более тихим и низким, словно принадлежал совершенно другому человеку.

Изменение эмоционального состояния также отражалось и на почерке участников. Меняя тему разговора, они могли перейти с прописи на печатные буквы или наоборот; кроме того, немного менялся наклон букв и нажим, с которым они писали.

Подобные изменения в клинической практике называются «переключениями», и мы зачастую наблюдаем их у переживших психологическую травму пациентов. Меняться при этом может не только голос, но и выражения лица и движения тела. У некоторых пациентов словно и вовсе меняется характер – на смену застенчивости приходит агрессия, а тревожный и покладистый человек вдруг может начать вести себя откровенно развязно. Когда они пишут о своих самых потаенных страхах, их почерк становился более детским и примитивным.

Когда к пациентам, поведение которых столь резко меняется, относятся так, словно они притворяются, либо если их просят перестать вести себя столь непредсказуемо, они склонны замыкаться. Чаще всего они продолжают искать помощь, однако делают это уже не словами, а действиями: пытаются покончить с собой, впадают в депрессию или устраивают истерики. Как мы увидим в семнадцатой главе, чтобы такой человек мог пойти на поправку, и сам пациент, и его психотерапевт должны осознать, как эти различные состояния помогли ему пережить случившееся.

Искусство, музыка и танцы

Существуют тысячи специалистов по художественной, музыкальной и танцевальной терапии, которые проводят прекрасную работу с пережившими насилие детьми, страдающими от ПТСР солдатами, жертвами инцеста, беженцами и жертвами пыток, и множество свидетельств подтверждают эффективность различных видов экспрессивной психотерапии (18). Тем не менее на данный момент нам крайне мало известно о том, как именно они помогают, а также на какие аспекты посттравматического стресса оказывают воздействие, а на проведение исследовательской работы, необходимой для научного подтверждения их значения, потребовались бы огромные человеческие и финансовые ресурсы.

То, что искусство, музыка и танцы способны преодолеть сопровождающее ужас безмолвие, возможно, является одной из причин их применения в лечении психологической травмы в различных культурах по всему миру. Одно из немногих систематических исследований по сравнению невербального художественного творчества с письмом было проведено Джеймсом Пеннебейкером вместе с Анной Кранц – специалистом по танцевальной и двигательной терапии из Сан-Франциско (19). Треть группы, состоящей из шестидесяти четырех студентов, попросили выразить воспоминания о каких-то неприятных событиях в их жизни посредством движений в течение не менее десяти минут на протяжении трех дней подряд, а затем написать о них в течение еще десяти минут. Вторая группа танцевала, однако ничего не писала про пережитую травму, в то время как третья группа выполняла обычную программу упражнений. На протяжении последующих трех месяцев участники из всех трех групп сообщали, что чувствуют себя более здоровыми и счастливыми. Тем не менее только у первой группы эти изменения удалось обнаружить в явном виде: у них улучшились показатели физического здоровья, а также успеваемость (в рамках исследования не рассматривались конкретные симптомы ПТСР). Пеннебейкер и Кранц заключили: «Просто выразить травму недостаточно. Судя по всему, для исцеления необходимо передать пережитое словами».

Тем не менее мы до сих пор не знаем, всегда ли это заключение – что для исцеления необходимы слова – действительно верно. Результаты аналогичных исследований, в которых упор делался на симптомы ПТСР (а не на общие показатели здоровья), были разочаровывающими. Когда я поговорил об этом с Пеннебейкером, он заметил, что большинство таких исследований пациентов с ПТСР проводилось в группах, где пациенты должны были делиться своими историями друг с другом. Он повторил то, что о чем я говорил выше – весь смысл такого упражнения в том, что писать нужно самому себе, позволить себе самому осознать то, чего ты всячески пытался избежать.

Ограниченность языка

Травма овладевает как слушателями, так и рассказчиками. В своей книге «Великая война и современная память», посвященной Первой мировой войне, Пол Фассел блестяще высказался о создаваемой травмой зоне тишины:

Одно из проклятий войны... это невозможность описать события существующим языком... Нет никакой рациональной причины, по которой английский язык не мог бы полностью описать реалии... военных действий: он богат такими словами, как кровь, ужас, агония, безумие, жестокость, убийство, измена, боль и обман, а также фразами, вроде оторванные ноги, вываливающиеся из рук кишки, крики всю ночь напролет, истечь кровью через задний проход, и тому подобными...

Проблема не столько в самом «языке», сколько в претенциозности и оптимизме... Реальная причина [того, что солдаты ни о чем не рассказывают] в том, что никто, как оказалось, не заинтересован слушать страшные вещи, о которых могут рассказать солдаты.

Какой слушатель захочет быть потрясенным и взбудораженным, если этого можно избежать? Невыразимое стало для нас неопишмым, хотя на самом деле оно просто скверно (20).

Разговоры о болезненных событиях вовсе не обязательно сплывают – зачастую наоборот. Семьи и организации порой отвергают людей, которые выставляют грязное белье на всеобщее обозрение; друзьям и родным надоедают те, кто застрял в своем горе или боли. Это одна из причин, по которым пережившие травму люди зачастую замыкаются в себе, а их истории превращаются в заученные рассказы, отредактированные таким образом, чтобы точно не вызвать отторжения.

Невероятно сложно найти подходящее место, чтоб выразить связанную с перенесенной травмой боль – вот почему такую важную роль играют различные группы поддержки, такие как «Анонимные алкоголики», «Взрослые дети алкоголиков», «Анонимные наркоманы» и другие подобные организации.

Наличие отзывчивого сообщества, которому можно рассказать свою историю, делает исцеление возможным.

Именно поэтому пережившим травму людям нужен также и профессиональный психотерапевт, обученный слушать ужасные подробности их жизни. Я помню, как впервые ветеран рассказал мне про убитого им во Вьетнаме ребенка. У меня тут же в голове вспыхнуло яркое воспоминание из детства: мне было где-то семь лет, и мой отец сказал мне, что соседнего ребенка до смерти избили нацистские солдаты, так как он не проявил к ним должного уважения. Моя реакция на признание ветерана была слишком невыносимой, и мне пришлось прервать сеанс. Вот почему психотерапевтам самим нужно пройти интенсивную психотерапию, чтобы они могли заботиться о себе и оставаться эмоционально открытыми для своих пациентов, даже если рассказываемые этими пациентами истории вызывают гнев или отвращение.

Другая проблема возникает, когда перенесшие травму люди сами буквально теряют дар речи – когда в их мозге отключаются речевые центры (21). Мне доводилось не раз наблюдать подобное в судах, где рассматривались дела иммигрантов, а также на судебном процессе против обвиняемого в массовой резне в Руанде. Когда их просят дать свидетельские показания, от нахлынувших эмоций жертвы порой не могут выдать из себя ни слова либо впадают в такую панику, что попросту не могут внятно объяснить, что с ними случилось. Суд зачастую не принимает их показания в рассмотрение, так как они слишком беспорядочные, бессвязные и обрывочные.

Другие пытаются рассказывать свою историю так, чтобы избежать подобных реакций. Из-за этого они могут показаться со стороны уклончивыми и не заслуживающими доверия свидетелями. На моих глазах десяткам людей было отказано в политическом убежище, так как они не могли четко объяснить, почему его просят. Я также знаю множество ветеранов, которые получали отказ от Управления по делам ветеранов, так как не могли толком рассказать, что именно с ними случилось.

Замешательство и мутизм[54] – обычное дело в кабинетах психотерапевтов: мы прекрасно понимаем, что наши пациенты не выдержат, если мы продолжим вытягивать из них подробности случившегося с ними. По этой причине мы научились «раскачиваться», обращаясь к травме, как это назвал мой друг Питер Левин. Мы не избегаем связанных с ней подробностей, а учим наших пациентов постепенно погружаться в воспоминания о случившемся каждый раз все глубже и глубже.

Первым делом мы определяем внутренние «островки безопасности» в теле пациента (22). То есть мы помогаем пациенту понять, какие части его тела, позы или движения могут помочь ему «заземлиться», если он почувствует, что застрял, напуган или выходит из себя. Эти части, как правило, находятся вне пределов досягаемости блуждающего нерва, передающего сигналы о панике в грудь, живот и горло, и они могут стать верными союзниками для человека, пытающегося интегрировать травматические воспоминания. Я могу спросить у своего пациента про его ощущения в руках, и если он скажет, что все нормально, то попрошу ими подвигать, ощутить их легкость, тепло и гибкость. Позже, если я замечу, что у него напряглась грудь, а дыхание стало практически незаметным, я могу остановить его, снова сосредоточиться на руках, подвигать ими, чтобы он ощутил себя отдельно от травмы. Либо же я могу попросить его сосредоточиться на своем дыхании, почувствовать, как он может его менять, или же попросить с каждым вздохом поднимать и опускать руки – упражнение из цигун.

Некоторым пациентам заземлиться помогает воздействие на акупунктурные точки (23). Других я прошу почувствовать, как давит их тело на стул либо ступни на пол. Пациенту, который внезапно замолк, я могу предложить сесть прямо. Некоторые пациенты обнаруживают свои собственные островки безопасности – они учатся возвращать чувство контроля с помощью определенных телесных ощущений. Это подготавливает почву для разрешения травмы: раскачивания между познанием и безопасностью, между языком и телом, между воспоминаниями о прошлом и восприятием себя живым в настоящем.

Разобраться с реальностью

Разобравшись с травматическими воспоминаниями, однако, пациент только начинает свое выздоровление. Многочисленные исследования показали, что люди с ПТСР испытывают больше проблем с сосредоточенным вниманием и усвоением новой информации (24). Александр Макфарлейн провел простой эксперимент: он попросил группу людей назвать за одну минуту как можно больше слов, начинающихся с буквы «Б».

Обычные люди называли в среднем пятнадцать слов, в то время как пациентам с ПТСР удавалось назвать в среднем три или четыре. «Здоровые» участники колебались, когда видели такие неприятные слова, как «кровь», «рана» или «изнасилование» – пациенты же с ПТСР точно так же нерешительно реагировали и на самые обычные слова, такие как «шерсть», «мороженое» или «велосипед» (25).

Спустя какое-то время большинство людей с ПТСР перестают подолгу копаться в прошлом. Им хватает проблем в настоящем, ведь каждый прожитый день дается с большим трудом. Даже травмированные пациенты, которые вносят реальный вклад в образование, бизнес, медицину или искусство и которые успешно воспитывают своих детей, тратят гораздо больше энергии на повседневные задачи, чем обычные смертные.

Еще один подвох языка заключается в нашей иллюзии, будто можно запросто скорректировать мышление, если оно недостаточно «рационально». «Когнитивная» составляющая когнитивно-поведенческой терапии сосредоточена на изменении подобного «неисправного мышления». Это подход к изменению сверху-вниз, в рамках которого психотерапевт ставит под сомнение или «переосмысляет» негативные установки, например: «Давайте сравним ваше чувство вины в собственном изнасиловании с реальными обстоятельствами произошедшего» или «Давайте сопоставим ваш страх садиться за руль с текущей статистикой дорожной безопасности».

Я вспоминаю смятенную женщину, которая как-то пришла к нам в клинику, попросив помочь с ее двухмесячным младенцем, потому что он был «слишком эгоистичным». Помогла бы ей лекция по детскому развитию или объяснение понятия альтруизм? От подобной информации вряд ли была бы польза, пока у нее не было связи с напуганной, брошенной частью своего «Я» – частью, которая выражалась в виде ее страха зависимости.

Нет никакого сомнения в том, что у травмированных людей возникают иррациональные мысли: «Я сама виновата, что была такой сексуальной». «Другие парни не боялись – они настоящие мужчины». «Мне не стоило идти по этой улице». Лучше всего относиться к этим мыслям, как к когнитивным воспоминаниям – не стоит с ними спорить, как вы не стали бы спорить с человеком, которого преследуют яркие болезненные воспоминания о пережитой аварии. Они являются остаточными следами травмирующего события: они думали об этом в момент получения травмы или вскоре после этого, и эти мысли были снова активированы под воздействием стресса. Лучше всего лечить их с помощью ДПДГ, которой посвящена следующая глава.

Стать кем-то

Люди теряют контроль над своим телом, когда рассказывают свои истории, и страдают от неприятных когнитивных воспоминаний по той причине, что их мозг претерпел изменения. Как заметили Фрейд и Брейер, психологическая травма не просто высвобождает определенные симптомы. Скорее, «психическая травма – или, точнее, воспоминание о травме – действует, словно инородное тело, которое следует считать активным еще долгое время после его попадания в организм» (26). Как это бывает с занозой, вызывающей инфекцию, большей проблемой становится реакция организма на инородное тело, чем само это тело.

Современная нейробиология решительно поддерживает идею Фрейда о том, что многие наши сознательные мысли представляют собой сложные рационализации исходящего из подсознания потока инстинктов, рефлексов, мотивов и потаенных воспоминаний. Как мы уже видели, психологическая травма мешает нормальной работе участков мозга, отвечающих за управление восприятием и его обработку. Здоровое самовосприятие – когда человек может уверенно сказать: «Вот что я думаю и чувствую» и «Вот что со мной происходит» – требует гармоничного и динамичного взаимодействия между этими участками.

Практически каждое исследование перенесших психологическую травму пациентов с применением методов визуализации мозга демонстрирует аномальную активность островка. Эта часть мозга объединяет и интерпретирует сигналы, поступающие от внутренних органов – включая наши мышцы, суставы и вестибулярный аппарат, – создавая у нас ощущение нахождения в собственном теле. Островок способен передавать сигналы миндалевидному телу, провоцирующему реакцию «бей или беги». Для этого не требуется никакого когнитивного вклада или осознанного понимания того, что что-то пошло наперекосяк, – человек просто чувствует себя заведенным и не может сосредоточиться либо же, в худшем случае, ощущает надвигающуюся беду. Эти сильные ощущения генерируются глубоко в мозге, и с ними невозможно справиться рациональным мышлением.

Когда мы постоянно отмахиваемся от преследующего нас первоисточника наших телесных ощущений, возникает алекситимия: неспособность человека чувствовать и описывать происходящее с ним. Лишь установив связь со своим телом, с самим собой, можно снова понять себя, свои приоритеты и ценности.

Алекситимия, диссоциация и эмоциональный ступор все связаны со структурами мозга, которые позволяют нам концентрироваться, понимать свои ощущения, а также активно себя защищать. Когда эти важнейшие структуры подвержены неотвратимому шоку, результатом могут стать замешательство и перевозбуждение либо же эмоциональная отчужденность, зачастую сопровождаемая внетелесными переживаниями – ощущением, будто наблюдаешь за собой издалека.

Говоря другими словами, из-за травмы человек воспринимает себя либо кем-то другим, словно он в чужом теле, либо вообще никем, лишенным тела. Чтобы преодолеть травму, необходимо вернуть связь со своим собственным телом, со своим «Я».

Язык, вне всякого сомнения, необходим: наше самосознание основано на способности последовательно структурировать наши воспоминания в единое целое (27). Для этого, в свою очередь, требуются исправные связи между сознательным мозгом и системами самовосприятия организма – связями, которые зачастую повреждаются при травме. Вся история может быть рассказана только после восстановления этих структур и заложения основы, после того, как человек вновь становится кем-то.

Глава 15. Отпуская прошлое

Что было это – сон иль наважденье?

Проснулся я – иль грежу наяву?

Джон Китс, «Ода соловью»[55]

Дэвид, рабочий средних лет, обратился ко мне из-за своих приступов ярости, превративших его дом в сущий ад. На первом сеансе он рассказал мне историю про то, что случилось с ним летом, когда ему было двадцать три года. Он работал спасателем у бассейна, и однажды вечером группа подростков хулиганила в бассейне, распивая пиво. Дэвид сказал им, что спиртное запрещено. В ответ парни на него напали, и один из них выколол ему глаз разбитой пивной бутылкой. Тридцать лет спустя его по-прежнему преследовали ночные кошмары и яркие болезненные воспоминания об этом нападении.

Он безжалостно критиковал своего собственного сына-подростка и частенько кричал на него по поводу малейшего проступка, и он просто не мог выдать из себя малейшие проявления любви по отношению к своей жене. Глубоко в душе ему казалось, что трагичная потеря глаза давала ему право плохо обращаться с окружающими, однако ему одновременно и не нравилось то, каким он стал озлобленным, мстительным человеком. Он заметил, что его попытки сдерживать свой гнев вызывали у него хроническое напряжение, и он переживал, что боязнь потерять контроль делала любовь и дружбу невозможными.

Когда он пришел ко мне во второй раз, я опробовал процедуру под названием «Десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ)». Я попросил Дэвида вернуться к деталям совершенного нападения и вызвать в памяти связанные с ним зрительные образы, звуки, которые он слышал в тот момент, а также мысли, которые носились в его голове. «Просто позвольте себе мысленно туда вернуться», – сказал я ему.

Затем я попросил его следить за моим указательным пальцем, пока я медленно двигал им туда-сюда примерно в тридцати сантиметрах от его правого глаза. В считанные секунды поток гнева и ужаса хлынул на поверхность, сопровождаемый отчетливыми ощущениями боли, стекающей по щеке крови, а также осознанием того, что он ничего не видит.

Пока он рассказывал об этих ощущениях, я время от времени издавал подбадривающий звук, продолжая водить пальцем из стороны в сторону. Каждые несколько минут я делал паузу и просил его сделать глубокий вдох. Затем я попросил его обратить внимание на то, что происходит у него в голове – в ней крутились воспоминания о школьной драке. Я сказал ему зафиксировать это воспоминание и сосредоточиться на нем. Начали

появляться, словно в случайном порядке, и другие воспоминания: о том, как он повсюду искал своих обидчиков, желая с ними разобраться, устраивал драки в барах. Каждый раз, когда он сообщал о каком-то новом воспоминании или ощущении, я призывал его обратить внимание на то, что приходит ему в голову, снова начиная двигать пальцем.

По окончании того сеанса он выглядел более спокойным – казалось, ему полегчало. Он сообщил, что воспоминание о нападении утратило свою остроту – теперь оно превратилось в случившуюся многие годы назад неприятность. «Это было реально отстойно, – задумчиво сказал он, – и я был годами после этого не в себе – удивительно, что мне удалось в итоге урвать себе такую неплохую жизнь».

На нашем третьем сеансе, состоявшемся на следующей неделе, мы разбирались с последствиями перенесенной им травмы: с годами злоупотребления спиртным и наркотиками, которыми он пытался заглушить свою ярость.

Мы повторили процедуру, и всплыли очередные новые воспоминания. Дэвид вспомнил разговор со знакомым тюремным надзирателем об убийстве его обидчика, который к тому времени попал в тюрьму, а также про то, как он в итоге передумал.

Воспоминание об этом решении стало для него настоящим освобождением: до этого он видел в себе потерявшего контроль над собой монстра, однако осознание того, что он отказался от мести, вернуло ему связь с благой, внимательной гранью своего «Я».

Затем он внезапно осознал, что обращался со своим сыном в соответствии с теми чувствами, что испытывал к напавшим на него подросткам. По окончании сеанса он попросил меня встретиться с ним и его семьей, чтобы он мог рассказать своему сыну о случившемся и попросить у него прощения. На нашем пятом и последнем сеансе он сообщил, что стал лучше высыпаться и впервые в жизни ощутил внутреннее умиротворение. Год спустя он позвонил мне, чтобы рассказать, что они с женой стали ближе и начали вместе заниматься йогой, а также он стал чаще смеяться и начал получать настоящее удовольствие от садоводства и работ по дереву.

Знакомство с ДПДГ

Опыт с Дэвидом – один из многих случаев за последние двадцать лет, когда ДПДГ помогла пациенту оставить в прошлом болезненные воспоминания о пережитой травме. С ДПДГ меня познакомила Мэгги – бойкий молодой психолог, заведовавшая общежитием для девочек, переживших сексуальное насилие.

Мэгги вступала в один конфликт за другим, ссорясь почти со всеми подряд – за исключением девочек тринадцати и четырнадцати лет, о которых заботилась. Она принимала наркотики, состояла в отношениях с опасными и

агрессивными парнями, регулярно ссорилась со своим начальством и переезжала с одного места на другое, так как не переносила своих соседей (равно как и они ее).

Я никогда не понимал, как ей удалось с таким характером получить докторскую степень в одном авторитетном университете.

Мэгги направили в терапевтическую группу, организованную мной для женщин с похожими проблемами. На втором сеансе она сообщила, что отец дважды ее изнасиловал – в пять, а затем в семь лет. Она была убеждена, что сама была в этом виновата. Она объясняла, что любила своего папу, и, должно быть, он просто не смог устоять перед ее оболваниванием. Слушая ее, я думал: «Она, может, и не винит своего отца, однако явно винит всех вокруг» – включая своего предыдущего терапевта, которого она обвиняла в том, что он не смог ей помочь. Подобно многим перенесшим травму людям, она рассказывала одну историю словами, а другую – действиями, которыми она постоянно повторяла различные аспекты полученной травмы.

На одном из собраний Мэгги рассказала про то, как на выходных прошла профессиональное обучение ДПДГ. Она была просто в восторге от этой методики. Тогда я только слышал, что ДПДГ стала новым популярным методом терапии, и в ходе сеансов психотерапевты водили пальцем перед глазами пациентов. Мне и моим коллегам-ученым казалось, что это очередное помешательство, которых в области психиатрии было предостаточно, и я был убежден, что эта история обернется очередным злоключением Мэгги.

Мэгги рассказала нам, что в ходе сеанса ДПДГ она отчетливо вспомнила, как ее в семь лет изнасиловал отец – причем вспомнила это глазами и телом той маленькой девочки. Она физически ощущала, какой она была маленькой; она ощущала огромное тело своего отца сверху себя, чувствовала запах спиртного у него изо рта. После того как она заново пережила случившееся, она смогла оценить его с точки зрения себя, двадцатидевятилетней. Она разразилась слезами: «Я была такой маленькой девочкой. Как здоровый мужик мог сделать такое с маленькой девочкой?» Поплакав какое-то время, она сказала: «Теперь все кончено. Я знаю, что случилось. Это не была моя вина. Я была маленькой девочкой и никак не могла предотвратить его домогательства».

Я был потрясен. Я долгое время искал способ помочь людям обращаться к своему неприятному прошлому, не получая при этом повторной травмы. Казалось, переживания Мэгги во время сеанса были максимально реалистичными, и тем не менее они ею не овладели. Может быть, ДПДГ является безопасным способом доступа к отпечаткам, оставленным травмой? Может, она помогает превратить их в воспоминания о событиях, случившихся в далеком прошлом?

Мэгги прошла еще несколько сеансов ДПДГ и продолжала ходить на собрания группы достаточно долго, чтобы мы могли заметить, как она поменялась. Она стала гораздо менее агрессивной, однако сохранила язвительное чувство юмора, которое мне так нравилось. Несколько месяцев спустя она стала встречаться с мужчиной совершенно другого типа – из тех, что раньше

никогда ее не привлекали. Она покинула группу, объявив, что разрешила свою травму, и я решил, что пришло время и мне пройти обучение ДПДГ.

ДПДГ: первый опыт

Подобно многим достижениям науки, ДПДГ стала следствием случайного наблюдения. В один прекрасный день в 1987 году психолог Френсин Шапиро прогуливалась по парку, поглощенная какими-то неприятными воспоминаниями.

Вдруг она заметила, что быстрые движения глаз принесли ей внезапное облегчение. Как из этого мимолетного наблюдения мог родиться серьезный метод лечения? Неужели столь простой и эффективный метод мог остаться незамеченным?

Изначально она отнеслась к своему наблюдению скептически, однако стала с ним экспериментировать и изучать его, что за следующие несколько лет постепенно привело к созданию стандартной процедуры, которой можно было обучать и эффективность которой можно было проверять с помощью контролируемых исследований (1).

Когда я пришел обучаться ДПДГ, то сам нуждался в переработке травматических переживаний. Несколькими неделями ранее священник-иезуит, заведовавший моим отделением в Массачусетской больнице общего профиля, внезапно прикрыл клинику психологической травмы, из-за чего нам пришлось подыскивать новое место и финансирование для лечения наших пациентов, обучения студентов и проведения исследований. Примерно в тот же время моего друга Фрэнка Патмэна, проводившего долгосрочное исследование переживших сексуальное насилие девочек, про которое я рассказывал в десятой главе, уволили из Национальных институтов здравоохранения, а Рик Ключфт – ведущий специалист по диссоциации в стране – потерял свое отделение в больнице Пенсильванского института. Может, это и было все совпадением, однако мне казалось, что весь мой мир разваливается на глазах. Мои переживания по поводу закрытия клиники казались хорошей возможностью проверить ДПДГ на практике.

Когда я следил за пальцем своего партнера по занятию перед глазами, у меня в голове одна за другой стремительно сменялись расплывчатые сцены из прошлого: напряженный разговор за семейным обедом, стычки с другими школьниками на переменах, как мы кидались со старшим братом камнями в окно ангара – эти воспоминания были похожи на яркие плывущие «типнагогические» образы [56], которые мы видим, лежа в полудреме поздним воскресным утром, а потом забываем, как только полностью просыпаемся.

Примерно полчаса спустя я мысленно вернулся к сцене, когда мой начальник сообщил мне о закрытии клиники. Теперь я смирился: «Ладно, это случилось, и теперь пора двигаться дальше». Я больше не оглядывался назад; клинику в итоге позже удалось восстановить, и с тех пор она процветала. Была ли

ДПДГ единственной причиной того, что я смог отпустить свою злость и недовольство? Разумеется, я никогда не узнаю этого наверняка, однако мой мысленный путь – от никак не связанных с этим сцен из детства к принятию случившегося – был чем-то совершенно уникальным, чего я никогда не испытывал в обычной психотерапии.

То, что случилось дальше, когда настал мой черед провести сеанс ДПДГ в ходе подготовки, было еще более интригующим. Я попал в другую учебную группу, и мой новый напарник, с которым я никогда не встречался раньше, сказал мне, что хочет разобраться с неприятными событиями из детства, связанными с его отцом, о которых, однако, он не хотел разговаривать. Прежде мне никогда не доводилось заниматься чьей-либо психологической травмой, не зная «предыстории», и я был раздражен и смущен его отказом делиться подробностями. Когда я двигал пальцем у него перед глазами, он выглядел крайне взволнованным – он начал всхлипывать, его дыхание стало частым и поверхностным. Но каждый раз, когда я задавал ему вопросы в соответствии с протоколом, он отказывался рассказывать, что приходило ему в голову.

По окончании нашего сорокапятиминутного сеанса мой коллега первым делом сказал, что ему было крайне неприятно иметь со мной дело и что он никогда не стал бы направлять ко мне своего пациента. Это, впрочем, по его словам, не помешало ему в ходе сеанса разобраться с проблемой, связанной с насилием со стороны его отца. Хотя я отнесся к его словам скептически и подозревал, что его грубость по отношению ко мне стала следствием неразрешенных чувств по отношению к его отцу, он, вне всякого сомнения, выглядел гораздо более расслабленным.

Я обратился к своему наставнику по ДПДГ, Джеральду Паку, и сообщил ему про свое замешательство. Этот человек явно меня невзлюбил, однако теперь он говорил мне, что справился со своей давней проблемой. Откуда мне было знать, действительно ли он со всем разобрался, если он не хотел рассказывать мне, что произошло с ним во время сеанса?

Джерри улыбнулся и поинтересовался, не занялся ли я, случайно, психологией, чтобы разобраться с какими-то своими собственными проблемами. Я подтвердил, что именно так думали большинство людей, которых я знал. Затем он спросил, интересно ли мне слушать, когда люди рассказывают про неприятные истории из своего прошлого. Опять-таки, я был вынужден дать утвердительный ответ. Тогда он сказал: «Знаешь, Бессел, может, тебе стоит научиться придерживать свой вуайеризм[57]. Если для тебя так важно слушать чужие истории про перенесенную травму, почему бы тебе не пойти в бар, положить пару баксов на стойку и не предложить своему соседу угостить его выпивкой, чтобы он поделился с тобой какими-нибудь неприятными воспоминаниями? Тебе нужно научиться различать свое желание услышать чужую историю и внутренний процесс исцеления твоего пациента». Я прислушался к замечанию Джеральда, и с тех самых пор с удовольствием повторяю его своим собственным студентам.

После окончания обучения я сделал три важных вывода, которые восхищают меня и по сей день:

! ДПДГ что-то раскрепощает в разуме/мозге, что дает людям быстрый доступ к отдаленно связанным воспоминаниям и зрительным образам из прошлого.

Судя по всему, это помогает им интегрировать травматические переживания в автобиографическую память.

! Люди могут исцелиться от травмы, не разговаривая о ней. ДПДГ позволяет им по-новому взглянуть на собственные переживания, без вербального взаимодействия с другим человеком.

! ДПДГ может помочь, даже если между пациентом и психотерапевтом не сложились доверительные отношения. Это вызывает особое любопытство, так как пережившие психологическую травму люди по вполне понятным причинам редко когда готовы распахнуть свою душу и довериться кому-либо.

В последующие годы я проводил сеансы ДПДГ с людьми, говорящими на суахили, мандаринском наречии китайского (или северокитайском языке. – Прим. пер.) и бретонском – на всех этих языках я только и знаю, как сказать: «Сосредоточьтесь на этом», что является главным указанием в ДПДГ (я всегда работаю вместе с переводчиком, однако он прежде всего нужен, чтобы объяснить порядок проведения процедуры). Так как ДПДГ не требует от пациента рассказывать о невыносимом или объяснять психотерапевту, почему ему так плохо, это позволяет ему полностью сосредоточиться на своих внутренних переживаниях, что порой приводит к невероятным результатам.

Изучение ДПДГ

Клиника травмы была спасена руководителем из Департамента психического здоровья Массачусетса, который отслеживал нашу работу с детьми и теперь попросил нас организовать группу по лечению психологической травмы для жителей Бостона. Этого было достаточно, чтобы оплатить основные расходы, а все остальное дал энергичный персонал, которому нравилось наше дело – включая недавно открытую способность ДПДГ исцелять некоторых пациентов, которым прежде мы были неспособны помочь.

Мы с коллегами начали обмениваться между собой видеозаписями сеансов ДПДГ с пациентами, страдающими ПТСР, что позволяло нам наблюдать за невероятными улучшениями с каждой неделей. Затем мы начали оценивать их успехи с помощью стандартной оценочной шкалы ПТСР (см. приложение). Кроме того, мы договорились с Элизабет Мэтью, молодым специалистом по нейровизуализации из больницы New England Deaconess Hospital, о выполнении томограмм мозга двенадцати пациентам до и после лечения. Спустя всего три сеанса ДПДГ у восьми из двенадцати пациентов наблюдалось значительное уменьшение баллов по шкале ПТСР. На их снимках после лечения наблюдалось резкое увеличение активности префронтальной доли, а также дополнительная активность в передней поясной коре и базальных ядрах. Эти изменения могли отражать их новое восприятие собственной травмы.

Один мужчина сообщил: «Я помню это так, словно это было настоящее воспоминание, однако оно было более отдаленным. Как правило, я погружался в него, однако в этот раз плыл по поверхности. Я чувствовал, что все контролирую».

Другая женщина сказала нам: «Прежде я чувствовала каждый шаг по отдельности. Теперь же все обрывки слились в единое целое, и с этим стало проще справляться». Психологическая травма перестала для них быть частью настоящего, превратившись в воспоминания о случившемся многие годы назад.

Впоследствии нам удалось получить грант Национального института психического здоровья на проведение исследования по сравнению эффективности ДПДГ, стандартных дозировок Прозака и плацебо (2). Из восьмидесяти восьми участников тридцать проходили ДПДГ, двадцать восемь получали Прозак, а остальные – таблетки-«пустышки». Как это часто бывает, контрольная группа показала неплохие результаты. Спустя два месяца лечения их показатели улучшились на 42 процента – больше, чем с помощью многих методов лечения, которые продвигаются, как «научно обоснованные».

Группа, получавшая Прозак, показала лучший результат, чем контрольная (группа, получающая плацебо – таблетку-«пустышку». – Прим. ред.), но лишь ненамного. Это типичная картина для многих исследований лекарств в лечении ПТСР: одного лишь участия в исследовании оказывается достаточно, чтобы привести к улучшению на 30–42 процента; когда же лекарства помогают, они добавляют дополнительные 5–15 процентов к результату. Вместе с тем пациенты, проходившие ДПДГ-терапию, показали значительно лучшие результаты, чем те, кто получали Прозак или «пустышки»: после восьми сеансов ДПДГ каждый четвертый полностью исцелился (количество баллов по шкале ПТСР упало до малозначительного значения), в то время как в группе, получавшей Прозак, этого удалось добиться лишь каждому десятому. Вместе с тем настоящие различия наблюдались лишь по прошествии времени.

Спустя восемь месяцев после завершения исследования мы опросили участников. У тех, кто принимал Прозак, все вернулось к прежнему уровню, стоило им отказаться от лекарства. С другой стороны, шестьдесят процентов тех, кто проходил ДПДГ-терапию, были признаны полностью исцелившимися.

Как сказал великий психиатр Милтон Эриксон, достаточно подтолкнуть бревно, и дальше оно поплывет по течению. Начав процесс интеграции своих травматических воспоминаний, люди продолжали и дальше идти на поправку.

Это исследование имело большое значение, так как оно показало, что специальные методы психотерапии, такие как ДПДГ, могут быть гораздо эффективнее в лечении ПТСР, чем медикаменты. Другие исследования подтвердили, что прием Прозака или родственных ему препаратов, таких как Селекса, Паксил или Золофт, зачастую способствует улучшению симптомов ПТСР, однако данный эффект сохраняется только пока человек продолжает их принимать. Это делает медикаментозное лечение гораздо более дорогостоящим в долгосрочной перспективе (любопытно, что, хотя Прозак и считается сильным антидепрессантом, в рамках нашего исследования ДПДГ-терапия также оказалась более эффективнее в борьбе с депрессией, чем антидепрессанты).

Еще один важный результат нашего исследования: взрослые, получившие психологическую травму в детстве, реагировали на ДПДГ иначе, чем те, кто пережил ее уже во взрослой жизни. Спустя восемь недель практически половина второй группы была признана исцеленной, в то время как среди тех, кто стал жертвой насилия в детстве, столь значительные улучшения были замечены лишь у 9 процентов. Восемь месяцев спустя уровень исцеления составил 73 процента для второй и лишь 25 процентов для первой группы. Группа участников, переживших насилие в детстве, продемонстрировала незначительное улучшение при приеме Прозака.

Эти результаты подчеркивают то, о чем я говорил в девятой главе: хроническое насилие в детстве приводит к совершенном иным психическим и биологическим адаптациям, чем отдельные травмирующие события во взрослой жизни. ДПДГ – мощный инструмент для борьбы с навязчивыми травматическими воспоминаниями, однако этот метод уже не столь эффективно справляется с последствиями предательства, сопровождающего физическое или сексуальное насилие в детстве. Любой восьминедельной терапии редко когда бывает достаточно, чтобы разобраться с наследием давней травмы.

По состоянию на 2014 год результаты нашего исследования ДПДГ были наилучшими среди всех опубликованных исследований людей, у которых вследствие травмирующего события во взрослой жизни развилось ПТСР. Тем не менее, несмотря на эти результаты, а также на результаты десятков других исследований, многие из моих коллег продолжают относиться к ДПДГ скептически – возможно, им просто не верится, что все может быть так просто и эффективно. Я прекрасно могу понять их скептицизм – ДПДГ является крайне необычной процедурой. Любопытно, что в первом серьезном научном исследовании с ее применением для ветеранов боевых действий с ПТСР ждали настолько плохих результатов, что использовали эту терапию для контрольной группы, сравнивая ее эффективность с расслабляющей терапией с применением биологической обратной связи. К удивлению исследователей, двенадцать сеансов ДПДГ оказались более эффективным методом лечения (3). С тех пор ДПДГ-терапия попала в список одобренных Управлением по делам ветеранов методов лечения.

Является ли ДПДГ разновидностью экспозиционной терапии?

Некоторые психологи выдвинули предположение, что ДПДГ на самом деле способствует потере у людей восприимчивости к травматическим переживаниям, тем самым являясь очередной формой экспозиционной терапии. Если же быть точнее, то ДПДГ интегрирует травматические воспоминания. Как показало наше исследование, после ДПДГ-терапии люди воспринимают перенесенную травму, как связанное событие из прошлого – их перестают преследовать лишние какого-либо контекста ощущения и зрительные образы.

Воспоминания развиваются и меняются со временем. Сразу же после того, как воспоминание было отложено, оно подвергается длительному процессу интеграции и реинтерпретации – процессу, автоматически происходящему в разуме/мозге без какого-либо нашего сознательного участия. Когда этот процесс завершается, переживания интегрируются с другими событиями нашей жизни, переставая при этом жить собственной жизнью (4). Как мы уже

видели, при ПТСР этот процесс не завершается, и воспоминания застревают в необработанном, сыром виде.

К сожалению, психологов редко когда учат тому, как устроена система обработки воспоминаний в мозге. Это упущение привело к распространению ошибочных подходов в лечении. Фобии (такие как боязнь пауков[58]) основаны на конкретном иррациональном страхе.

А посттравматический стресс является следствием полной реорганизации центральной нервной системы вследствие испытанной реальной угрозы смерти либо после того, как человек стал свидетелем смерти кого-то другого. Из-за этого меняется самовосприятие (человек теперь видит себя беспомощным) и восприятие реальности (весь окружающий мир становится опасным местом).

Во время экспозиционной терапии пациенты становятся крайне взволнованными. Возвращаясь к травматическим переживаниям, они демонстрируют резкое увеличение пульса, кровяного давления и уровня гормонов стресса. Если же им удастся продолжить лечение, снова и снова повторно переживая свою травму, то постепенно они становятся менее восприимчивыми к ней и реже теряют контроль, когда вспоминают о случившемся. Как результат, они набирают меньше баллов по шкале ПТСР. Тем не менее, насколько нам известно, это не способствует интеграции воспоминаний о ней в общий контекст их жизни и редко когда восстанавливает у человека способность получать удовольствие от общения с окружающими и их прежние стремления и увлечения.

ДПДГ же, равно как и другие методы лечения, рассматриваемые в последующих главах – внутренние семейные системы, йога, нейробиологическая обратная связь, психомоторная терапия и театр, – делают упор не только на сдерживании активированных травмой неприятных воспоминаний, но также и на восстановлении чувства принадлежности, вовлеченности и целеустремленности посредством обретения контроля над своим разумом и телом.

Переработка травмы с помощью ДПДГ

Кэти была студенткой местного университета двадцати одного года. Когда я впервые с ней встретился, она выглядела ужасно напуганной. Она уже три года занималась с психотерапевтом, которому доверяла и который, как ей казалось, ее понимал, однако это не давало никаких результатов. После третьей попытки покончить с собой медицинская служба ее университета направила Кэти ко мне в надежде, что новая методика, о которой я им рассказывал, сможет ей помочь.

Подобно ряду других моих травмированных пациентов, Кэти могла полностью погружаться в свою учебу: когда она читала книгу или писала научную работу, она могла абстрагироваться от всего остального, что происходило в ее жизни. Это позволило ей добиться успехов в учебе, хотя она и не имела понятия, как полюбить саму себя, не говоря уже про полового партнера.

Кэти поведала мне, что ее отец на протяжении многих лет использовал ее для детской проституции – обычно в таких случаях я использую ДПДГ лишь в качестве вспомогательной терапии. Тем не менее она оказалась виртуозом ДПДГ и после восьми сеансов полностью исцелилась – за всю мою практику это было самое быстрое выздоровление пациента, пережившего в детстве тяжелое насилие. Эти сеансы были проведены пятнадцать лет назад, и я недавно встретился с ней, чтобы обсудить минусы и плюсы усыновления третьего ребенка. Она была просто прелесть: умная, веселая, с удовольствием проводила время с семьей и работала помощником профессора по детскому развитию.

Мне бы хотелось поделиться своими записями по четвертому сеансу ДПДГ у Кэти – не только чтобы показать, как обычно протекают такие сеансы, но и чтобы продемонстрировать, как именно проходит процесс интеграции травматических переживаний в человеческом мозге.

Ни одна томография, анализ крови или оценочная шкала этого не измерят, и даже видеозапись может дать лишь отдаленное представление о том, как ДПДГ высвобождает силу воображения нашего мозга.

Кэти сидела на своем стуле под углом в сорок пять градусов по направлению ко мне на расстоянии метра с небольшим от меня. Я попросил ее подумать о каком-нибудь особенно болезненном воспоминании, попросив попытаться представить, что она слышала, видела, думала и чувствовала в своем теле в этот момент. (В моих записях не сказано, сообщила ли она мне, что именно это было за воспоминание; видимо, не сообщила, раз я этого не записал.)

Я спросил, погрузилась ли она в воспоминание, и после ее утвердительного ответа спросил, насколько оно ей кажется реальным по шкале от одного до десяти. «Примерно девять», – сказала она. Затем я попросил ее следить глазами за моимдвигающимся пальцем. Время от времени, после примерно каждых двадцати пяти движений я говорил: «Сделай глубокий вдох», а затем: «Что ты видишь сейчас?» Кэти рассказывала, о чем она думала. Каждый раз, когда ее интонация, выражение лица, движения тела или дыхание указывали на то, что она думает о чем-то эмоционально для нее важном, я говорил: «Сосредоточься на этом», после чего начинал новую последовательность движений, в течение которой она не разговаривала. За исключением этих нескольких слов, я сохранял молчание на протяжении следующих сорока пяти минут.

Вот о каких ассоциациях рассказала Кэти после первой последовательности движений глаз: «Я осознаю, что у меня есть шрамы – там, где он связывал у меня за спиной руки. Еще один шрам там, где он поставил на мне клеймо, как на своей собственности, а вот тут [она показывает, где] следы от укусов». Она выглядела потрясенной, но при этом на удивление спокойной, вспоминая: «Я помню, как меня облили бензином – он снимал меня на «Полароид», – а затем окунул в воду. Меня изнасиловали отец с двумя друзьями; я была привязана к столу; помню, как они насиловали меня бутылками из-под пива».

У меня сжалось сердце, однако я ничего не говорил – лишь просил Кэти сосредоточиться на этих воспоминаниях. Спустя примерно тридцать движений

пальцем туда-сюда я остановился, увидев, что она улыбается. Когда я спросил у нее, о чем она думает, она ответила: «Я ходила на занятия по карате; это было здорово! Я им задала жару! Я видела, как они отступают. Я закричала: «Вы что, не видите, что мне больно? Я не ваша девушка!» Я сказал: «Продолжай думать об этом» – и начал очередную последовательность. Когда она закончилась, Кэти сказала: «Передо мной два моих образа – умная, милая девочка... И эта маленькая шлюшка. Все эти женщины, что не могли позаботиться о себе, обо мне, о своих мужчинах – в результате чего мне пришлось их обслуживать». Во время следующей последовательности она начала всхлипывать, и когда мы остановились, она сказала: «Я увидела, какой я была маленькой – они насильовали маленькую девочку. В этом не было моей вины». Я кивнул и сказал: «Все верно – продолжай». После следующего раунда Кэти сообщила:

«Я представляю себе свою жизнь – как большая я держит маленькую меня и говорит ей, что она теперь в безопасности».

Я одобрительно кивнул и продолжил. Черета зрительных образов продолжилась: «Я вижу, как бульдозер сравнивает с землей дом, в котором я выросла. Все позади!» Затем Кэти сменила тему: «Я думаю о том, как мне нравится Джеффри [парень из ее группы]. Думаю о том, что он, возможно, не захочет со мной встречаться. Думаю, что не справлюсь с этим. Раньше у меня не было парня, и я не знаю, как быть чьей-то девушкой». Я спросил, что, как ей кажется, ей нужно узнать, и начал следующую последовательность. «Теперь передо мной человек, который просто хочет быть со мной – это слишком просто. Я не знаю, как быть собой рядом с мужчинами. Я впадаю в ступор».

Отслеживая движения моего пальца глазами, Кэти начала всхлипывать. Когда я остановился, она сказала мне: «Я представила, как мы с Джеффри сидим в кофейне. Заходит мой отец. Он начинает орать во всю глотку и размахивать топором. Он говорит: «Я же сказал тебе, что ты принадлежишь мне». Он сажает меня на стол и насилует, а следом насилует Джеффри». Теперь она уже рыдала вовсю. «Как можно открыться кому-то, когда представляешь, как твой отец насилует вас обоих?» Мне хотелось утешить ее, однако я знал, что гораздо важнее продолжать поток ассоциаций. Я попросил ее сосредоточиться на ощущениях в своем теле: «Я чувствую это в руках, плечах и в груди справа. Я просто хочу, чтобы меня обняли». Мы продолжили сеанс, и после очередной остановки Кэти выглядела расслабленной. «Джеффри сказал, что все в порядке, что его прислали обо мне позаботиться. И что я ни в чем не виновата, и что он просто будет рядом со мной ради меня». Я снова спросил, что она почувствовала в своем теле. «Я почувствовала полное умиротворение. Меня немного потряхивало – как когда разрабатываешь новые мышцы. Облегчение. Джеффри обо всем этом уже знает. Я чувствую себя живой, словно все теперь позади. Но я боюсь, что у моего отца есть другая маленькая девочка и что он ее сильно обижает. Мне хочется ее спасти».

Мы продолжили, и травма снова вернулась, вместе с другими мыслями и образами: «Меня тошнит... куча неприятных запахов вторгается в нос – дешевый одеколон, спиртное, рвота». Несколько минут спустя Кэти уже заливалась слезами: «Я ощущаю рядом свою маму. Кажется, она хочет, чтобы я ее простила. У меня ощущение, что то же самое происходило и с ней – она

извиняется передо мной снова и снова. Она говорит, что с ней было так же – что ее насильничал мой дедушка. Она также говорит, что моя бабушка очень сожалеет, что ее нет рядом, чтобы меня защитить». Раз за разом я прошу ее сделать глубокий вдох и сосредоточиться на всплывающих образах.

По завершении очередной последовательности Кэти сказала: «Я чувствую, что все позади. Я чувствую, как меня обнимает бабушка – меня взрослую. Она извиняется, что вышла замуж за моего дедушку. Говорит, что они с мамой позаботятся, чтобы это прекратилось». После окончательной последовательности Кэти улыбалась: «Я представляю, как выталкиваю своего отца из кофейни, а Джеффри запирает за ним дверь. Он остается снаружи. Его видно через стекло – все над ним потешаются».

С помощью ДПДГ Кэти смогла интегрировать воспоминания о пережитой травме, а ее воображение помогло их похоронить, в результате чего она поставила точку и ощутила контроль. Она сделала это с минимальным моим участием, без какого-либо обсуждения деталей ее переживаний (у меня никогда не было причин сомневаться в их достоверности; ее переживания были реальными для нее, и моей задачей было помочь ей разобраться с ними в настоящем). Этот процесс высвободил что-то у нее в разуме/мозге, активировав новые образы, чувства и мысли – словно ее жизненная сила воспрянула, чтобы открыть новые возможности на будущее (5).

Как мы уже видели, травматические воспоминания сохраняются в виде расщепленных, необработанных образов, ощущений и чувств. Как по мне, так самой удивительной особенностью ДПДГ является то, что эта методика позволяет активировать последовательности произвольных и, казалось бы, несвязанных между собой ощущений, эмоций, образов и мыслей параллельно с настоящими воспоминаниями. Возможно, именно так мы интегрируем обычные, повседневные переживания – собирая старую информацию в новые блоки.

Связь со сном

Вскоре после того, как я узнал про ДПДГ, меня попросили рассказать про мою работу в лаборатории исследования сна при Массачусетском центре психического здоровья, которой заведовал Алан Хобсон. Хобсон (вместе со своим учителем Мишелем Жуве) был известен тем, что открыл участок в мозге, где генерировались сны, а один из его помощников, Роберт Стикголд, только начинал исследовать механизмы сновидений. Я показал группе видеозапись с пациенткой, страдавшей от тяжелого ПТСР на протяжении тринадцати лет вследствие ужасной автомобильной аварии, которая всего за два сеанса преобразилась из беспомощной паникующей жертвы в уверенную и решительную женщину. Боб (Роберт. – Прим. пер.) был в восторге.

Несколько недель спустя подруга семьи Стикголда впала в такую сильную депрессию после смерти ее кошки, что ее пришлось госпитализировать. Обследовавший ее психиатр заключил, что смерть кошки пробудила неразрешенные воспоминания о смерти матери этой женщины, когда ей было двенадцать, и он направил ее к Роджеру Соломону, известному специалисту по ДПДГ, который успешно ее вылечил. После этого она позвонила Стикголду

и сказала: «Боб, ты должен это изучить. Это очень странная штука – она что-то делает с мозгом, а не с разумом».

Вскоре после этого в журнале «Сновидения» появилась статья, в которой было выдвинуто предположение, что ДПДГ как-то связана с быстрым сном, или БДГ-сном (быстрое движение глаз) – фазой сна, во время которой человек видит сновидения (7). Исследования уже показали, что сон, в особенности сон со сновидениями, играет важную роль в регуляции настроения. Как отмечалось в этой статье, во время БДГ-сна глаза быстро двигаются из стороны в сторону, прямо как во время сеанса ДПДГ. Увеличение продолжительности БДГ-сна подавляет депрессию, в то время как с уменьшением количества БДГ-сна вероятность впасть в депрессию возрастает (8).

ПТСР славится своей связью с нарушением сна, а самолечение с помощью спиртного и наркотиков еще больше способствует сокращению БДГ-сна. Во время работы в больнице для ветеранов мы с коллегами обнаружили, что ветераны с ПТСР часто просыпаются после того, как у них начинается фаза быстрого сна (9) – возможно, из-за того, что к ним в сон прокрадываются обрывки травматических воспоминаний (10). Другие исследователи также заметили эту явление, однако посчитали, что оно никак не поможет понять природу ПТСР (11).

На данный момент известно, что и глубокий, и быстрый сон играют важную роль в изменении воспоминаний со временем. Спящий мозг трансформирует воспоминания, увеличивая отпечаток важной с эмоциональной точки зрения информации, помогая при этом избавляться от несущественной (12). В серии изящных исследований Стикголд вместе с коллегами показал, что спящий мозг способен даже извлечь смысл из информации, значимость которой мы в бодрствующем состоянии не осознаем, и интегрировать ее в большую систему памяти (13).

Во время сновидений раз за разом проигрываются, перекомпоновываются и заново интегрируются обрывки старых воспоминаний на протяжении месяцев и даже лет (14). Они постоянно обновляют наше подсознание, определяющее, на что будет обращать внимание бодрствующий мозг.

Самым же, пожалуй, важным для ДПДГ является то, что во время БДГ-сна активируются более отдаленные ассоциации, чем во время бодрствования или глубокого сна. Так, например, когда подопытных будили из глубокого сна и давали им тест на словесные ассоциации, они давали стандартные ответы: горячий/холодный, твердый/мягкий и т. д. После пробуждения из БДГ-сна они приводили менее традиционные ассоциации, такие как вор/неправильно (15). Кроме того, им было гораздо легче решать простые анаграммы после БДГ-сна. Это переключение на более отдаленные ассоциации может объяснить, почему сны зачастую бывают такими странными (16).

Таким образом, Стикголд и Хобсон вместе с коллегами открыли, что сны помогают установить новые связи между, казалось бы, несвязанными воспоминаниями (17). Поиск новых ассоциаций – главный аспект творческих способностей; как мы уже видели, он также играет важнейшую роль в лечении.

Неспособность перестраивать свои переживания является одной из поразительных особенностей ПТСР. Если Ноам из четвертой главы смог представить батут, который бы спас будущих жертв террористов, травмированные люди оказываются застрявшими в застывших ассоциациях: любой человек в турбанах попытается меня убить; любой мужчина, проявивший ко мне внимание, хочет меня изнасиловать.

Наконец, Стикголд предположил четкую связь между ДПДГ и переработкой воспоминаний во время сновидений: «Если двусторонняя стимуляция ДПДГ способна изменять состояния мозга подобно тому, как это происходит во время БДГ-сна, то теперь существуют убедительные доказательства того, что ДПДГ-терапия способна использовать обусловленные сном процессы, которые могут быть блокированы или терять эффективность у страдающих от ПТСР, позволяя тем самым осуществить эффективную переработку воспоминаний и разрешение травмы» (18). Возможно, главное указание при ДПДГ-терапии «Зафиксируйте этот образ у себя в голове и просто следите за движениями моего пальца» в точности повторяет происходящее в спящем мозге. Пока эта книга отправляется в печать, мы с Рут Ланиус занимаемся изучением реакций мозга во время вспоминания как травмирующего события, так и обычных переживаний, на судорожные движения глаз пациентов, размещенных в томографе, выполняющем фМРТ. Следите за новостями.

Ассоциация и интеграция

В отличие от традиционных форм экспозиционной терапии при ДПДГ-терапии очень мало внимания уделяется возвращению к пережитой травме. Сама психологическая травма определенно является точкой отсчета, однако упор делается на стимуляцию ассоциативного процесса. Как показало наше исследование Прозака и ДПДГ, медикаменты способны подавлять зрительные образы и ощущения, вызывающие ужас, однако они остаются запечатанными в разуме и теле. В отличие от участников, которым помог Прозак – чьи воспоминания были лишь подавлены, а не интегрированы в общую картину жизни, продолжая вызывать значительную тревогу, – те, кто прошел ДПДГ-терапию, больше не переживали отчетливые отпечатки травмы: она превратилась для них в историю об ужасном событии, случившемся многие годы назад. Как сказал один из моих пациентов, махнув рукой: «Все позади».

Хотя нам и не известны точные механизмы работы ДПДГ-терапии, то же самое можно сказать и про Прозак. Прозак воздействует на серотонин, однако до сих пор непонятно, увеличивает или уменьшает его уровни, в каких именно клетках мозга это происходит, а также почему у принимающих его людей снижается чувство страха. Точно так же мы не можем сказать наверняка, почему разговор с близким другом приносит такое огромное облегчение, и я удивлен тому, как мало людей изъявляют желание изучать этот вопрос (19).

Перед врачами лежит только одно обязательство: сделать все возможное, чтобы помочь своим пациентам. В связи с этим клиническая практика всегда

была рассадником экспериментов. Одни эксперименты заканчиваются неудачей, другие оказываются успешными, а некоторые, такие как ДПДГ, диалектическая поведенческая терапия и терапия внутренних семейных систем, в итоге кардинальным образом меняют врачебную практику. На подтверждение эффективности всех этих методов лечения уходят десятилетия, и этот процесс сильно замедляет тот факт, что поддержку, как правило, получают исследования уже зарекомендовавших себя методик. Меня успокаивает история пенициллина: с момента открытия его антибиотических свойств Александром Флемингом в 1928 году до окончательного выяснения механизмов его действия в 1965-м прошло почти сорок лет.

Глава 16. Как заново овладеть своим телом: йога

Начиная заново ощущать внутреннюю связь с потребностями нашего тела, мы обретаем новую способность сердечной любви к себе. Мы по-новому начинаем о себе заботиться, перенаправляя свое внимание на собственное здоровье, питание, энергию, планирование своего свободного времени. Эта повышенная забота о себе рождается самопроизвольно и естественно – не потому, что «так надо». Мы способны сразу же испытать удовольствие от заботы о себе.

Стивен Коп, «Yoga and the Quest for the True Self» (Йога и поиски своего истинного «Я»)

Когда я впервые увидел Энни, она сидела, ссутулившись, на стуле в моей приемной в потертых джинсах и фиолетовой футболке с Джимми Клиффом. У нее тряслись ноги, и она не сводила глаз с пола, даже когда я пригласил ее зайти в кабинет.

Я почти ничего про нее не знал, помимо того, что ей было сорок семь и она занималась с детьми с особыми потребностями. Ее тело явно давало понять, что ей страшно вступать в разговор – она боялась даже просто сообщить стандартную информацию про адрес проживания и медицинскую страховку.

Столь сильно напуганные люди не могут мыслить трезво и от любой просьбы лишь еще больше закрываются. Если продолжать настаивать, то они убегут и больше ты их никогда не увидишь.

Энни проковыляла в мой кабинет и осталась стоять, почти не дыша – она была похожа на перепуганную птицу. Я понимал, что мы ничего не сможем сделать, пока я не помогу ей успокоиться. Подойдя к ней на расстояние двух метров и следя за тем, чтобы у нее оставался беспрепятственный доступ к двери, я предложил ей дышать чуть глубже. Я дышал вместе с ней, попросив следовать моему примеру, слегка поднимая руки в стороны на вдохе и опуская их на выдохе – этому упражнению из цигун меня научил один из

моих китайских студентов. Она осторожно повторяла мои движения, по-прежнему не сводя глаз с пола. Так прошло почти полчаса. Время от времени я тихонько просил ее обратить внимание на то, как ее ноги касаются пола, как с каждым вздохом расширяется и сжимается грудная клетка. Постепенно ее дыхание замедлилось и стало более глубоким, черты лица размягчились, спина немного выпрямилась, а глаза поднялись где-то на уровень моей шеи. Я начал ощущать за этим всепоглощающим страхом человека. Наконец она стала выглядеть более расслабленной, и на ее лице показался намек на улыбку – она почувствовала мое присутствие рядом с ней в комнате. Я предложил на этом остановиться – я и так ее о многом уже попросил – и спросил, не хочет ли она прийти ко мне снова через неделю. Она кивнула и пробормотала: «А ты еще тот чудак».

Познакомившись с Энни поближе, на основе ее записок и рисунков я предположил, что в очень раннем детстве она пережила ужасное насилие со стороны как отца, так и матери. Вся история всплывала лишь постепенно, по мере того, как она училась вызывать в памяти случившееся с ней, не впадая при этом в неконтролируемую тревогу.

Я узнал, что Энни была невероятно умелой и заботливой в своей работе с детьми с особенностями развития (я опробовал несколько методик, о которых она мне рассказала, с детьми в нашей клинике, и они оказались крайне полезными). Она свободно разговаривала про детей, о которых заботилась, однако сразу же замолкала, стоило зайти разговору про ее взаимоотношения со взрослыми. Я знал, что она замужем, однако она редко упоминала своего мужа.

Она частенько справлялась с разногласиями и ссорами, отключая свой разум. Когда ей было невозможно, она резала себе лезвием руки и грудь. Она годами пробовала различные формы психотерапии и всевозможные лекарства, которые мало как смогли ей помочь совладать с отпечатками ее ужасного прошлого.

Несколько раз ее также помещали в психиатрические больницы, чтобы справиться с ее склонностями к самоповреждению – опять-таки, без особых явных успехов.

Во время наших первых терапевтических сеансов, когда Энни могла лишь давать намеки на свои чувства и мысли, после чего полностью закрывалась, мы делали упор на то, чтобы успокоить царящий внутри нее физиологический хаос. Мы использовали все методики, которым я обучился за годы своей работы, такие как дыхательные упражнения, когда человек сосредотачивает свое внимание на моменте выдоха, что способствует активации расслабляющей парасимпатической системы. Я также научил ее с помощью пальца воздействовать в определенной последовательности на акупунктурные точки в различных частях ее – это еще называют методикой эмоционального освобождения, и было показано, что она помогает пациентам оставаться в окне терпимости, а также нередко оказывает благосклонное влияние на симптомы ПТСР (1).

Наследие неотвратимого шока

Так как мы теперь знаем, какие нейронные контуры мозга задействованы в его тревожной системе, то мы можем более-менее точно предположить, что творилось в мозге у Энни в тот первый день в моей приемной: ее дымовой датчик – миндалевидное тело – начал ошибочно воспринимать определенные ситуации, как предвестники смертельной опасности, и посылал ее мозгу сигналы, провоцирующие реакцию «бей или беги» либо оцепенение. Все эти реакции у Энни происходили одновременно – она была явно возбуждена, но при этом переставала взаимодействовать.

Как мы уже видели, вышедшая из строя тревожная система может проявлять себя по-разному, и при неисправном дымовом датчике нельзя доверять собственному восприятию. Так, например, когда я начал нравиться Энни, она стала с нетерпением ждать наших встреч, однако приходила ко мне в кабинет в состоянии паники. Однажды у нее было яркое воспоминание о том, как она радовалась раннему возвращению отца с работы – позже в тот вечер, однако, он ее изнасиловал. Впервые она осознала, что ее разум автоматически ассоциировал радость от встречи с кем-то со страхом быть изнасилованной.

Дети особенно ловко умеют разделять свои различные восприятия, так что естественная любовь Энни к своему отцу и ее страх перед ним хранились в отдельных частях сознания. Взрослая Энни винила себя в своем растлении, так как полагала, что та любящая маленькая девочка, которой она когда-то была, сама спровоцировала своего отца на эти ужасные вещи. Ее рациональный разум говорил ей, что это полная бессмыслица, однако это убеждение исходило из глубины ее эмоционального мозга – основных связей в ее лимбической системе. Чтобы его изменить, ей нужно было начать ощущать себя достаточно защищенной в собственном теле, чтобы мысленно вернуться к этим переживаниям и осознать, что именно чувствовала эта маленькая девочка и как она себя вела в момент изнасилования.

Внутренний ступор

Один из вариантов хранения воспоминания о беззащитности – это мышечное напряжение или чувство дезинтеграции в затронутых участках тела: голове, спине и конечностей у жертв несчастных случаев, влагалище и заднем проходе у жертв сексуального насилия. Жизни многих перенесших травму людей вращаются вокруг противостояния нежеланным ощущениям, и большинство людей, с которыми я сталкиваюсь в своей практике, стали экспертами в их подавлении. Они набирают огромное количество лишнего веса, страдают анорексией, становятся зависимыми от физических упражнений или работы. Как минимум половина травмированных людей пытаются заглушить свой невыносимый внутренний мир наркотиками или спиртным. Обратная сторона эмоционального ступора – это поиск ощущений. Многие люди режут себя, чтобы выйти из него, в то время как другие занимаются банджи-джампингом, проституцией и играют в казино. Подобные занятия дают им ложное и парадоксальное чувство контроля.

Когда люди постоянно злятся или напуганы, хроническое мышечное напряжение приводит к спазмам, мигреням, фибромиалгии и другим разновидностям хронических болей. Они обращаются к одному специалисту за другим, проходят полное обследование, им назначают множество лекарств. Некоторые, может, и приносят временное облегчение, однако никак не воздействуют на первопричину их проблем.

Пациентам ставят различные диагнозы, упуская из виду, что демонстрируемые симптомы являются следствием их попытки справиться с перенесенной травмой.

Первые два года работы с Энни я делал упор на то, чтобы помочь ей научиться справляться со своими физическими ощущениями и воспринимать их такими, какими они были – просто ощущениями в настоящем, у которых было начало, середина и конец. Мы работали над тем, чтобы помочь ей сохранять достаточно спокойствия, чтобы она могла осознавать свои ощущения, чтобы она увидела в этих непрошенных образах и чувствах пережитки ужасного прошлого, которые не представляют ей нескончаемую угрозу в настоящем.

Пациенты вроде Энни постоянно подталкивают нас к поиску новых способов помочь людям регулировать свое возбуждение и контролировать свою физиологию. Так мы с моими коллегами из Центра травмы и наткнулись на йогу.

Знакомство с йогой: регулирование снизу-вверх

Наше знакомство с йогой началось в 1998 году, когда мы с Джимми Хоппером впервые узнали про новый биологический маркер, вариабельность сердечного ритма (BCR) [59], который, как было недавно открыто, являлся отличным показателем работы вегетативной нервной системы. Как вы помните из пятой главы, вегетативная нервная система – это самая примитивная система выживания нашего мозга, две ветви которой регулируют уровень возбуждения в организме. Грубо говоря, симпатическая нервная система (СНС) использует различные химические вещества, вроде адреналина, чтобы подстегивать тело и разум к действиям, в то время как парасимпатическая нервная система (ПНС) посредством ацетилхолина помогает регулировать такие базовые функции организма, как пищеварение, заживление ран и циклы сна. В идеале эти две системы работают сообща, поддерживая в нас оптимальный уровень взаимодействия с нашим окружением и с самими собой.

Значение вариабельности сердечного ритма отражает относительный баланс между симпатической и парасимпатической нервными системами. Делая вдох, мы стимулируем СНС, что приводит к учащению сердечного ритма. Выдох стимулирует ПНС, тем самым замедляя удары сердца. У здорового человека вдохи и выдохи приводят к стабильным, ритмическим колебаниям сердечного ритма: хорошая вариабельность сердечного ритма является показателем общего здоровья.

Почему же ВСР так важна? При хорошо сбалансированной вегетативной нервной системе мы можем достаточно неплохо контролировать свои реакции на мелкие недовольства и разочарования, что позволяет нам спокойно оценить происходящее, когда нам кажется, что нас обидели или проигнорировали. Эффективная регуляция возбуждения обеспечивает нам контроль над нашими побуждениями и эмоциями: пока мы сохраняем спокойствие, мы можем осознанно выбрать свою реакцию.

Людей с плохо регулируемой вегетативной нервной системой легко вывести из равновесия, как психического, так и физического. Так как вегетативная нервная система регулирует возбуждение и в теле, и в мозге, то низкая ВСР – то есть недостаточные колебания сердечного ритма в процессе дыхания – сказывается негативно не только на мышлении и чувствах, но и на реакции организма на стресс.

Отсутствие согласованности между дыханием и сердечным ритмом подвергает людей риску различных физических заболеваний, таких как сердечно-сосудистые болезни и рак, не говоря уже про психические проблемы, такие как депрессия и ПТСР (2).

Для дальнейшего изучения этого вопроса мы обзавелись аппаратом для измерения ВСР. Мы крепили вокруг груди добровольцев с ПТСР и без резиновые ленты для измерения глубины и ритма дыхания, в то время как закрепленные на мочке уха небольшие мониторы отслеживали их пульс. Обследовав таким образом шестьдесят человек, мы пришли к выводу, что у людей с ПТСР необычайно низкая ВСР. Другими словами, при ПТСР нарушалась синхронная работа симпатической и парасимпатической нервных систем (3). Это добавляло в запутанную историю изучения психологической травмы новый сюжетный поворот: мы подтвердили нарушение работы еще одной регулирующей системы мозга (4). Нарушение баланса этой системы является одним из объяснений того, почему травмированные люди вроде Энни столь бурно реагируют на относительно небольшой стресс: биологические системы, призванные помогать нам справляться с превратностями жизни, в итоге не справляются со своей задачей.

Перед нами встал следующий научный вопрос: можно ли как-то помочь людям улучшить их ВСР? У меня был личный интерес в изучении данного вопроса, так как оказалось, что моя собственная ВСР была недостаточно высокой, чтобы гарантировать мне долгосрочное физическое здоровье. Поискав в Интернете, мы нашли исследования, демонстрировавшие, что участие в марафонах способствует заметному увеличению ВСР. К сожалению, от этого было мало толку, так как ни я, ни мои пациенты не были подходящими кандидатами на участие в бостонском марафоне.

Вариабельность сердечного ритма (ВСР) у здорового человека. Поднимающиеся и опускающиеся черные линии отображают дыхание, в данном случае – медленные и равномерные вдохи и выдохи. Серая область показывает колебания сердечного ритма. Когда человек вдыхает, его пульс

увеличивается, в то время как на выдохе сердце замедляется. Такая вариабельность сердечного ритма соответствует идеальному физиологическому здоровью.

Реакция на волнение. Неприятные воспоминания приводят к тому, что дыхание учащается и становится неравномерным, равно как и сердечный ритм. Дыхание и сердцебиение теряют синхронность. Это нормальная реакция.

ВСП при ПТСР. Дыхание частое и поверхностное. Сердце бьется медленно и не в такт с дыханием. Это типичная картина для зажатого человека с хроническим ПТСР.

Переживание травматических воспоминаний у человека с хроническим ПТСР. Дыхание сначала затрудненное и глубокое, что типично для панической атаки. Затем дыхание учащается и становится поверхностным, а сердечный ритм замедляется – человек замыкается в себе.

Кроме того, поисковик выдал нам семнадцать тысяч сайтов, посвященных йоге, на которых утверждалось, что йога улучшает ВСП, однако нам не удалось найти подтверждающих это исследований. Йоги, может, и разработали чудесный метод, помогающий людям обрести внутреннее равновесие и укрепить здоровье, однако в 1998 году мало кто пытался проверить их заявления, используя современное медицинское оборудование.

С тех пор, однако, было научно подтверждено, что целенаправленное изменение дыхания может способствовать преодолению проблем с гневом, депрессией и тревогой (5), а йога способна оказать положительное влияние на такие проблемы со здоровьем, как высокое давление, повышенная активность гормонов стресса (6), астма и боли в пояснице (7). Тем не менее ни в одном психиатрическом журнале не было опубликовано исследований использования йоги в лечении ПТСР, пока в 2014 году мы не написали статью о собственной работе (8).

Так случилось, что через несколько дней после проведенных нами в Интернете поисков порог нашего Центра травмы переступил инструктор йоги по имени Дэвид Эмерсон. Он сообщил, что разработал специальную разновидность хатха-йоги для лечения ПТСР и что он проводит занятия для ветеранов в местном центре ветеранов и для женщин в бостонском центре помощи жертвам изнасилований. Он предложил нам сотрудничество, и в итоге это переросло в очень популярную программу занятий йогой, и вскоре мы

получили первый грант от Национальных институтов здравоохранения на изучение эффективности йоги при ПТСР. Кроме того, своей работой Дэвид помог мне самому начать регулярно заниматься йогой, и в итоге я даже стал сам регулярно проводить занятия в центре йоги в Беркшир-Хилс на западе Массачусетса (попутно у меня улучшился и показатель ВСР).

Решив исследовать возможности йоги по улучшению ВСР, мы выбрали достаточно дорогостоящий подход к решению проблемы. Мы могли просто использовать доступные портативные устройства, с помощью которых можно научиться замедлять свое дыхание, синхронизируя его с сердечным ритмом, что позволяет добиться такой картины, как показано на первой иллюстрации выше (9). На сегодняшний день имеется множество приложений для смартфонов, которые помогают улучшить ВСР (10). В нашей клинике имеются специальные рабочие станции, где пациенты могут тренировать свою ВСР, и я призываю всех своих пациентов, которые по той или иной причине не могут заниматься йогой, боевыми искусствами или цигун, тренироваться дома (дополнительная информация приведена в разделе «Ресурсы»).

Изучение йоги

Наше решение заняться изучением йоги углубило наши знания о воздействии психологической травмы на тело. Наши первые экспериментальные занятия по йоге проводились в зале, великодушно предоставленном ближайшей студией. Дэвид Эмерсон вместе со своими коллегами Даной Мур и Джоди Кэри вызвались быть инструкторами, а моя исследовательская группа придумала оптимальный способ определения влияния йоги на физиологические функции. Мы разместили брошюры в местных супермаркетах и автоматических прачечных с рекламой наших занятий и опросили десятки позвонивших нам в результате людей. В конечном счете мы отобрали тридцать семь женщин, которые перенесли тяжелую травму и уже многие годы безрезультатно проходили психотерапию. Половина добровольцев случайным образом была отобрана для посещения занятий йогой, в то время как остальные проходили налаженную диалектическую поведенческую терапию (ДПТ), в рамках которой людей учат применять метод самоосознания для сохранения спокойствия и контроля. Наконец, мы наняли инженера из Массачусетского технологического института, чтобы он создал для нас специальный компьютер, способный одновременно измерять ВСР у восьми людей (обе группы были поделены на несколько классов, в каждом из которых было не более восьми участников).

Йога значительно улучшила проблемы с возбуждением при ПТСР и способствовала кардинальному улучшению отношения участников к их телу, в то время как восемь недель ДПТ никак не отразились на их уровне возбуждения или симптомах ПТСР.

Таким образом, если изначально мы хотели понять, способна ли йога изменить ВСР (как оказалось, может) (11), то в итоге мы стали помогать с помощью нее перенесшим психологическую травму людям учиться спокойно жить в своем измученном теле. «Теперь я забочусь о своем теле»; «Я прислушиваюсь к потребностям своего тела», – вот что говорили они.

Со временем мы также запустили программу йоги для морских пехотинцев в военно-учебном центре Кэмп-Лэджен и успешно сотрудничали с разными другими программами, проводя занятия по йоге для ветеранов с ПТСР. Хотя у нас и нет официальных исследовательских данных по ветеранам, судя по всему, йога помогает им как минимум не хуже, чем женщинам в наших исследованиях.

Все программы йоги сочетают в себе дыхательные упражнения (пранаяма), различные позы (асаны) и медитацию. В каждой школе йоги эти ключевые элементы используются по-своему. Так, например, в зависимости от глубины и скорости дыхания, а также использования для него рта, ноздрей или горла получается разный результат, и некоторые методики оказывают значительное положительное влияние на энергию (12). В наших классах мы придерживаемся простого подхода. Многие из наших пациентов особо не задумываются о своем дыхании, так что для них уже значительным достижением будет научиться фокусироваться на своих вдохах и выдохах, обращать внимание на скорость дыхания, а также отсчитывать сделанные вдохи в определенных позах (13).

Мы постепенно знакомим участников с ограниченным набором классических поз. Упор делается не на «правильном» исполнении поз, а на то, чтобы помочь участникам обращать внимание, какие мышцы у них задействуются в тот или иной момент. Мы разработали специальную последовательность движений и поз, при выполнении которой напряжение и расслабление ритмично сменяют друг друга – так мы надеемся помочь людям ощущать эти чередования и в повседневной жизни.

Мы не учим медитации как таковой, однако прививаем ученикам самоосознанность, призывая обращать внимание, что происходит в различных частях их тела в той или иной позе. Наши исследования раз за разом показывают, насколько тяжело травмированным людям испытать полное расслабление и чувство физической защищенности в своем теле. Мы измеряем ВСП наших участников, размещая у них на руках крошечные мониторы, пока они выполняют шавасану – позу, которой чаще всего заканчиваются занятия по йоге. Человек должен лечь на пол лицом вниз, расслабив руки и ноги. Вместо расслабления мы улавливали слишком много мышечной активности, чтобы получить четкий сигнал. Вместо того чтобы отдыхать, мышцы наших учеников зачастую продолжали готовиться драться с невидимыми врагами. Одна из основных проблем при лечении психологической травмы – это научиться полностью расслабляться.

Обучение саморегуляции

После успешных результатов наших пробных исследований мы запустили программу занятий йогой в нашем Центре травмы. Я решил, что это будет отличной возможностью для Энни научиться заботиться о своем теле, и я призвал ее попробовать. Первое занятие далось тяжело. Инструктор во время занятия слегка поправлял ее движения и позы, и это настолько напугало ее, что она отправилась домой и принялась резать себя – легкое прикосновение к спине ее неисправная тревожная система расценила как домогательство. Вместе с тем Энни осознала, что йога способна освободить ее от

постоянного чувства опасности, которое она ощущала всем телом. Поговорив со мной, она решила неделю спустя прийти и на второе занятие.

Энни всегда было проще писать про свои переживания, чем рассказывать о них. После второго занятия йогой она мне написала: «Я не до конца понимаю, почему йога так сильно меня пугает, однако уверена, что она поможет мне исцелиться, и именно поэтому я заставляю себя продолжать пробовать. Суть йоги в том, чтобы заглянуть внутрь себя, а именно этого я постоянно и старалась избегать, чтобы выжить. Сегодня на занятии у меня колотилось сердце, и часть меня хотела развернуться, однако я просто продолжала ставить одну ногу перед другой, пока не подошла к двери и не зашла внутрь. После занятия я вернулась домой и проспала четыре часа. На этой неделе я попробовала заняться йогой дома, и ко мне пришли слова: «Твоему телу есть что тебе сказать». Я ответила самой себе, что попытаюсь его выслушать».

Еще пару дней спустя Энни написала снова: «Пару мыслей, что пришли ко мне сегодня во время йоги и после нее. Я осознала, насколько я, должно быть, теряю связь со своим телом, когда режу его. Когда я выполняла позы, то заметила, что мои челюсти, а также вся область от бедер до пупка сильно напряжены – именно здесь я храню всю боль и воспоминания. Раньше, когда вы спрашивали меня об этом, я не могла понять, где и что в своем теле я чувствую, однако сегодня я отчетливо ощутила эти места, и мне захотелось расплакаться в хорошем смысле слова».

В следующем месяце и я, и она уехали в отпуск, и Энни, которой я предложил поддерживать связь, написала мне в очередной раз: «Я занималась йогой сама в комнате с видом на озеро. Я все читаю книгу, которую вы мне одолжили [потрясающая книга Стивена Копы «Йога и поиски своего истинного Я»]».

Забавно, что я так долго отказывалась прислушиваться к своему телу, которое является важной частью меня. Вчера, занимаясь йогой, я подумала о том, чтобы позволить моему телу рассказать мне то, что ему хочется, и когда я выполняла позы, воздействующие на бедра, я почувствовала, сколько там боли и грусти.

Не думаю, что мой разум даст волю неприятным образам, пока я вдалеке от дома, что хорошо. Я думаю о том, насколько я была неуравновешенной, о том, как сильно я пыталась отрицать прошлое, которое является частью моего истинного «Я». Я могу столько всего узнать, если откроюсь ему, и мне не придется ежедневно и ежеминутно с собой бороться».

Одной из самых невыносимых поз йоги для Энни стала та, которую часто называют «счастливый ребенок» – человек ложится на спину, сгибает ноги в коленях и, взявшись руками за пальцы ног, поднимает вверх ступни. В такой позе происходит широкое раскрытие таза. Несложно понять, почему жертве изнасилования в таком положении может быть крайне некомфортно. Вместе с тем, пока «счастливый ребенок» (или любая напоминающая ее поза) приводит к приступу паники, о нормальной половой жизни можно забыть. Многим пациентам на наших занятиях по йоге приходится прилагать огромные усилия, чтобы научиться чувствовать себя защищенными в позе «счастливый ребенок».

Знакомство с собой: развитие интероцепции

Современная нейробиология ясно дает понять, что наше самовосприятие тесно связано с нашим телом (14). Чтобы по-настоящему познать себя, мы должны чувствовать свои физические ощущения и уметь их интерпретировать. Чтобы уверенно жить своей жизнью, нам нужно улавливать эти ощущения и реагировать на них (15). Эмоциональный ступор (или поиск острых ощущений для компенсации), может, и способен сделать жизнь невыносимой, однако при этом теряется осознание того, что происходит внутри тела, а вместе с ним и чувство полноты жизни.

В шестой главе я рассказывал про алекситимию – официальное название неспособности определить, что происходит у человека внутри (16). Люди, страдающие от алекситимии, зачастую испытывают физический дискомфорт, однако не могут описать, в чем именно проблема. Как результат, у них частенько бывают расплывчатые и неприятные физические жалобы, причину которых врачам установить не удастся. Кроме того, они не могут определить, что на самом деле чувствуют в той или иной ситуации, от чего они чувствуют себя лучше или хуже. Это становится результатом эмоционального ступора, который не дает им прогнозировать рядовые потребности своего тела и реагировать на них спокойно и осмысленно. Помимо этого, такие люди перестают получать сенсорное удовольствие от прослушивания музыки, прикосновений, света – всего, что наполняет наши жизни. Йога оказалась потрясающим способом восстановления утраченной связи со своим внутренним миром и чувственных, любящих и заботливых отношений с самим собой.

Если человек не знает, что нужно его телу, то он не сможет о нем заботиться. Без чувства голода человек не станет есть. Приняв за чувство голода тревогу, он будет есть слишком много. А если он не чувствует насыщения, то будет продолжать есть и дальше. Вот почему развитие чувственного восприятия является столь важным элементом исцеления от психологической травмы.

Большинство традиционных методов лечения преуменьшают значение сиюминутных сдвигов во внутреннем чувственном мире, а то и вовсе их игнорируют. Вместе с тем в этих сдвигах лежит суть реакций нашего организма: эмоциональных состояний, которые влияют на химические процессы в теле, на наши внутренние органы, на напряжение поперечно-полосатых мышц лица, шеи, туловища и конечностей (17). Травмированным людям нужно понять, что они в состоянии вынести эти ощущения, подружиться со своими внутренними переживаниями и выработать новые модели поведения.

Занимаясь йогой, человек фокусирует свое внимание на дыхании и внутренних ощущениях. Он начинает замечать связь между эмоциями и телом – например, как тревога, связанная с выполнением определенной позы, выводит его из равновесия. Он начинает экспериментировать со своими ощущениями. Спадает

ли напряжение в плече, если сделать глубокий вдох? Получится ли ощутить покой, если сосредоточиться на выдохе? (18)

Для развития эмоциональной регуляции достаточно лишь замечать свои ощущения – кроме того, это помогает перестать игнорировать происходящее внутри. Как я часто говорю своим ученикам, две самые важные фразы в психотерапии, как и в йоге, следующие: «Сосредоточьтесь на этом» и «А что теперь?». Стоит только начать относиться к своему телу с любопытством, а не страхом, и все сразу меняется.

Влияние ежедневных занятий йогой. После двадцати недель у женщин с хронической психологической травмой увеличилась активность важнейших структур мозга, задействованных в саморегуляции: островка и медиальной префронтальной коры.

Способность осознавать происходящее в теле меняет и восприятие времени. При психологической травме человек словно застревает в беспомощном состоянии ужаса. Йога учит, что любое ощущение доходит до максимума, а затем спадает. Например, если инструктор предлагает выполнить особенно сложную позу, то сначала можно почувствовать отторжение, связанное с ожиданием того, что человек не сможет вынести вызываемые ей чувства. Хороший учитель йоги будет призывать просто обращать внимание на любое напряжение, отсчитывая время с помощью дыхания: «Задержитесь в этой позе на десять вдохов». Это помогает прогнозировать, когда дискомфорт закончится, а также развивает способность справляться с физическим и эмоциональным напряжением. Осознание того, что любое восприятие является временным, меняет самовосприятие.

Это не означает, что развитие утраченной interoцепции не может привести к неприятным ощущениям. Что происходит, когда вновь открытое чувство в груди воспринимается как гнев, страх или тревога? Во время нашего первого исследования йоги до конца продержались только половина участников – меньше, чем в каком-либо проведенном нами исследовании. Опросив пациентов, которые не захотели продолжать, мы узнали, что программа была для них слишком тяжелой: любая поза, в которой задействовался таз, вызывала сильнейшую панику или даже яркие болезненные воспоминания о сексуальном насилии. Сильные физические ощущения высвобождали демонов прошлого, которые столь тщательно сдерживались все эти годы. Так мы поняли, что нужно действовать неторопливо, зачастую черепашьим шагом. Такой подход дал свои плоды: в нашем последнем исследовании до конца не дошел только один из тридцати четырех участников.

Йога и нейробиология самосознания

За последние несколько лет исследователи мозга, такие как мои коллеги из Гарварда Сара Лазар и Бритта Хельцель, продемонстрировали, что интенсивная медитация оказывает положительное влияние на те же самые области мозга, что играют важнейшую роль в физиологической саморегуляции (19). В ходе нашего последнего исследования йоги с участием шести женщин, перенесших в детстве глубокую психологическую травму, мы также обнаружили первые признаки того, что двадцать недель занятий йогой увеличивают активность основных элементов системы саморегуляции – островка и медиальной префронтальной коры (см. шестую главу). Это исследование нуждается в доработке, однако оно демонстрирует, как осознание и принятие ощущений в теле способны привести к значительным переменам в разуме и мозге, которые, в свою очередь, способствуют исцелению от травмы.

После каждого из наших исследований йоги мы расспрашивали участников, какое влияние на них оказали занятия. Мы ни разу не упоминали такие термины, как островок или interoцепция – на самом деле мы сводили все разговоры и объяснения к минимуму, чтобы они могли сосредоточиться на себе и своих внутренних ощущениях. Вот несколько примеров их ответов:

| «Мои эмоции стали более яркими. Может, дело в том, что теперь я стал их различать».

| «Мне легче выразить свои чувства, потому что теперь мне легче их распознавать. Я ощущаю их в своем теле, распознаю их и взаимодействую с ними».

| «Передо мной теперь появился выбор, различные варианты. Я могу осознанно решать, как поступать, как жить, все больше не происходит на автомате или как у ребенка».

| «Мне удалось привести свое тело в движение и почувствовать себя защищенным в своем теле, при этом не причиняя себе вреда и не нарываясь на неприятности».

Как научиться выражать эмоции словами

Люди, которые чувствуют себя защищенными в собственном теле, могут начать выражать свои воспоминания, от которых они прежде теряли контроль, словами. После того как Энни в течение года трижды в неделю занималась йогой, она обратила внимание, что ей стало гораздо легче говорить о случившемся с ней. Для нее это было чуть ли не чудом. Однажды, когда она случайно перевернула стакан с водой, я встал со стула и подошел к ней с пачкой салфеток в руке. «Давай я вытру за тобой», – сказал я. Это спровоцировало у нее сильную, но короткую паническую атаку. Она быстро смогла прийти в себя, объяснив, почему эти слова вызвали у нее такую реакцию – именно это говорил ее отец после того, как насильничал ее. Энни написала мне после того занятия: «Вы заметили, что я смогла сказать все вслух? Мне не пришлось писать, чтобы объяснить вам случившееся. Я не перестала вам доверять из-за того, что вы сказали спровоцировавшие меня слова. Я поняла, что эти слова были триггером, а не каким-то ужасными запретными словами».

Энни продолжает заниматься йогой и писать мне про свои успехи: «Сегодня я пошла на утреннее занятие в новую студию йоги.

Инструктор сказала, чтобы мы вдыхали как можно больше воздуха, почувствовав черту, после которой уже больше нельзя вдохнуть. Она сказала, что сосредоточившийся на своем дыхании человек непременно оказывается в настоящем, потому что невозможно вдыхать прошлое или будущее.

Это упражнение было просто удивительным, словно дар какой-то. Некоторые из поз порой провоцируют у меня реакцию. Две из них мы выполняли сегодня – одна, в которой поднимаешь ноги, словно лягушка, а другая, в которой делаешь глубокие вдохи тазом. Я почувствовала, как подступает паника, особенно во второй позе – типа «нет, я не хочу ощущать эту часть своего тела». Однако потом я смогла остановиться и сказать себе: «Да, обрати внимание, какие переживания таит в себе эта часть тела, а затем просто их отпусти. Ты не обязана здесь задерживаться, но и уходить отсюда необязательно, просто используй это как информацию». Не думаю, что мне когда-либо прежде удавалось это сделать столь осознанно. Это дало мне понять, что если я научусь замечать, не испытывая при этом страха, то мне будет проще поверить в себя».

В другом сообщении Энни рассуждала об изменениях в своей жизни: «Я постепенно научилась просто ощущать свои чувства, не поддаваясь им. Теперь я живу в настоящем, и жизнь стала куда проще. Я стала спокойнее относиться к прикосновениям. Мы с мужем в обнимку смотрим фильмы в кровати... это огромный шаг для меня. Все это помогло мне наконец почувствовать близость со своим мужем».

Глава 17. Самоуправление

Человек – гостевой дом,

каждое утро новые гости.

Веселье, уныние, подлость,

Иногда понимание заглянет

Как нежданный гость.

Приветствуй и угощай их всех!

Даже если гости – многие муки,

Которые яростно сметут
Всю мебель в твоём доме,
Все равно оказывай каждому честь.
Может быть, он очистит тебя для новой радости.
Темная мысль, стыд, злоба –
Встречай их у порога, смеясь,
И приглашай войти.
Будь благодарен, кто бы ни пришел,
Ведь каждый был послан
Как наставник свыше.

Руми, «Гостевой дом» (автор перевода неизвестен)

У человека имеется столько социальных личностей, сколько людей его знает.

Уильям Джеймс, «Научные основы психологии»

Дело было в начале моей карьеры. Примерно три месяца ко мне раз в неделю на сеанс психотерапии приходила Мэри – застенчивая, одинокая девушка с подорванным здоровьем.

Мэри приходилось разбираться с губительными последствиями пережитого в раннем детстве насилия. В один прекрасный день я открыл дверь в свою приемную и увидел ее, стоящую в вызывающей позе. На ней была мини-юбка, ее волосы были покрашены в огненно-рыжий, в руке у нее была чашка кофе, а ее физиономия выражала недовольство. «Вы, должно быть, доктор ван дер Колк, – сказала она. – Меня зовут Джейн, и я пришла предупредить вас, чтобы вы не верили той чуши, что вам рассказывает Мэри. Можно я зайду и расскажу про нее?»

Я был потрясен, однако, к счастью, не стал спорить с «Джейн» и выслушал ее. Во время сеанса я познакомился не только с Джейн, но и с обиженной маленькой девочкой, а также со злобным парнем-подростком. Это было начало долгого и продуктивного лечения.

Случай Мэри был моим первым знакомством с диссоциативным расстройством идентичности (ДРИ), которое тогда называли расстройством множественной личности. Его симптомы порой просто потрясают, однако внутреннее расщепление с появлением отдельных личностей, наблюдаемое при ДРИ, является лишь крайней частью широкого спектра психической жизни людей. Всем нам знакомо чувство, будто в нас борются различные желания или части, однако это особенно выражено у травмированных людей, которым зачастую приходится, чтобы выжить, идти на крайние меры. Изучение – и примирение – с этими частями является важным шагом в процессе исцеления.

Отчаянные времена требуют отчаянных мер

Мы все знаем, что происходит, когда мы чувствуем себя униженными: всю свою энергию мы направляем на свою защиту, разрабатывая всевозможные стратегии выживания. Мы можем подавить свои чувства; мы можем выйти из себя и начать планировать месть. Мы можем стать настолько влиятельными и успешными, чтобы больше никто никогда не смог причинить нам вреда.

Многие виды поведения, которые классифицируются как психиатрические проблемы, включая некоторые мании, навязчивые влечения и панические атаки, равно как большинство видов саморазрушительного поведения, изначально представляли собой стратегии самозащиты. Эти адаптации к травме настолько сильно мешают нормальной жизни, что врачи и сами пациенты зачастую полагают, что полное исцеление невозможно.

Когда эти симптомы считаются необратимыми, лечение ограничивается поиском подходящих медикаментов, что может привести к пожизненной зависимости – это ставит психологическую травму в один ряд с заболеваниями почек, требующих регулярного диализа (1).

Гораздо продуктивнее воспринимать агрессию или депрессию, заносчивость или апатию как приобретенное поведение: в какой-то момент пациент решает, что для выживания ему необходимо быть грубым или незаметным, а то и вовсе сдаться. Подобно травматическим воспоминаниям, которые настойчиво овладевают человеком, пока им не будет положен конец, травматические адаптации продолжают, пока организм человека не почувствует себя защищенным и не интегрирует все составные части себя, которые упорно борются с травмой.

Все перенесшие травму люди, с которыми мне доводилось встречаться, адаптировались по-своему, и я не перестаю восхищаться этими людьми. Я знаю, как много сил уходит у них на выживание, и поэтому не удивляюсь той цене, которую им частенько приходится за это платить: отсутствию любящих отношений со своим собственным телом, разумом и душой.

Адаптация наносит свой урон. Многим детям гораздо безопасней ненавидеть себя, чем рисковать своими отношениями со взрослыми, на чьем попечении они находятся, выражая злость или пытаясь сбежать. Как результат, пережившие насилие дети вырастают во взрослых, убежденных, что они недостойны любви – только так их неокрепший мозг мог объяснить столь ужасное отношение к ним. Они выживают путем отрицания, игнорирования и отсечения огромных пластов реальности: они забывают всю жестокость; они подавляют свой гнев или отчаяние; они блокируют свои физические ощущения. В людях, переживших в детстве насилие, зачастую живет застывшая во времени детская составляющая, которая до сих пор крепко держится за эту ненависть к самому себе и отрицание. Многие взрослые, пережившие ужасные события, попадают в ту же самую ловушку. Подавление бурных эмоций может быть чрезвычайно полезным в краткосрочной перспективе. Это может помочь сохранить честь и независимость; может помочь сохранить самообладание для выполнения важных задач, таких как спасение сослуживца, забота о детях или восстановление дома.

Многие виды поведения, которые классифицируются как психиатрические проблемы, включая некоторые мании, навязчивые влечения и панические атаки, равно как большинство видов саморазрушительного поведения, изначально представляли собой стратегии самозащиты. Эти адаптации к травме настолько сильно мешают нормальной жизни, что врачи и сами пациенты зачастую полагают, что полное исцеление невозможно.

Проблемы приходят позже. Став свидетелем подрыва своего друга на mine, солдат может вернуться к гражданской жизни и попытаться выкинуть случившееся из головы. Оберегающая часть его знает, как справляться с работой и ладить с коллегами. Вместе с тем он может регулярно срываться на своей девушке или же впадать в эмоциональный ступор и оцепенение, когда, поддавшись ее ласковым прикосновениям, начинает чувствовать, что теряет контроль. Скорее всего, он не будет отдавать себе отчет, что его разум автоматически связывает это чувство с параличом, испытанным им в момент смерти друга. Тогда в дело вступает другая оберегающая часть, создающая отвлекающий маневр: он злится и, не понимая, что его спровоцировало, начинает думать, что дело в ней. Разумеется, если он продолжит срываться на ней (и на последующих девушках), то его ждет одиночество. Тем не менее он может так никогда и не узнать, что пассивность активизирует травмированную часть его, в то время как другая часть, управляющая гневом, вступает в дело, чтобы защитить эту уязвимую часть. Психотерапия помогает людям отказаться от своих иррациональных убеждений, тем самым спасая им жизни.

Как мы уже видели в тринадцатой главе, основная задача при исцелении от травмы заключается в том, чтобы научиться жить с воспоминаниями о прошлом, не поддаваясь им в настоящем. Вместе с тем большинство переживших травму людей, включая тех, кто прекрасно – а порой даже блестяще – преуспевает в некоторых аспектах своей жизни, сталкиваются с другой, еще большей трудностью, которая заключается в перестройке системы мозга/разума, которая была создана, чтобы справиться с наихудшим. Подобно тому, как для интеграции травматических воспоминаний их необходимо пересмотреть, нам необходимо заново обратиться и к тем частям себя, что выработали защитные модели поведения, которые помогли нам выжить.

Мозг – это мозаика

Каждый из нас состоит из разных частей. Прямо сейчас часть меня не прочь вздремнуть, в то время как другая хочет продолжать писать. Все еще оскорбленная обидным электронным письмом, третья часть меня хочет отправить колкий ответ, в то время как четвертая хочет просто его проигнорировать. Большинство людей, которые знали меня, знакомы с моими эксцентричными, искренними и раздражительными частями; кто-то даже сталкивался с живущей внутри меня маленькой рычащей собачкой. Мои дети напоминают мне про семейный отпуск, в котором всю проявлялись части меня, любящие игры и приключения.

Когда мы заходим утром в офис и видим над головой начальника грозовую тучу, то сразу же понимаем, что нас ждет. У этой злой его части своя особая интонация, лексикон и поза – совсем не то, что вчера, когда вы показывали друг другу фотографии своих детей. Эти части – это не просто чувства, а отдельные сущности со своими собственными убеждениями, целями и ролями в общей экосистеме наших жизней.

То, насколько хорошо мы ладим с самими собой, во многом зависит от наших внутренних управленческих качеств – от того, насколько хорошо мы прислушиваемся к различным частям себя, заботимся о них и не даем им друг другу мешать. Эти части не существуют по отдельности, представляя собой лишь элементы сложного переплетения мыслей, эмоций и ощущений.

Когда Маргарет кричит «Я тебя ненавижу!» во время ссоры, Джо, наверное, думает, что она его презирает – и в этот момент Маргарет может с ним согласиться. На самом же деле злится лишь часть ее, и эта часть временно затмевает другие ее чувства – любовь, благородство, – которые запросто могут вернуться, когда она увидит опустошение на лице Джо.

Все известные школы психологии признают наличие у людей субличностей, которым даются разные названия (2). В 1890 году Уильям Джеймс написал: «Следует признать, что... все имеющееся сознание может быть разделено на сосуществующие части, которые игнорируют друг друга, оперируя одними и теми же объектами знаний» (3). Карл Юнг написал: «Психика – это саморегулирующаяся система, поддерживающая свое равновесие подобно тому, как это делает тело» (4), «Естественное состояние человеческой психики состоит в столкновении ее различных компонентов и в их противоречивом поведении» (5) и «Урегулирование этих противоречий представляет большую проблему. Таким образом, соперником является не кто иной, как наше второе я» (6).

Современная нейробиология подтвердила, что разум человека представляет собой некое сообщество. Майкл Газзанига, проведя революционное исследование расщепления мозга, пришел к заключению, что разум состоит из полуавтономных модулей, каждый из которых играет особую роль (7). В своей книге «Социальный мозг» (1985) он пишет: «Но что насчет идеи о том, что «Я» – это не единое целое, и внутри нас может существовать несколько

разных сознаний?.. Наши исследования [разделения мозга] указывают на существование нескольких «Я», которые не обязательно «общаются» между собой» (8). Ученый из Массачусетского технологического института Марвин Мински, один из первых исследователей искусственного интеллекта, заявил: «Миф о существовании единственного «Я» способен лишь отклонить нас от цели данного исследования (9)...Возможно, имеет смысл полагать, что внутри нашего мозга существует сообщество различных разумов. Подобно членам одной семьи, эти различные разумы могут работать сообща, помогая друг другу, каждый при этом имея свое собственное мысленное восприятие, о котором другие не знают» (10).

Психотерапевты, обученные видеть в человеке сложную личность с многочисленными особенностями и потенциалами, способны помочь им познать свои системы внутренних частей и научиться заботиться о пораженных составляющих своего «Я». Существует несколько таких терапевтических подходов, включая модель структурной диссоциации, разработанную моими голландскими коллегами Онно ван дер Харт и Эллерт Нийенхейс, а также Кэти Стил из Атланты, которая широко применяется в Европе и Ричардом Клюфтом в США (11).

Через двадцать лет после знакомства с Мэри я повстречал Ричарда Шварца, разработавшего терапию внутренних семейных систем (ВСС). Именно благодаря его работе «семейная» аналогия Мински обрела для меня смысл, предоставив мне систематический подход для работы с расщепленными частями личности, образующимися в результате травмы.

Основная идея заключается в том, что разум каждого из нас подобен семье, члены которой обладают разной степенью зрелости, возбудимости, мудрости и боли. Эти части образуют сеть, или систему, изменение в любом элементе которой неизбежно отражается на всех остальных.

Модель ВСС помогла мне осознать, как именно происходит диссоциация. При психологической травме система «Я» распадается, и различные части «Я» разбиваются на два лагеря, которые вступают в схватку между собой. Ненависть к себе сосуществует с чувством собственного величия (и борется с ним), любящая забота – с ненавистью; эмоциональная бесчувственность и пассивность – с яростью и агрессией. Эти полярные части несут бремя травмы.

Основная идея терапии внутренних семейных систем заключается в том, что разум каждого из нас подобен семье, члены которой обладают разной степенью зрелости, возбудимости, мудрости и боли. Эти части образуют сеть, или систему, изменение в любом элементе которой неизбежно отражается на всех остальных.

В ВСС часть не просто считается временным эмоциональным состоянием или привычной моделью мышления, а рассматривается как отдельная мыслительная система со своей собственной историей, способностями, потребностями и картиной мира (12). Травма наделяет разные части убеждениями и эмоциями, которые выводят их из естественного полезного состояния. Например, в каждом из нас есть по-детски простые и любящие веселье части. В результате насилия именно эти части страдают больше всего, они

замораживаются, забирая в себя боль, ужас и предательство, связанные с насилием. Это бремя делает их токсичными – частями нашего «Я», которые нам нужно во что бы то ни стало отрицать. Так как они заперты глубоко внутри, в ВСС их называют «изгнанными».

В этот момент другие части объединяются, чтобы защитить внутреннюю семью от изгнанных. Эти защитники не подпускают токсичные части, однако тем самым они забирают у них часть энергии. Придирчивые и во всем стремящиеся к совершенству управляющие следят за тем, чтобы мы ни с кем не сблизились, либо же подталкивают нас быть максимально продуктивными. Другая группа защитников, которых в ВСС называют пожарными, представляет собой спасателей, автоматически реагирующих, когда какое-то переживание провоцирует изгнанную эмоцию.

У каждой из разделенных частей свои воспоминания, убеждения и физические ощущения; одни держат в себе чувство стыда, другие гнев, третьи радость и воодушевление, четвертые чувство полного одиночества или безнадежную уступчивость. Все это является аспектами пережитого насилия. Важно то, что у каждой из этих частей есть своя роль: защищать «Я» от ощущения в полной мере ужаса, связанного со страхом уничтожения.

Детям, которые выражают свою боль поступками, вместо того чтобы запирают ее внутри себя, зачастую ставят такие диагнозы, как «вызывающее оппозиционное расстройство», «расстройство привязанности» или «расстройство поведения». Вместе с тем эти ярлыки не принимают во внимание тот факт, что гнев и отрешенность являются лишь отдельными гранями всевозможных отчаянных попыток выжить. Когда врачи пытаются контролировать поведение ребенка, не пытаясь при этом разобраться с его причиной – с насилием, – то такое лечение в лучшем случае является неэффективным, в худшем – губительным. Когда они вырастают, отдельные их части не интегрируются самопроизвольно в единую личность, а продолжают вести относительно автономное существование.

Исключенные части могут даже не догадываться о существовании других элементов системы (13). В моей практике большинство мужчин, растленных в детстве католическими священниками, принимали анаболические стероиды и проводили чрезмерно много времени в спортзалах, накачивая мышцы. Эти мужчины жили в мире пота, футбола и пива, тщательно скрывая свою слабость и страх. Лишь когда они начинали чувствовать себя рядом со мной в безопасности, мне удавалось познакомиться с живущими в них напуганными детьми.

Пациентам самим могут не нравиться исключенные части: озлобленные, разрушительные или придирчивые части их «Я». ВСС же открывает возможность их понять – а также, что не менее важно, поговорить о них, не рассматривая их как психиатрические симптомы. Осознание того, что каждая часть несет на себе бремя прошлого, выполняя в общей системе определенную функцию, помогает перестать их бояться.

Как говорит Шварц: «Если принять за основу идею о том, что у человека есть внутреннее стремление способствовать своему собственному здоровью, то отсюда следует, что при наличии хронических проблем что-то мешает им получить доступ к внутренним ресурсам. С учетом этого роль психотерапевта заключается в сотрудничестве, а не в том, чтобы учить, спорить или

заполнять дыры в психике пациента» (14). Первый шаг в этом сотрудничестве заключается в том, чтобы заверить внутреннюю систему, что все ее части приветствуются, и что все они – даже те, у которых суицидальные или разрушительные наклонности, – появились в попытке защитить систему внутреннего «Я», какой бы угрозой ей они сейчас ни казались.

Самоуправление

ВСС признает, что в основе исцеления от травмы лежит развитие осознанного самоуправления. Самоосознанность не только позволяет нам наблюдать за своим внутренним ландшафтом с сочувствием и любопытством, но также способна направлять нас в нужном направлении, чтобы мы лучше о себе заботились. Эффективность любой системы – будь то семья, организация или целая нация – возможна лишь при наличии четко заданного и компетентного руководства. С внутренней семьей то же самое: все грани нашего «Я» нуждаются во внимании. Внутренний лидер должен грамотно распределять доступные ресурсы и иметь четкое представление о системе в целом, с учетом всех отдельных ее элементов.

Как объясняет Ричард Шварц:

«Внутренняя система жертвы насилия отличается от обычной системы отсутствием эффективного управления, абсурдными правилами функционирования системы и отсутствием какого-либо баланса или гармонии. Как правило, отдельные ее части работают на основе устаревших допущений и убеждений, порожденных детским насилием – например, убеждения в том, что до сих пор крайне опасно раскрывать секреты о том, что человек пережил в детстве». (15)

Что происходит, когда «Я» теряет контроль? В ВСС это называется «смешение»: состоянием, при котором «Я» отождествляет себя с отдельной частью, например, когда человек думает: «Я хочу убить себя» или «Я ненавижу тебя». Заметьте разницу с «Часть меня хочет, чтобы я умер» или «Часть меня бурно реагирует, когда ты это делаешь, отчего мне хочется тебя убить».

Шварц делает два заявления, которые переносят концепцию самоосознанности на активное управление. Первое заключается в том, что «Я» не нужно заново создавать. Под поверхностью защитных частей «Я» у перенесших травму людей лежит неповрежденная сущность, уверенное, любопытное и спокойное «Я», сбереженное от разрушения различными защитниками, появившимися с целью обеспечить выживание. Как только эти защитники поймут, что могут безопасно разъединиться, «Я» появится самопроизвольно, и эти части могут стать союзниками в процессе выздоровления.

Вторая идея заключается в том, что это осознанное «Я» не является просто пассивным наблюдателем, а способно помочь в реорганизации внутренней системы, а также во взаимодействии между отдельными частями так, чтобы помочь этим частям поверить, что внутри есть кто-то, способный со всем

справиться. Опять-таки, нейробиологические исследования показывают, что это не просто образное представление. Методики самоосознанности увеличивают активность медиальной префронтальной коры, одновременно снижая активность таких структур, как миндалевидное тело, которые провоцируют наши эмоциональные реакции. Это увеличивает нашу способность контролировать эмоциональный мозг.

Принося еще больше воодушевления, чем отношения между психотерапевтом и беззащитным пациентом, ВСС-терапия делает упор на развитии внутренних отношения между «Я» и различными защитными частями. В данной модели лечения «Я» не только пассивно наблюдает, как это происходит в различных методиках медитации – оно играет активную управленческую роль. «Я» выполняет роль своеобразного дирижера оркестра, помогающего всем частям действовать гармонично, создавая симфонию, а не какофонию.

Знакомство с внутренним ландшафтом

Задача психотерапевта – помочь своим пациентам разделить эту невразумительную мешанину на отдельные сущности, чтобы они могли сказать: «Эта часть меня ведет себя как маленький ребенок, а эта часть более зрелая, но чувствует себя жертвой». Им могут не нравиться многие из этих частей, однако, определив их, им гораздо проще с ними совладать. Следующая задача – это призывать пациентов просто просить каждую защитную часть при ее появлении временно «отступить», чтобы можно было увидеть, что именно она защищает. Когда это происходит снова и снова, эти части начинают отделяться от «Я», предоставляя возможность для осознанного наблюдения за собой.

Пациенты учатся придерживать свой гнев, страх или отвращение, освобождая место для любопытства и самоанализа. От лица стабильного «Я» они могут начать конструктивный внутренний диалог с другими своими частями.

Пациентов просят определить, какие части задействованы в текущей наблюдаемой проблеме, такой как чувство собственной никчемности, чувство отверженности или навязчивые мысли о мести. Когда они спрашивают себя: «Что внутри меня испытывает эти чувства?», им в голову может прийти некий зрительный образ (16). Возможно, подавленная часть будет выглядеть, как брошенный ребенок, либо старик, или же как заботящаяся о раненом медсестра; мстительная часть может явиться в образе морского пехотинца или члена уличной банды.

Затем психотерапевт спрашивает: «Что вы чувствуете по отношению к этой (печальной, мстительной, напуганной) части себя?» Так подготавливается почва для осознанного самонаблюдения путем разделения «вас» и рассматриваемой части. Если пациент ответит что-нибудь резкое, например «Я ненавижу ее», то это даст психотерапевту знать, что с «Я» смешалась еще какая-то часть. После этого он может спросить: «Попробуйте попросить отступить ту часть, от которой исходит эта ненависть». Затем защитную часть обычно благодарят за ее бдительность, заверив ее, что она может

вернуться, когда понадобится. Если защитная часть поддается на уговоры, то задается следующий вопрос: «Что вы чувствуете теперь к (прежде отвергнутой) части?» Пациент, скорее всего, скажет что-нибудь в духе: «Мне интересно, почему она такая (грустная, мстительная и т. д.)». Так подготавливается почва для того, чтобы получше познакомиться с этой частью – например, узнать у нее, сколько ей лет, почему она чувствует так, а не иначе.

Как только у пациента набирается критическая масса его «Я», подобные диалоги начинают происходить самопроизвольно. На этом этапе лечения важно, чтобы психотерапевт перестал активно участвовать в процессе, поглядывая за другими частями, которые могут помешать, или изредка задавал такие вопросы, как «Что вы скажете этой части об этом?», или «Куда вы хотите отправиться теперь?», или «Что, как вам кажется, следует сделать дальше?» или же все тот же неизменный вопрос «Что вы теперь чувствуете по отношению к этой части?»

Жизнь по частям

Джоан обратилась ко мне за помощью по вопросу неконтролируемых перепадов настроения, а также чувства вины из-за многочисленных интрижек, самая последняя из которых была с ее инструктором по теннису. Как она сама выразилась на нашем первом сеансе: «Из первоклассного профессионала своего дела я превращаюсь в хныкающего ребенка, потом в бешеную сучку, затем в безжалостную машину по уничтожению еды, и все это в течение десяти минут. Я уже и не знаю, кем из них я являюсь в действительности».

К этому моменту во время сеанса Джоан уже успела раскритиковать рисунки на обоях в моем кабинете, расшатанную мебель, а также заваленный хламом рабочий стол. Нападение было ее лучшей защитой. Она готовилась снова пострадать – я ведь наверняка ее подведу, как это сделало столько людей до меня. Она знала, что для эффективной психотерапии ей нужно было ослабить оборону, так что решила проверить, смогу ли я стерпеть ее гнев, страх и стенания. Я понял, что единственный способ преодолеть ее защитное поведение – это проявить особый интерес к подробностям ее жизни, оказать решительную поддержку в связи с рисками, которые она взяла на себя, заговорив со мной, а также продемонстрировать, что я принимаю те ее части, которых она больше всего стыдится.

Я спросил у Джоан, заметила ли она в себе ту часть, что любит критиковать. Она подтвердила, что заметила, и тогда я спросил, что она чувствует по отношению к этому внутреннему критику. Этот ключевой вопрос позволил ей начать отделяться от этой части и обращаться к своему «Я». Джоан ответила, что она ненавидит критика, так как он напоминает ей мать. Когда я поинтересовался, что может защищать эта склонная к критике часть, на смену злобы пришли любопытство и задумчивость: «Непонятно, почему она считает необходимым называть меня теми же ругательствами, что называла меня мать, а то и похуже». Она рассказала, как боялась в детстве мать – ей казалось, что она все делает не так. Ее внутренний критик явно был управляющим[60]: он не только защищал Джоан от меня, но и пытался опередить с критикой ее мать.

За следующие несколько недель Джоан рассказала мне, что ее изнасиловал парень ее матери, когда она была в первом-втором классе.

Ей казалось, что она «потеряна» для интимных отношений. Она была требовательной к своему мужу, к которому у нее полностью отсутствовал сексуальный интерес, и страстной и раскованной – с другими мужчинами. Все ее интрижки, однако, заканчивались одинаково: посреди любовных утех она сворачивалась клубком и принималась хныкать, как маленькая девочка.

Эти случаи вызывали у нее замешательство и чувство отвращения, и после этого она больше не желала иметь ничего общего со своим очередным любовником.

Подобно Мэрилин из восьмой главы, Джоан сказала мне, что научилась исчезать, когда ее насиловали – она парила над комнатой, словно это происходило не с ней, а с какой-то другой девочкой. Вытолкнув из головы воспоминания о сексуальном насилии, она смогла вести нормальную школьную жизнь – ходила на ночевки к одноклассницам, заводила подружек, занималась командными видами спорта. Трудности начались в подростковые годы, когда она стала относиться с холодным презрением ко всем мальчикам, которые относились к ней хорошо, и иногда занималась сексом с теми, кто вызывал у нее чувство отвращения и стыда. Она сказала, что булимия заменяла ей оргазмы, а от секса с мужем ее тошнило. Хотя конкретные воспоминания о сексуальном насилии были у нее отделены (диссоциированы), она, сама того не ведая, продолжала их воспроизводить.

Я не пытался ей объяснить, почему она чувствовала себя такой злой, виноватой или закрытой – она уже считала себя испорченным товаром. В психотерапии, как и в переработке воспоминаний, ключевую роль играет раскачивание – постепенный подход, описанный в тринадцатой главе. Чтобы Джоан могла разобраться со своими страданиями и болью, нам нужно было заручиться помощью ее внутренней силы и любви – только так она могла исцелиться.

Для этого ей нужно было сфокусироваться на своих многочисленных внутренних ресурсах, напоминая себе, что я не могу предоставить ей любви и заботы, которых она была лишена в детстве. Любой психотерапевт, учитель или наставник, пытающийся заполнить пустоту, связанную с лишениями в детстве, у своего пациента или ученика, неизбежно сталкивается с одной и той же проблемой: он оказывается не тем человеком, не в том месте и не в то время. Психотерапия должна была сосредоточиться на отношениях Джоан с разными частями ее «Я», а не со мной.

Встреча с «управляющими»

По мере продвижения лечения Джоан мы выявили много разных субличностей, которые были у руля в различное время: агрессивного ребенка, который

устраивал истерики, распутного подростка, субличность с суицидальными наклонностями, одержимого управляющего, жеманного моралиста и так далее.

Первым из субличностей Джоан был управляющий. Его задачей было не допустить, чтобы Джоан унизили или бросили, а также он следил, чтобы она была организованной и защищенной.

Некоторые управляющие бывают агрессивными, подобно критике Джоан, в то время как другие стремятся во всем к совершенству и ведут себя сдержанно, стараясь привлечь поменьше внимания. Они говорят, чтобы мы не обращали внимания на происходящее, и призывают нас быть пассивными, чтобы избежать риска. Внутренние управляющие также контролируют доступ к эмоциям, чтобы система «Я» не оказалась перегруженной.

На то, чтобы сохранять контроль над системой, уходит огромное количество энергии. Любая попытка флирта может активировать сразу несколько частей одновременно: одна испытывает сильное сексуальное возбуждение, другая наполнена ненавистью к себе, а третья режет себя, чтобы разрядить обстановку. Другие управляющие придумывают какие-то одержимости и способы отвлечь внимание, либо вовсе отрицают реальность происходящего. Как бы то ни было, к каждой такой части следует относиться, как к внутреннему защитнику, удерживающему важную оборонительную позицию. На управляющих ложится огромная ответственность, которая зачастую оказывается им не по зубам.

Некоторые управляющие крайне толковые. Многие из моих пациентов занимают ответственные должности, блестяще справляются со своими обязанностями и становятся чудесными и внимательными родителями. Придирчивый управляющий Джоан определенно способствовал ее успеху как офтальмолога. Среди моих пациентов было немало весьма толковых учителей и медсестер. Хотя некоторым из коллег они могут показаться немного отстраненными или замкнутыми, они наверняка были бы потрясены, узнав, что их образцовые сослуживцы занимаются самоповреждением, страдают от расстройств питания или же имеют экстравагантные сексуальные наклонности.

Постепенно Джоан начала понимать, что противоречивые чувства или мысли – это совершенно нормально, что придало ей больше уверенности. Если раньше ей казалось, что ненависть поглотила всю ее сущность, то теперь поняла, что лишь часть ее была парализована ею.

Когда Джоан, однако, получила негативную оценку своей работы, все пошло по наклонной. Она стала корить себя за то, что не смогла защититься, затем почувствовала себя слабой и бессильной, стала вести себя навязчиво. Когда я попросил ее рассказать, где эта бессильная часть находится в ее теле и что по отношению к ней она чувствует, Джоан отказалась. Она заявила, что не переносит эту плаксивую, бестолковую девчонку, которая позорила ее, из-за которой она себя презирала.

Я предположил, что эта часть хранит в себе основные воспоминания о пережитом насилии, и решил в тот раз не давить на нее. Она покинула мой кабинет подавленной и отчужденной.

На следующий день она опустошила свой холодильник, после чего несколько раз вызывала у себя рвоту. Придя ко мне в кабинет в следующий раз, она заявила, что хочет убить себя, и была удивлена моему искреннему любопытству, а также тому, что я не стал осуждать ее ни за булимию, ни за суицидальные наклонности. Когда я спросил у Джоан, какие ее части в этом замешаны, вернулся критик, выпалив: «Она отвратительна». Когда она попросила эту часть отступить, следующая часть сказала: «Никто никогда меня не полюбит», после чего снова вышел критик, заявивший, что лучший способ ей помочь – это не обращать внимания на весь этот шум и просто увеличить дозу лекарств.

Очевидно, эти управляющие, стремясь защитить ее уязвимые части, причиняли ей еще больше вреда. Так что я продолжил спрашивать их, что, как им кажется, произойдет, если они отступят в сторону. Джоан отвечала: «Люди будут меня ненавидеть» и «Я окажусь совсем одна и на улице». За этим последовало воспоминание: ее мать говорила ей, что если она не будет слушаться, то ее отдадут в приют и она больше никогда не увидится со своими сестрами и собакой. Когда я спросил, что она чувствует по отношению к этой напуганной девочке внутри нее, она заплакала и сказала, что ей ее жалко. Теперь ее «Я» вернулось, и я был уверен, что мы успокоили ее систему, однако, как оказалось, с этим сеансом я поторопился.

Затушенное пламя

На следующей неделе Джоан не пришла на прием. Мы активировали ее «изгнанных», и ее «пожарные» разбушевались. Как она рассказала мне потом, вечером после нашего предыдущего сеанса, на котором мы обсуждали ее страх попасть в приют, ей казалось, что она вот-вот выйдет из себя. Она отправилась в бар и подцепила там парня. Вернувшись домой поздно, пьяной и лохматой, она отказалась разговаривать с мужем и завалилась спать. На следующее утро она вела себя так, будто ничего не случилось.

Пожарные готовы на все, лишь бы избавить человека от эмоциональной боли. Если не считать задачи по сдерживанию изгнанных, то они – прямая противоположность управляющим: управляющие стремятся поддерживать контроль, в то время как пожарные готовы уничтожить дом, лишь бы остановить пожар.

Борьба между строгими управляющими и вышедшими из-под контроля пожарными продолжается до тех пор, пока изгнанным, которые несут на себе бремя травмы, не разрешат вернуться, пока о них не позаботятся. Все, кто имеет дело с пережившими психологическую травму людьми, сталкиваются с этими «пожарными». Я встречал пожарных, которые страдали зависимостью от покупок, спиртного, компьютерных игр, постоянно изменяли или навязчиво

занимались спортом. Грязная интрижка способна заглушить ужас и стыд пережившего насилие ребенка, пускай и всего на пару часов.

Важно помнить, что пожарные, по сути, отчаянно пытаются защитить систему. В отличие от управляющих, которые, как правило, готовы в той или иной мере сотрудничать в процессе лечения, пожарных не удержать: они извергают оскорбления и выскакивают из комнаты. Пожарные неугомонны, и если спросить у них, что случится, перестань они делать свою работу, то окажется, что они полагают, будто чувства изгнанных разрушат всю систему «Я». Им невдомек, что существуют другие, более эффективные и разумные способы обеспечивать физическую и эмоциональную безопасность, и даже если человек перестает объедаться или резать себя, пожарные зачастую находят другие способы саморазрушения. Этому удастся положить конец, только когда бразды правления вновь возьмет «Я», и вся система перестанет чувствовать себя под угрозой.

Время токсичности

Изгнанные – это свалка токсичных отходов системы. Так как они хранят в себе воспоминания, ощущения, убеждения и эмоции, связанные с травмой, то выпускать их на свободу опасно. Они содержат в себе переживания в духе «Господи, мне конец!» – суть неотвратимого шока, – а вместе с ними ужас, упадок и приспособление. Изгнанные могут заявлять о себе в виде сдавливающих физических ощущений или полной эмоциональной бесчувственности, и они подрывают как рассудительность управляющих, так и напускную храбрость пожарных.

Подобно большинству жертв инцеста, Джоан ненавидела своих изгнанных, в особенности маленькую девочку, удовлетворявшую желания насильника, и испуганного ребенка, плачущего в одиночестве в кровати.

Когда изгнанным удастся пересилить управляющих, они берут над нами верх – мы превращаемся в отвергнутого, нелюбимого и брошенного ребенка. Наше «Я» «смешивается» с изгнанными, и все другие возможные альтернативы для нашей жизни затмеваются.

Затем, как заметил Шварц: «Мы видим себя и мир вокруг их глазами и верим, что мир именно такой. В данном состоянии нам и в голову не придет, что нашим сознанием овладели» (17).

Сдерживание изгнанных, однако, подавляет не только воспоминания и эмоции, но так же и части, которые их хранят, – части, которые больше всего пострадали из-за травмы. Говоря словами Шварца: «Обычно это самые чувствительные, креативные, любящие интимную близость, жизнерадостные, игривые и наивные наши части. Когда мы изгоняем их, пострадав от чьих-то рук, то они получают двойной удар – к первоначальной травме добавляется обида из-за того, что их отвергли» (18). Как обнаружила Джоан, продолжая скрывать и презирать изгнанных, она обрекала себя на безрадостную и лишенную интимной близости жизнь.

Высвобождение прошлого

Спустя несколько месяцев после начала лечения нам с Джоан снова удалось достучаться до изгнанной девочки, которая хранила в себе унижение, замешательство и стыд из-за растления Джоан. К этому времени она уже достаточно доверяла и достаточно развила чувство своего «Я», чтобы спокойно наблюдать за собой-ребенком и похороненными ощущениями ужаса, эмоционального возбуждения, покорности и причастности. Она мало что говорила во время этого процесса, и моей основной задачей было помогать ей оставаться в состоянии спокойного наблюдателя. У нее частенько возникало желание отстраниться из-за отвращения и ужаса, оставив этого нежеланного ребенка одного со страданиями. Тогда я просил ее защитников отступить, чтобы она могла прислушаться к словам этой маленькой девочки.

Наконец с моей помощью она смогла вырвать эту девочку из рук насильника и забрать ее с собой в безопасное место. Она решительно сказала обидчику, что больше не подпустит его к ней. Вместо того чтобы отвергать этого ребенка, она сыграла активную роль в ее освобождении. Как и в ДПДГ-терапии, разрешение психологической травмы стало для нее результатом ее способности обратиться к своему воображению и переиграть сцены, в которых она застывала от страха многие годы назад. Беспомощная пассивность была замещена решительными действиями под руководством «Я».

Начав контролировать свои побуждения и свое поведение, Джоан осознала пустоту своих отношений с мужем Брайаном и начала настаивать на переменах. Я предложил ей встретиться втроем, и она присутствовала на восьми совместных сеансах, после чего я стал встречаться с Брайаном отдельно.

Шварц обращает внимание, что ВСС-терапия способна помочь членам семьи «куруровать» друг друга, наблюдая за взаимодействием различных частей своих родных между собой. Я увидел это своими глазами, когда занимался с Джоан и Брайаном. Брайан изначально весьма гордился тем, что столь долго терпел поведение Джоан; чувствуя, что она по-настоящему в нем нуждается, он даже и не задумывался о разводе. Теперь же, когда ей хотелось больше интимной близости, ему начало казаться, что на него давят, и он стал чувствовать свою несостоятельность – так обнажилась его паникующая часть, которая отключилась и отгородилась стеной его чувства.

Со временем Брайан стал рассказывать про то, как рос в семье алкоголиков, где свойственное для Джоан поведение было обычным делом и чаще всего игнорировалось, перемежаясь с периодами пребывания его отца в наркологических центрах и длительными госпитализациями его матери в связи с депрессией и попытками самоубийства. Когда я спросил у его объятый паникой части, что произойдет, если она позволит Брайану что-нибудь почувствовать, она дала понять, что боится невыносимой боли – боли из его детства, помноженной на боль отношений с Джоан.

За следующие несколько недель появились и остальные части. Сначала явился защитник, который боялся женщин и был решительно настроен больше не

допустить, чтобы Брайан стал жертвой их манипуляций. Затем мы обнаружили ярко выраженную заботливую часть, которая присматривала за его матерью и другими детьми в семье, которые были младше его. Эта часть усиливала самооценку Брайана и придавала его жизни смысл, а также помогала справляться со своим собственным ужасом. Наконец, Брайан был готов к встрече со своим изгнанным – напуганным, по сути не имеющим матери ребенком, о котором некому было позаботиться.

Это был очень краткий пересказ длинного процесса познания со многими перипетиями, такими как периодическое появление критика Джоан. Тем не менее ВСС с самого начала помогла Джоан и Брайану услышать себя и друг друга с точки зрения объективного, любопытного и сострадательного «Я». Они больше не были заперты в прошлом, и перед ними открылись множество новых возможностей.

Сила самосострадания: ВСС-терапия в лечении ревматоидного артрита

Нэнси Шадик работает ревматологом в Объединенном бостонском медицинском центре (Boston's Brigham and Women's Hospital). Она проводит медицинские исследования ревматоидного артрита (РА) [61], а также проявляет огромный интерес к тому, как ее пациенты переносят болезнь. Узнав про ВСС на семинаре с участием Ричарда Шварца, она решила использовать эту терапию в исследовании эффективности психосоциальной помощи для больных РА.

Ревматоидный артрит – аутоиммунное заболевание, вызывающее воспалительные реакции по всему телу, которые приводят к хронической боли и потере подвижности. Лекарства способны замедлить течение болезни и принести частичное облегчение от боли, однако лечению она не поддается, и жизнь с РА может привести к развитию депрессии, тревоги, чувства одиночества и общему ухудшению качества жизни. Я следил за этим исследованием с особым интересом из-за обнаруженной мной связи между психологической травмой и аутоиммунными болезнями.

Совместно со старшим специалистом по ВСС-терапии Нэнси Соуэлл доктор Шадик организовала проведение девятимесячного рандомизированного исследования, в ходе которого одна группа пациентов с РА проходила групповые и индивидуальные сеансы ВСС-терапии, в то время как контрольная группа получала регулярные электронные письма и телефонные звонки касательно симптомов болезни и борьбы с ними. Обе группы продолжили принимать свои обычные лекарства и проходили регулярный осмотр у ревматологов, которые не знали, к какой группе принадлежали пациенты.

Целью первой группы было научить пациентов принимать и понимать свой неизбежный страх, беспомощность и злость, а также относиться к этим чувствам, как к членам их собственной «внутренней семьи». Они обучались навыкам ведения внутреннего диалога, который должен был научить их распознавать свою боль, определять сопровождающие ее мысли и эмоции, а затем взаимодействовать с этими внутренними состояниями с интересом и состраданием.

Вскоре всплыла одна существенная проблема. Подобно многим перенесшим травму людям, пациенты с РА были подвержены алекситимии. Как позже сказала мне Нэнси Шадик, они никогда не жаловались на свои боли и ограниченность в движениях, пока они не становились невыносимыми. Когда их спрашивали, как они себя чувствуют, пациенты практически всегда отвечали «нормально». Их стоические части определенно помогали им справляться с болезнью, однако эти управляющие также удерживали их в состоянии отрицания. Некоторые настолько сильно подавляли свои ощущения и эмоции, что не могли эффективно взаимодействовать со своими врачами.

Чтобы сдвинуться с мертвой точки, наставники в театральной манере знакомили пациентов с различными частями их системы «Я»: они переставляли мебель и реквизит, которые олицетворяли управляющих, изгнанных и пожарных. В течение следующих нескольких недель участники начали рассказывать про управляющих, которые заставляли их «терпеть, стиснув зубы», потому что никому не интересно слышать их жалобы.

Затем, когда они просили свою стоическую часть отступить, они распознавали озлобленную часть, которой хотелось кричать и крушить все вокруг, апатичную часть, которой не хотелось вставать с кровати, а также изгнанного, который считал себя никчемным, так как ему не разрешалось говорить. Как оказалось, практически всех из них в детстве затыкали, и им приходилось оставлять свои потребности при себе.

Индивидуальные сеансы помогли пациентам применять модель внутренних частей к повседневным проблемам. Так, например, одна женщина сталкивалась с проблемами на работе: ее «управляющий» настаивал, что она должна работать изо всех сил, пока не обострится РА. С помощью психотерапевта она осознала, что может заботиться о себе, не доводя себя до изнеможения.

Обе группы проходили обследование трижды за девять месяцев исследования, а потом еще раз год спустя. По окончании девяти месяцев первая группа продемонстрировала значительные улучшения по таким показателям (по их собственной оценке), как боли в суставах, физическая дееспособность, самосострадание и общий уровень боли, по сравнению с контрольной группой. Кроме того, они стали менее подавленными и больше верили в себя и свои силы. Обследование год спустя показало, что первой группе удалось закрепить результат по уровню воспринимаемой боли и симптомам депрессии, хотя объективные медицинские тесты больше не фиксировали улучшений по показателям боли и дееспособности. Другими словами, изменилась прежде всего способность пациентов жить со своей болезнью. Шадик и Соуэлл заключили, что ключевым фактором эффективности ВСС-терапии был ее упор на самосострадании.

Это было не первое исследование, показавшее, что психологическое вмешательство может помочь пациентам с РА. Когнитивно-поведенческая психотерапия и методики самоосознанности также продемонстрировали свою эффективность в борьбе с болью, воспалением суставов, физической недееспособностью и депрессией (19). Тем не менее ни в одном из этих исследований не был задан самый главный вопрос: способствует ли увеличение уровня психологической защищенности и комфорта нормализации работы иммунной системы?

Высвобождение изгнанного ребенка

Питер работал онкологом в престижном академическом медицинском центре, который регулярно признавался одним из лучших в стране. Благодаря регулярным занятиям сквошем он был в прекрасной физической форме, а его самоуверенность порой переходила в заносчивость.

Этот человек явно не страдал от ПТСР. Придя ко мне в кабинет, он заявил, что просто хочет узнать, как помочь своей жене быть менее «обидчивой». Она угрожала уйти от него, если он не разберется со своей, как она это называла, бессердечностью.

Питер заверил меня в неадекватности ее восприятия, так как у него явно не было проблем с проявлением эмпатии по отношению к пациентам. Ему нравилось говорить про свою работу, он гордился тем фактом, что ординаторы и старшие врачи отчаянно боролись за возможность работать под его началом, а также слухом о том, что персонал его побаивается. Себя он называл предельно честным, настоящим ученым, человеком, который просто смотрел фактам в лицо и – он бросил многозначительный взгляд в мою сторону – снисходительно относится к человеческой глупости. У него были высокие требования к людям – в том числе и к самому себе, и он заверил меня, что не нуждается ни в чьей любви, только в уважении.

Питер также рассказал мне, что стажировка в психиатрии во время учебы на медицинском убедила его, что психиатры – те еще шарлатаны, а одна смена в семейной психотерапии окончательно закрепила у него это мнение. Он выражал презрение к людям, которые обвиняли в своих проблемах родителей или общество. Хотя ему и самому в детстве пришлось несладко, он был решительно настроен никогда не воспринимать себя как жертву.

Хотя непроницаемость и любовь к точности Питера мне и были по душе, я задумался о том, не обнаружим ли мы в итоге то, с чем мне так часто приходится сталкиваться: внутренних управляющих, помешанных на власти, которые обычно создаются для защиты от чувства беспомощности.

Когда я спросил про его семью, Питер сообщил мне, что у его отца была фабрика. Он пережил холокост, порой бывал жестоким и взыскательным, однако у него была также мягкая и сентиментальная сторона, которая поддерживала связь между ним и Питером, а также вдохновила Питера стать врачом. Рассказывая мне про свою мать, он впервые осознал, что вместо искренней заботы она усердно хлопотала по дому, однако Питер отрицал, что это его как-либо волновало. В школе он учился на круглые пятерки. Он поклялся построить свою жизнь так, чтобы в ней не было места отверженности и унижению, однако по иронии судьбы он каждый день жил с ними бок о бок – его больные раком пациенты регулярно умирали, и он

постоянно испытывал трудности с финансированием и публикацией своих исследований.

На следующей встрече к нам присоединилась жена Питера. Она рассказала, что он постоянно ее критикует – ее вкус к одежде, ее подход к воспитанию детей, ее читательские интересы, ее умственные способности, ее подруг. Он редко бывал дома, а эмоционально так вообще никогда не открывался. Из-за его многочисленных важных обязательств, а также взрывного темперамента его семья ходила вокруг него на цыпочках. Она была решительно настроена уйти от него и начать новую жизнь, если он не предпримет никаких радикальных мер. В этот момент впервые за все время я увидел, как он заволновался. Он заверил меня и свою жену, что хочет во всем разобраться.

На следующем сеансе я попросил его позволить своему телу расслабиться, закрыть глаза, направить свое внимание вовнутрь и спросить у своей критической части – той самой, что описала его жена, – чего она пытается не допустить своим постоянным беспощадным осуждением. Тридцать секунд спустя он сказал, что ему кажется глупым разговаривать с самим собой. Он не хотел, чтобы я пробовал на нем какие-то экспериментальные методики – он пришел ко мне за «проверенной на практике психотерапией». Я заверил его, что, подобно ему, практикую исключительно проверенные методы лечения и это один из них. Он молчал примерно минуту, после чего прошептал: «Чтобы мне не причинили боли». Я призвал его спросить у этого критика, что это значит.

Не открывая глаз, Питер ответил: «Если критиковать окружающих, они не посмеют причинить тебе боли». Я попросил его поблагодарить своего критика за защиту от боли и унижения, а когда он вновь замолчал, я заметил, как у него расслабились плечи, а дыхание стало более медленным и глубоким.

Следом он мне сказал, что понимает, как его напыщенность влияет на его отношения с коллегами и студентами; во время служебных совещаний он чувствовал себя одиноким и презираемым, а на корпоративных мероприятиях в больнице ему было неловко. Когда я спросил его, хотелось бы ему изменить отношение этой своей злобной части к людям, он сказал, что хотел бы этого. Затем я спросил, где она находится в его теле, и он обнаружил ее по центру груди. Я спросил, какие чувства она у него вызывает. Он ответил, что страх.

Затем я попросил продолжать фокусировать на ней свое внимание и продолжать следить за своими чувствами к ней. Он сказал, что ему любопытно узнать про нее побольше. Я предложил ему попросить своего критика показать, что именно он защищает. После продолжительной тишины, по-прежнему не открывая глаз, он сказал, что увидел сцену из своего прошлого. Отец Питера бил маленького мальчика, которым был он сам, в то время как взрослый Питер стоял в стороне и думал о том, как глупо было со стороны этого мальчишки провоцировать отца. Когда я спросил у него, что он чувствует по отношению к мальчику, которого бьют, он ответил, что презирает его. Он был тряпкой и плаксой. Демонстрируя малейшее неповиновение своему властному отцу, он неизбежно капитулировал и жалобно обещал вести себя впредь хорошо. В ответ появился критик и начал обзывать его такими словами, как «тюфяк» и «неженка». Я снова спросил Питера, не

соизволит ли критик немного отступить, чтобы дать мальчику высказаться. Он полностью закрылся и перед уходом заявил, что вряд ли когда-то еще ступит ногой в мой кабинет.

Тем не менее на следующей неделе он снова пришел: его жена, как и обещала, пошла к адвокату и подала документы на развод. Он был опустошен и больше не выглядел тем полностью уверенным в себе врачом, с которым я познакомился. Он был явно напуган. Он был сам не свой от перспективы потерять семью – его утешала идея о том, что если все пойдет совсем плохо, он всегда сможет взять свою жизнь в собственные руки.

Он снова заглянул внутрь себя и обнаружил часть, ужасно боявшуюся того, что его бросят. Когда он вошел в состояние самоосозанного «Я», я призвал его попросить того напуганного мальчика показать, какое бремя он на себе несет. И снова его первой реакцией было отвращение к слабости этого мальчика, однако когда я попросил его уговорить эту часть отступить в сторону, он увидел себя маленьким мальчиком в родительском доме, который в ужасе кричал один у себя в комнате. Питер наблюдал за этой сценой несколько минут, молча всхлипывая. Я поинтересовался у него, все ли ему рассказал этот мальчик. Нет, были и другие сцены – например, как он бежал к двери, чтобы обнять своего отца, или получал пощечину за то, что слушался мать.

Время от времени он прерывался, чтобы оправдать своих родителей – в конце концов, они пережили холокост со всеми вытекающими. Тогда снова предлагал ему выявить те его части, что прерывали рассказы мальчика о пережитой боли, и попросить их временно уйти в другую комнату. И каждый раз ему удавалось вернуться к своему горю.

Я попросил Питера сказать мальчику, что теперь он понимает, насколько ужасно ему приходилось. Долгое время он сидел, не проронив ни слова. Затем я попросил его показать мальчику, что он заботится о нем. После некоторых уговоров он обвил мальчика руками. Я был удивлен тому, что этот грубый и бессердечный с виду мужчина в точности знал, как о нем позаботиться.

Затем спустя какое-то время я призвал Питера вернуться к сцене, где мальчика обижал отец, и забрать его с собой. Питер представил, как, будучи взрослым, дает отпор своему отцу и говорит ему: «Если ты еще раз обидишь этого мальчика, я тебя убью». Затем он представил, как отводит этого мальчика на одну известную ему площадку для кемпинга, где тот под его присмотром играл и резвился с пони.

На этом, однако, наша работа не закончилась. После того как его жена забрала обратно бумаги на развод, некоторые из его прежних привычек вернулись.

Время от времени мы снова обращались к этому одинокому мальчику, чтобы Питер мог позаботиться о своих травмированных частях, особенно когда ему было больно из-за произошедшего дома или на работе. Эта стадия ВСС-терапии называется «разгрузкой» и представляет собой выхаживание изгнанных частей до полного выздоровления.

С каждой новой разгрузкой прежде язвительный внутренний критик Питера все больше расслаблялся, и постепенно из судьи он превратился в наставника, и Питер начал восстанавливать свои отношения с семьей и коллегами. Кроме того, его перестали мучить так называемые головные боли тензионного типа [62].

Однажды он рассказал мне, что всю свою взрослую жизнь пытался отпустить прошлое, и обратил внимание на иронию того, что для этого ему нужно было сначала с ним сблизиться.

Глава 18. Заполнение пустоты: создание структур

Величайшим открытием моего поколения было то, что человек способен поменять свою жизнь, изменив отношение к ней.

Уильям Джеймс

Не что-то выглядит иначе, а человек иначе видит. словно само его зрение было изменено добавлением нового измерения.

Карл Юнг

Одно дело – перерабатывать воспоминания о пережитой травме, однако совершенно другое – посмотреть в лицо внутренней пустоте, образовавшейся в душе из-за того, что человека отвергли, не замечали, не позволяли ему говорить правду. Если глаза родителей никогда не загорались при взгляде на своего ребенка, то ему неоткуда узнать, каково это – быть любимым и дорогим сердцу. Придя из непостижимого мира, где господствовали замалчивание и страх, практически невозможно подобрать слова, чтобы описать пережитое. Человеку, который рос нежеланным, до которого никому в детстве не было дела, крайне тяжело выработать у себя внутреннее чувство принадлежности и самоуважения.

Исследование, проведенное Джуди Херман, Крисом Перри и мной (см. девятую главу), показало, что для людей, которые чувствовали себя нежеланными в детстве, а также тех, кто в детстве ни с кем рядом не чувствовал себя защищенным, традиционная психотерапия оказывается малоэффективной – возможно, потому что они не могут активировать старые воспоминания о том, каково это, когда о тебе заботятся.

Я вижу это даже в самых старательных своих пациентах. Как бы усердно они ни сотрудничали в ходе психотерапии, какими бы ни были их личные и профессиональные достижения, им не стереть опустошительные воспоминания о

матери, которая была слишком подавленной, чтобы их замечать, либо об отце, который относился к ним так, словно жалел, что они вообще появились на свет. Было очевидно, что для кардинального изменения своей жизни им необходимо поменять эти внутренние карты мира. Но как это сделать? Как помочь людям ощутить внутри чувства, которых не было у них в детстве?

Намек на возможный ответ появился у меня, когда я посетил учредительную конференцию Американской ассоциации телесно-ориентированной психиатрии в июне 1994 года в небольшом колледже в Беверли на скалистом массачусетском побережье. Забавно, что меня пригласили, чтобы представить современную психиатрию и выступить с докладом на тему использования снимков мозга для визуализации психических состояний. Стоило мне, однако, зайти в фойе, где пили кофе собравшиеся участники, как я осознал, что эти люди совсем не походили на тех, что я обычно встречал на собраниях по психотерапии или психофармакологии. Их манера общения между собой, их позы и жесты излучали жизненную энергию и вовлеченность – это была та самая физическая взаимность, что лежит в основе подстройки.

Вскоре я завел разговор с Альбертом Пессо, коренастым мужчиной за семьдесят, который раньше был танцором в танцевальной компании Марты Грэм. Сквозь его густые брови проступали доброта и уверенность. Он сообщил мне, что нашел способ кардинально изменить отношение людей со своей внутренней сущностью, своим соматическим «Я». Его энтузиазм был заразительным, однако я отнесся скептически и спросил, уверен ли он, что может изменить настройки миндалевидного тела. Совершенно не обеспокоенный тем фактом, что никто до сих пор формально не проверял его методику, он с уверенностью заверил, что действительно может это сделать.

Пессо собирался провести сеанс психомоторной терапии и предложил мне принять в нем участие. То, что я увидел, не было похоже ни на одно групповое занятие, на которых мне приходилось бывать прежде. Он сел на табурет напротив женщины по имени Нэнси, которую он называл «протагонистом», в то время как остальные участники расселись на подушках вокруг них. Затем он предложил Нэнси рассказать о том, что ее беспокоит, время от времени используя паузы в ее рассказе, чтобы «засвидетельствовать» ее наблюдения – например, «Свидетель видит, как вы падаете духом, когда рассказываете, как из вашей семьи ушел отец». Я был впечатлен тем, как внимательно он отслеживал малейшие изменения в положении ее тела, выражении лица, интонации голоса и взгляде, невербально выражающих ее эмоции (в психомоторной терапии это называется «микроротслеживанием»).

Каждый раз, когда Пессо делал «свидетельское заявление», лицо и тело Нэнси немного расслаблялись, словно ее успокаивало то, что ее слушали и воспринимали всерьез. Ее тихие комментарии, казалось, придавали ей смелости продолжать свой рассказ, копая все глубже. Когда Нэнси заплакала, Пессо заметил, что никто не должен выносить столько боли в одиночку, и предложил ей выбрать кого-нибудь, чтобы он сел рядом с ней (он называл такого человека «контактным лицом»). Нэнси кивнула и, внимательно осмотрев комнату, указала на женщину средних лет с добрым лицом. Пессо спросил у Нэнси, куда бы она хотела посадить контактное лицо. «Прямо сюда», – решительно сказала Нэнси, указывая на подушку справа от нее.

Я был восхищен увиденным. Люди обрабатывают информацию об относительном положении в пространстве в правом полушарии мозга, и наши исследования по нейровизуализации показали, что основные отпечатки травмы также находятся в правом полушарии (см. третью главу). Забота, неодобрение, безразличие – все это передается прежде всего через выражение лица, интонацию голоса и физические движения. Согласно нашим самым последним исследованиям, вплоть до девяносто процентов общения между людьми приходится на обрабатываемое правым полушарием невербальное взаимодействие (2), и именно на это, казалось, делался упор в методике Пессо. Сеанс продолжился, и я был потрясен тем, как присутствие контактного лица, казалось, помогает Нэнси справляться с болезненными переживаниями, которые она ворошила (3).

Самым же необычным, пожалуй, было то, как Пессо рисовал картину – или, как он это называл, «структуру» – прошлого протагониста. По мере того, как протагонист вел свое повествование, других участников просили играть роли важных людей в его жизни – таких как родители и другие члены семьи, – чтобы его внутренний мир начал приобретать форму в трехмерном пространстве.

Участников просили изображать идеальных родителей, которые обеспечивали поддержку, любовь и защиту, которой протагонисту так не хватало в важнейшие моменты жизни. Протагонист становился режиссером своей собственной пьесы, рисуя вокруг себя прошлое, которого у него никогда не было.

После проигрывания этих воображаемых сценариев люди испытывали явное физическое и эмоциональное облегчение. Неужели эта методика могла наложить отпечатки защищенности и комфорта рядом со следами ужаса и одиночества спустя десятилетия после того, как мозг и разум были трансформированы ими?

Заинтригованный многообещающей работой Пессо, я с радостью принял его приглашение посетить его фермерский домик на вершине холма на юге Нью-Гэмпшира. После обеда под тенью древнего дуба Альфред предложил мне пройти в его обитый красной вагонкой сарай, который он превратил в студию, чтобы провести сеанс по его методике. Я немало лет сам занимался с психотерапевтом, так что не ожидал каких-то серьезных откровений. Я был успешным профессионалом за сорок со своей собственной семьей, который воспринимал своих родителей как двух пожилых людей, пытавшихся провести достойную старость. Уж точно у меня и в мыслях не было, что они по-прежнему могут оказывать на меня какое-то значительное влияние.

Так как играть роли людей из моей жизни было некому, Альфред предложил мне выбрать какой-нибудь предмет или мебель, которые бы олицетворяли моего отца. Мой выбор пал на огромный кожаный диван, и я попросил Альфреда поставить его вертикально метрах в трех от меня, чтобы он находился немного левее. Затем он предложил мне пригласить в комнату и мою мать, и я выбрал массивную лампу примерно той же высоты, что и стоящий вертикально диван. По мере продвижения сеанса вокруг появились и другие важные люди в моей жизни: мой лучший друг в виде небольшой коробки с бумажными платками справа от меня; моя жена – небольшая подушка рядом с ним; мои двое детей – еще две маленькие подушки.

Спустя какое-то время я огляделся: два громоздких, темных и грозно стоящих предмета представляли моих родителей, в то время как ряд крошечных предметов олицетворяли мою жену, детей и друзей. Я был потрясен: я воссоздал свой внутренний образ строгих родителей-кальвинистов, сложившийся у меня, когда я был маленьким мальчиком.

Я почувствовал напряжение в груди, а мой голос, наверное, звучал еще более напряженным. Я не мог отрицать того, о чем говорил мой пространственный мозг[63]: эта методика помогла мне визуализировать мою внутреннюю карту мира.

Когда я сообщил Альфреду о том, что только что обнаружил, он кивнул и предложил мне изменить мои установки. Ко мне снова вернулся скептицизм, однако Альфред мне нравился, а его методика вызывала у меня любопытство, так что я с неохотой согласился. Тогда он встал прямо между мной и лампой с диваном, скрыв их из моего поля зрения. Тут же я ощутил глубокое облегчение в теле – напряжение в груди ослабло, а мое дыхание стало расслабленным. В тот момент я и решил стать учеником Пессо (4).

Перестройка внутренних карт

Проекция своего внутреннего мира в трехмерное пространство позволяет человеку понять, что происходит в театре его разума, и дает куда более четкое представление о его реакциях на людей и события из прошлого. Разместив вокруг себя «дублеров» важных людей в своей жизни, он может быть удивлен всплывшими неожиданными воспоминаниями, мыслями и эмоциями. Затем можно начать экспериментировать, передвигая эти фигуры вокруг себя и отслеживая свои реакции на эти перемещения.

Хотя в методике «структур» и присутствует диалог, психомоторная терапия не пытается объяснить или как-то интерпретировать прошлое. Вместо этого она позволяет почувствовать то, что человек чувствовал тогда, визуализировать то, что он видел, и высказать то, что он не мог сказать, когда все случилось. Она словно предоставляет возможность вернуться обратно в сюжете своей жизни и переписать важнейшие сцены. Дублеров можно попросить сделать то, что люди не сделали в прошлом – например, не дать отцу избивать мать. Эти картины способны спровоцировать сильнейшие эмоции. Например, поместив свою сжавшуюся от страха мать в угол, человек может испытать желание защитить ее и осознать, насколько беспомощным он себя чувствовал в детстве. Если же затем создать идеальную мать, способную дать отпор отцу и знающую выход из насильственных отношений, то можно ощутить внутреннее облегчение, избавившись от преследовавших всю жизнь чувства вины и беспомощности. Либо же можно посмотреть в лицо брату, который не давал покоя в детстве, а затем создать образ идеального брата, который защищает и служит примером.

Задача группы – обеспечить протагониста всей необходимой поддержкой, чтобы он мог погрузиться в воспоминания, в которых ему было слишком страшно копаться в одиночку. Чувство защищенности, создаваемое другими участниками, позволяет обратить внимание на то, что человек скрывал от самого себя – как правило, это те вещи, которых он стыдился больше всего.

Когда больше не нужно ничего прятать, метод структуры позволяет перенести чувство стыда туда, где ему место – на фигуры перед собой, которые обижали его в детстве, из-за которых он ощущал себя беспомощным.

Чувство защищенности позволяет сказать отцу (или, точнее, тому, кто играет его роль) то, что не было сказано в пятилетнем возрасте. Человек может сказать дублеру своей подавленной и напуганной матери, как сильно он сожалеет, что не смог о ней позаботиться. Можно экспериментировать с расстояниями до дублеров и двигать их, отслеживая свои реакции. Будучи активным участником, можно полностью погрузиться в происходящее, что невозможно, когда просто рассказываешь свою историю. А пока человек сам решает, как ему представлять свою внутреннюю реальность, свидетель составляет ему компанию, замечая изменения в его позе, выражении лица и интонации голоса.

Согласно моему опыту, возможности физически воспроизвести сцены из прошлого в настоящем с последующей их переработкой в безопасной обстановке может оказаться достаточно, чтобы создать новые, искусственные воспоминания: о том, как человек жил в любви и заботе под защитой своих родителей. Метод структур не стирает плохие воспоминания и даже не нейтрализует их, как это происходит в ДПДГ-терапии. Вместо этого создается новый взгляд – альтернативные воспоминания, в которых базовые потребности человека оказываются удовлетворены, в которых он получает необходимую любовь и защиту.

Пересмотр прошлого

Позвольте мне привести пример с сеанса, проведенного мной не так давно в институте Эсален в Биг-Суре на калифорнийском побережье.

Мария, худощавая, спортивного телосложения филиппинка за сорок, первые два дня, посвященные изучению долгосрочных последствий травмы и обучению методикам саморегуляции, была веселой и любезной. Теперь же, сидя в паре метров от меня на подушке, она выглядела напуганной и зажатой. Я подумал, что, возможно, она вызвалась выступить в роли протагониста, в первую очередь чтобы угодить своей девушке, которая пришла на занятие вместе с ней.

Первым делом я попросил ее обратить внимание на то, что происходит у нее внутри, и поделиться всем, что придет в голову. После продолжительного молчания она сказала: «Я ничего толком не чувствую в своем теле, и в голове пустота». Зеркально отражая ее внутреннее напряжение, я ответил: «Свидетель видит, как сильно ты обеспокоена пустотой в своем разуме и отсутствием чувств после того, как ты вызвалась выполнить структуру. Так ведь?» «Да!» – ответила она с небольшим облегчением.

«Фигура свидетеля» вступает в структуру в самом начале и принимает на себя роль нейтрального, никак не осуждающего наблюдателя, который присоединяется к протагонисту, отражая его эмоциональное состояние и замечая, в каких обстоятельствах это состояние появилось (как когда я сказал Марии: «после того, как ты вызвалась выполнить структуру»).

Когда человеку дают понять, что его слышат и видят, это создает необходимые условия для его защищенности, что важно при исследовании опасных территорий психологической травмы прошлого.

Исследования по нейровизуализации показали, что когда люди слышат заявления, отражающие их внутреннее состояние, у них моментально активизируется правое миндалевидное тело, словно подчеркивая точность замечания.

Я попросил Марию продолжать следить за своим дыханием – это было одно из упражнений, которые мы вместе выполняли, – обращая при этом внимание на ощущения в своем теле. После очередного продолжительного молчания она нерешительно заговорила: «Что бы я ни делала, меня всегда преследует чувство страха. С виду не скажешь, что я боюсь, однако я постоянно прилагаю усилия. Например, прямо сейчас мне очень тяжело здесь находиться». Я ответил: «Свидетель видит, насколько тебе некомфортно заставлять себя здесь находиться», и она кивнула, слегка выпрямив свою спину – это указывало на то, что она почувствовала себя понятой. Она продолжила: «Я выросла, думая, что у меня нормальная семья. Но я всегда боялась своего отца. Я никогда не чувствовала его заботы. Он никогда не бил меня так сильно, как моих братьев и сестер, однако меня переполняет страх». Я заметил, что свидетель видит, насколько напуганной она выглядит, рассказывая про своего отца, после чего предложил ей выбрать на его роль одного из участников.

Осмотрев комнату, Мария выбрала Скотта – доброго видеопродюсера, который был активным и энергичным участником группы. Я сказал Скотту, что говорить: «Я беру на себя роль твоего отца, который пугал тебя, когда ты была маленькой девочкой». (Учтите, что суть состоит не в импровизации, а в точном воспроизведении сценария и диалогов по указаниям свидетеля и протагониста.) Затем я спросил у Марии, где бы она хотела разместить своего настоящего отца, и она сказала Скотту встать метрах в четырех от нее, чуть правее, и отвернуться от нее. Мы начали создавать картину.

Каждый раз, проводя такие сеансы, я поражаюсь тем, насколько точны внешние проекции правого полушария. Протагонисты всегда в точности знают, где должны быть расположены различные персонажи их структуры.

Также меня снова и снова удивляет то, как дублеры, олицетворяющие важных людей из прошлого протагониста, практически сразу же вживаются в роль: они словно становятся теми людьми, с которыми он имел дело в прошлом – причем не только для протагониста, но и для других участников. Я предложил Марии хорошенько посмотреть на своего отца, и пока она его разглядывала, мы видели, как ее ужас сменился глубоким сочувствием к нему. Со слезами на глазах она рассуждала о том, какой тяжелой была его жизнь – как, будучи ребенком во время Второй мировой войны, он видел, как людям отрубали головы; как его заставляли есть гнилую и червивую рыбу. Метод структуры создает одно из важнейших условий для глубоких терапевтических изменений: похожее на транс состояние, при котором бок о бок могут сосуществовать разные реальности – прошлое накладывается на настоящее; человек, осознавая, что он взрослый, чувствует при этом то, что чувствовал в детстве; он выражает свой гнев или ужас тому, кто причинил ему боль в прошлом, прекрасно осознавая, что это, в случае Марии, Скотт, который нисколько не похож на ее настоящего отца. При этом становится возможным одновременно испытывать целый калейдоскоп противоречивых эмоций: привязанность, злость, тяга к родителям.

Мария начала описывать свои отношения с родителями, когда она была маленькой девочкой, в то время как я продолжил зеркально отражать ее невербальные сигналы. Она сказала, что ее отец жестоко обращался с ее матерью. Он постоянно придирался к тому, что она готовила, к ее телу, к тому, как она вела хозяйство, и она всегда боялась за свою мать, когда он ее отчитывал. Мария описала свою мать как любящую и душевную; без нее ей было бы не выжить. Она всегда была рядом, чтобы утешить Марию после того, как отец на ней сорвется, однако ничего не делала, чтобы защитить детей от отцовского гнева. «Думаю, моя мама сама сильно боялась. У меня такое чувство, что она не защищала нас, потому что чувствовала себя в западне».

В этот момент я предложил Марии вызвать в комнату ее настоящую мать. Мария снова прошлась глазами по комнате и с улыбкой попросила Кристин, блондинку скандинавской внешности, которая была художником, сыграть роль ее настоящей матери. Кристин согласилась, используя традиционную формулировку: «Я беру на себя роль твоей настоящей матери, которая любила тебя и без которой ты бы не выжила, но которая не смогла тебя защитить от жестокого отца». Мария пригласила ее сесть справа от себя, гораздо ближе, чем своего настоящего отца.

Я попросил Марию посмотреть на Кристин, а затем спросил: «Так что же происходит, когда ты на нее смотришь?» Мария злобно ответила: «Ничего». «Свидетель видит, как ты напряглась, взглянув на свою мать и со злостью сказав, что ничего не почувствовала», – отметил я. После продолжительной тишины я снова спросил: «А что теперь?» Мария еще больше напряглась и повторила: «Ничего». Я спросил у нее: «Хотела бы ты что-то сказать своей матери?» Наконец Мария сказала: «Я знаю, что ты делала все, что могла, – а затем, спустя несколько мгновений, добавила: – Я хотела, чтобы ты меня защищала». Когда она начала всхлипывать, я спросил: «Что происходит внутри?» «Когда я прикасаюсь к груди, у меня такое чувство, что сердце сейчас выскочит, – ответила Мария. – Моя грусть переходит к моей матери, которая не могла нас защитить от отца. Она просто закрывалась, делая вид,

что все в порядке, и, возможно, она так себе все и представляла, и это сейчас меня злит».

Мне хочется сказать ей: «Мам, когда я вижу твою реакцию на отцовские оскорбления... когда я вижу твое лицо, оно вызывает у меня отвращение, и я не понимаю, почему ты не скажешь ему „Отвали!“ Ты не умеешь дать отпор – ты просто тряпка, – есть в тебе что-то плохое, что-то мертвое. Я даже не знаю, что я хочу от тебя услышать. Я просто хочу, чтобы ты была другой – ты все делаешь не так, например, когда принимаешь все как есть, в то время как все просто ужасно».

Я отметил: «Свидетель видит, как ты злишься, желая, чтобы твоя мама дала отпор отцу». После этого Мария сказала, что хотела бы, чтобы ее мать убежала от отца вместе с детьми.

Тогда я предложил ей выбрать еще одного участника на роль ее идеальной матери. В очередной раз обеда взглядом комнату, Мария выбрала Эллен – психотерапевта, которая также занималась боевыми искусствами. Мария усадила ее на подушку между собой и своей настоящей матерью, после чего попросила Эллен обнять себя. «Что должна твоя идеальная мать сказать твоему отцу?» – спросил я. «Я хочу, чтобы она сказала: «Если ты будешь разговаривать со мной в таком же духе, то я заберу детей и уйду от тебя», – ответила она. «Мы не собираемся здесь сидеть и слушать эту хрень», – Эллен повторила слова Марии. Затем я спросил: «А что теперь?» Мария ответила: «Мне это нравится. Я почувствовала легкое давление в голове. Мое дыхание стало свободным. Сейчас в моем теле происходит легкий энергичный танец. Приятно». «Свидетель видит, какой ты стала довольной, услышав, как твоя мать говорит отцу, что больше не собирается это терпеть и что она заберет вас от него», – сказал я ей. Мария заплакала и сказала: «Я бы смогла стать защищенной, счастливой маленькой девочкой». Краем глаза я видел, как у нескольких участников группы выступили слезы – ее слова явно нашли у них отклик.

Спустя какое-то время я предложил вызвать идеального отца Марии. Я отчетливо видел, с каким восторгом в глазах Мария осматривала участников, представляя себе своего идеального отца. Наконец ее выбор пал на Дэнни. Я дал ему указания, и он ласково сказал ей: «Я беру на себя роль твоего идеального отца, который любил тебя и заботился о тебе, который никогда тебя не пугал». Мария попросила его сесть рядом с ней слева и засияла. «Мои нормальные отец и мать!» – воскликнула она. Я ответил: «Позволь себе ощутить радость, когда ты смотришь на своего идеального отца, который бы о тебе заботился». Мария закричала «Это прекрасно!» и обняла Дэнни, улыбаясь ему сквозь слезы. «Я вспоминаю очень нежные моменты со своим отцом – именно так я себя и чувствовала. Хотела бы я, чтобы моя мама тоже была рядом». Ее идеальные отец и мать ласково обняли ее в ответ. Я дал им посидеть так какое-то время, чтобы полностью закрепить эти ощущения.

Напоследок Дэнни сказал: «Будь я тогда твоим идеальным отцом, я бы любил тебя точно так же, и никогда бы не обращался с тобой жестоко», в то время как Эллен добавила: «Будь я твоей идеальной мамой, я бы защитила тебя и не дала бы тебя в обиду». После этого все персонажи сказали свои

заключительные фразы, сняв с себя взятые роли и официально снова став самими собой.

Новый сценарий жизни

Никто не растет в идеальных условиях – да никому и не известно, какими бы они должны были быть. Как однажды сказал мой покойный друг Дэвид Серван-Шрейбер, в каждой жизни есть свои сложности. Тем не менее мы знаем, что стать уверенными и толковыми взрослыми во многом помогают уравновешенные и последовательные родители; родители, которые восхищаются ребенком, его открытием и процессом познания им мира; родители, которые помогают ему со взлетами и падениями; которые своим примером показывают ему, как нужно заботиться о себе и ладить с окружающими.

Проблемы с любым из этих аспектов с большой вероятностью дадут о себе знать позже в жизни. Ребенку, которого постоянно игнорировали или унижали, с большой вероятностью будет не хватать самоуважения. Детям, которым не давали самоутвердиться, скорее всего, будет сложно постоять за себя, когда они повзрослеют, а большинству взрослых, переживших жестокое обращение в детстве, приходится тратить уйму сил, чтобы сдерживать тлеющую в них ярость.

Наши отношения с другими людьми также от этого страдают. Чем больше боли и лишений мы испытывали в детстве, тем больше вероятность того, что мы будем воспринимать на свой счет действия других людей, и тем меньше мы будем понимать их собственные проблемы, комплексы и беспокойства. Будучи не в состоянии осознать запутанность их жизни, мы будем воспринимать любые их действия как подтверждение того, что нас ждет лишь боль и разочарование.

В главе, посвященной физиологии травмы, мы с вами уже видели, как из-за травмы и изоляции человек перестает видеть в своем теле источник удовольствия и комфорта, а то и вовсе перестает воспринимать его частью себя, нуждающейся в заботе и уходе. Когда мы не можем доверять своему телу определять, что безопасно, а что нет, из-за постоянной физической встряски мы теряем способность чувствовать себя комфортно в собственной шкуре и, как следствие, в окружающем мире. Пока их внутренние карты мира составлены по пережитой травме, насилию и пренебрежительному отношению, люди будут склонны искать короткий путь к забытию. Ожидая отторжение, насмешки и лишения, они будут бояться пробовать что-то новое, будучи уверенными, что это закончится неудачей. Лишенные желания экспериментировать, люди застревают в паутине страха, изоляции и нужды, отвергая все, что способно изменить основы их мировосприятия.

Это одна из причин, по которым строго упорядоченные сеансы психомоторной терапии приносят такую огромную пользу.

Участники могут безопасно для себя проецировать свою внутреннюю реальность в пространство, заполненное реальными людьми, где они могут разобраться в какофонии и путанице прошлого. Это приводит к озарению:

«Да, вот как все было. Вот с чем мне пришлось иметь дело. И вот как бы все было, если бы обо мне тогда заботились и любили меня».

Когда люди, попадая в схожее с трансом состояние во время сеанса, физически ощущают, каково это, когда тебя в три года ценят и защищают, это позволяет им переписать свои внутренние переживания, например: «Я могу взаимодействовать со всеми вокруг, при этом не боясь быть отвергнутым или обиженным».

Метод структуры использует невероятную силу воображения для преобразования внутренних хроник, которые движут нашими жизнями и ограничивают их. Благодаря надлежащей поддержке секреты, которые прежде были слишком опасными, чтобы в них копаться, могут быть открыты не только психотерапевту, новоявленному исповеднику, но и, пускай и мысленно, тем самым людям, которые предали или обидели нас в прошлом.

Благодаря своей трехмерной природе структура позволяет преобразовать скрытое, запретное и устрашающее в видимую реальность. В этом плане эта методика чем-то похожа на ВСС-терапию, которой была посвящена предыдущая глава. ВСС-терапия помогает вызвать расщепленные части «Я», созданные человеком с целью выживания, позволяя определить их и поговорить с ними, чтобы дать возможность появиться неповрежденному «Я». Метод структуры же создает трехмерный образ того, с чем человеку пришлось столкнуться, давая возможность создать альтернативный исход.

Большинство людей неохотно обращаются к болям и разочарованиям прошлого – они не хотят снова погрузиться в невыносимое. Вместе с тем наличие свидетеля, который зеркально отражает их переживания, позволяет создать новую реальность. Человека, которого раньше игнорировали, критиковали и подводили, теперь принимают и понимают. Он позволяет себе прочувствовать свои чувства и осознать то, что знает – а это необходимое условие для исцеления.

Из-за психологической травмы люди снова и снова интерпретируют настоящее в свете неменяющегося прошлого. Сцена, воссоздаваемая с помощью структуры, необязательно должна в точности воспроизводить случившееся, однако она в точности отражает структуру внутреннего мира протагониста: его внутреннюю карту, а также скрытые правила, по которым он живет.

Осмелиться сказать правду

Недавно я проводил еще один групповой сеанс для мужчины двадцати шести лет по имени Марк, который в тринадцать лет случайно услышал, как его отец занимается сексом по телефону с его тетей – маминной сестрой. Марк испытал замешательство и стыд, почувствовал себя преданным и был парализован знанием о случившемся.

Но когда он попытался обсудить это со своим отцом, тот вышел из себя и все отрицал: он сказал ему, что у него большое воображение, и обвинил в

попытке разрушить семью. Марк так и не осмелился рассказать об этом матери, однако с тех пор семейные секреты и лицемерие омрачали все аспекты его жизни дома, и у него навсегда закрепилось чувство, что никому нельзя доверять.

Подростковые годы сложились у него одинокими: после школы он проводил время на баскетбольных площадках по соседству либо смотрел у себя в комнате телевизор. Когда ему был двадцать один год, его мать умерла – как говорит Марк, из-за разбитого сердца, – и его отец женился на тете. Марка не пригласили ни на похороны, ни на свадьбу.

Подобные секреты становятся внутренними ядами – фактами, которые нельзя ни признать самому себе, ни признаться в них окружающим, однако которые все равно становятся шаблонами для дальнейшей жизни. Я ничего не знал об этой истории, когда Марк присоединился к группе, однако он выделялся своей эмоциональной отстраненностью, в личных разговорах он признавался, что чувствовал себя отделенным от всех густым туманом. Я немного переживал из-за того, что откроется, когда мы начали заглядывать за его холодное, ничего не выражающее лицо.

Когда я предложил Марку рассказать о своей семье, он выдал пару слов, а потом словно еще больше замкнулся. Тогда я предложил ему выбрать «контактное лицо» для поддержки. Его выбор пал на светловолосого Ричарда, и он усадил Ричарда на подушке рядом с собой, чтобы тот касался его плеча. Затем, когда он начал рассказывать свою историю, Марк разместил Джо в роли своего настоящего отца в трех метрах перед собой, а Кэролин, представлявшей его мать, сказал забиться в угол, закрыв руками лицо. Затем Марк попросил Аманду выступить в роли его тети, попросив ее встать в вызывающую позу сбоку, скрестив на груди руки – она олицетворяла всех расчетливых, безжалостных и коварных женщин, охотящихся на мужчин.

Наблюдая за созданной им картиной, Марк сел, выпрямив спину, и широко раскрыл глаза – туман, судя по всему, рассеялся. Я сказал: «Свидетель видит, насколько ты был поражен, увидев, с чем тебе пришлось иметь дело». Марк признательно кивнул и какое-то время сидел в угрюмом молчании. Затем, взглянув на своего «отца», он выпалил: «Ты засранец, ты лицемер, ты разрушил мою жизнь». Я предложил Марку сказать своему «отцу» все, что ему так хотелось, но не было возможности высказать. Последовал длинный перечень обвинений. Я дал указание «отцу», чтобы он реагировал физически так, будто его бьют, чтобы Марк видел, что тому достаются его удары. Я не удивился, когда Марк внезапно сообщил, что всегда переживал, что его ярость выйдет из-под контроля и что этот страх не давал ему постоять за себя в школе, на работе, а также в других отношениях.

После того как Марк высказал все своему «отцу», я спросил, не хочет ли Ричард взять себе новую роль: его идеального отца. Я дал указания Ричарду сказать Марку, глядя ему прямо в глаза: «Будь я тогда твоим идеальным отцом, я бы выслушал тебя и не стал обвинять в больном воображении». Когда Ричард это повторил, Марка затрясло.

«Господи, моя жизнь была бы совсем другой, если бы я мог доверять своему отцу и поговорить с ним о происходящем. У меня мог бы быть отец».

Затем Ричард, следуя моим указаниям, сказал: «Будь я тогда твоим идеальным отцом, я бы принял твою злость, у тебя был бы отец, которому ты мог бы доверять». Марк заметно расслабился и сказал, что это бы все поменяло. Потом он обратился к дублеру своей тети. Группа была явно потрясена, когда он принялся извергать на нее поток оскорблений: «Ты коварная шлюха, ты предала свою сестру и разрушила ее жизнь. Ты разрушила нашу семью». Закончив, Марк заплакал. Затем он сказал, что с тех пор всегда подозрительно относился ко всем женщинам, проявлявшим к нему интерес. Последние полчаса сеанса мы посвятили постепенному созданию для него условий, что бы он придумал две новые женщины: идеальную тетю, которая не предала свою сестру, а помогла поддержать их изолированную от общества семью иммигрантов, а также идеальную мать, не потерявшую любовь и привязанность своего отца, и, как следствие, которая не умерла от разбитого сердца. По завершении Марк молча наблюдал за созданной им сценой с довольной улыбкой на лице.

Оставшееся занятие Марк вел себя открыто и с радостью приходил на помощь другим участникам группы, а три месяца спустя прислал мне электронное письмо, в котором сказал, что это занятие изменило его жизнь. Недавно он съехался со своей первой девушкой, и хотя у них и было несколько горячих споров по поводу совместной жизни, ему удалось принять ее точку зрения, и при этом он не вышел из себя, не ушел в себя и не стал думать, будто она пытается его одурачить. Он был потрясен тем, как легко ему дались разногласия с ней, а также что ему удалось за себя постоять. После этого он попросил посоветовать ему психотерапевта в его округе, чтобы тот помог ему справиться со столь большими переменами в его жизни, и, к счастью, я знал одного коллегу, к которому его можно было направить.

Противоядие к болезненным воспоминаниям

Подобно занятиям по инсценировке уличных ограблений, про которые я рассказывал в тринадцатой главе, метод структуры в психомоторной терапии позволяет создать искусственные воспоминания, которые будут жить бок о бок с болезненными реалиями прошлого, а также позволяет пережить в реальности, каково это, когда тебя видят и слышат, любят и поддерживают. Эти новые ощущения могут стать противоядием к воспоминаниям о боли и предательстве. Чтобы измениться, люди должны изнутри познакомиться с реалиями, противоположными столь хорошо знакомым им ощущениям ступора или паники, вызванных травмой, и заменить их на чувство защищенности, контроля, радости и связи с окружающими и с самим собой. Как мы уже видели в главе, посвященной ДПДГ, одна из функций сновидений заключается в создании ассоциаций, а неприятные события в течение дня переплетаются с другими воспоминаниями из жизни. В отличие от наших снов психомоторные структуры подчиняются законам физики, однако они также способны перекроить прошлое.

Разумеется, случившегося уже не изменить, однако мы можем создать новые эмоциональные сценарии, достаточно реалистичные и эффективные, чтобы

затмить собой старые. Целебные сцены, создаваемые с помощью метода структур, позволяют многим участникам испытать то, что они считали невозможным: почувствовать себя желанными в мире, где их любят, защищают, удовлетворяют их потребности и делают так, чтобы они чувствовали себя как дома.

Глава 19. Перестройка мозга: нейробиологическая обратная связь

Факт это – или мне приснилось, – что электричество превратило материальный мир в один большой нерв, дрожащий на тысячи миль в застывшем моменте времени?

Натаниэль Готорн

Способность целенаправленно возвращать блуждающее внимание, снова и снова, лежит в основе рассудка, характера и воли.

Уильям Джеймс

Летом после первого года в медицинской школе я работал на неполную ставку младшим научным сотрудником в лаборатории исследования сна Эрнеста Хартманна в государственной психиатрической больнице Бостона. Моя задача заключалась в подготовке и исследовании пациентов, а также в анализе их ЭЭГ – электроэнцефалограммы, или мозговых волн. Участники приходили вечером; я крепил им к голове кучу проводов, а также несколько электродов вокруг глаз, чтобы регистрировать быстрые движения глаз во время сна. Затем я проводил их в спальни, желал им спокойной ночи и запускал многоканальный самописец – огромный аппарат с тридцатью двумя ручками, которые отображали их мозговую активность на намотанной в рулон бумаге.

Хотя наши подопытные и спали крепким сном, нейроны их мозга продолжали свое бурное внутреннее общение, которое фиксировалось самописцем на протяжении всей ночи. Я тем временем садился изучать ЭЭГ с предыдущей ночи, периодически отвлекаясь на радио, чтобы узнать результаты бейсбольных игр, и с помощью громкой связи будил подопытных каждый раз, когда данные на самописце указывали, что у них началась фаза быстрого сна. Я спрашивал у них, что им снилось, и записывал их ответы, а наутро помогал им заполнить опросник о качестве сна, после чего они отправлялись своей дорогой.

Во время этих тихих ночей в лаборатории Хартманна было получено изрядное количество информации о быстром сне, которая внесла значительный вклад в понимание основных процессов сна, подготовившего почву для важнейших открытий, описанных мной в пятнадцатой главе. Тем не менее вплоть до

недавнего времени давняя надежда на то, что ЭЭГ поможет нам лучше понять вклад электрической активности мозга в психиатрические проблемы, оставалась по большей части нереализованной.

Составление карты электрических контуров мозга

До наступления фармакологической революции было хорошо известно, что активность мозга определяется как химическими, так и электрическими сигналами. Последовавшее господство фармакологии на несколько десятилетий практически уничтожило интерес к электрофизиологии мозга.

Впервые электрическая активность мозга была считана в 1924 году немецким психиатром Гансом Бергером. Эта новая технология изначально была встречена со скептицизмом и высмеивалась медицинским сообществом, однако электроэнцефалография постепенно превратилась в незаменимый инструмент диагностики судорожной активности у пациентов с эпилепсией. Бергер открыл, что различные мозговые волны соответствуют различным видам умственной деятельности (так, например, при решении математических уравнений происходил всплеск активности относительно высокой частоты, известный как бета-волны). Он надеялся, что в итоге наука сможет установить связь различных психиатрических проблем с определенными нарушениями в ЭЭГ. Когда в 1938 году появились сообщения об определенных особенностях ЭЭГ у «детей с проблемным поведением», эти надежды еще больше усилились (1). У большинства из этих чрезмерно активных и импульсивных детей наблюдались замедленные волны в лобных долях. С тех пор эта закономерность была многократно подтверждена, и в 2013 году Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США утвердило медленноволновую префронтальную активность в качестве биомаркера СДВГ.

Замедленная электрическая активность в лобных долях объясняла, почему у этих детей были проблемы с исполнительными функциями: их рациональный мозг не мог должным образом контролировать их эмоциональный мозг. Это наблюдается также и тогда, когда из-за пережитого насилия и травмы эмоциональные центры находятся в постоянном ожидании опасности, готовя организм к реакции «бей или беги».

В начале своей карьеры я также надеялся, что ЭЭГ поможет сделать диагностику эффективней, и в период между 1980 и 1981 годами я отправлял на ЭЭГ многих своих пациентов, чтобы определить, не крылась ли причина их эмоциональной нестабильности в каких-то нейрологических отклонениях. Результаты, как правило, приходили с фразой: «неспецифические аномалии в височной доле» (2). Это крайне мало мне о чем говорило, и так как в то время исправить это можно было лишь с помощью медикаментов, от которых было больше побочных эффектов, чем толку, я перестал отправлять своих пациентов на ЭЭГ.

В 2000 году, однако, мой интерес был возрожден исследованием, проведенным моим приятелем Александром Макфарлейном, которое продемонстрировало явное различие в процессе обработки информации между травмированными пациентами и группой «здоровых» австралийцев. Исследователи использовали стандартный тест: участникам показывали последовательность связанных между собой изображений и просили определить, какое из них является лишним (например, тромбон среди различных столов и стульев). Ни одно из изображений при этом не было связано с травмой.

Обычные мозговые волны и мозговые волны при ПТСР. Особенности внимания. Спустя миллисекунды после знакомства мозга с новой информацией он начинает ее обрабатывать. Обычно все участки мозга действуют сообща и синхронно (слева), в то время как при ПТСР мозговые волны менее согласованы; мозгу сложно отсеивать неважную информацию, а также концентрироваться на текущем раздражителе.

В «здоровой» группе все основные отделы мозга работали сообща в согласованной последовательности: фильтрация информации, фокусирование, анализ (см. левый рисунок снизу). У травмированных же участников мозговые волны были куда менее скоординированными – в них не было синхронности. В частности, у них не возникало волновой картины, помогающей людям фокусировать внимание на текущей задаче, отсеивая при этом лишнюю информацию (восходящая кривая, названная N200). Кроме того, у них был слабо выражен ключевой сигнал, соответствующий обработке информации мозга (нисходящая кривая, P300) – глубина этой волны определяет, насколько хорошо мы способны воспринимать и анализировать новые данные. Это была важная новая информация об обработке нетравматической информации людьми с ПТСР, которая внесла огромный вклад в понимание особенностей повседневной обработки информации мозгом. Эти волновые картины объясняли, почему столь многим пережившим травму людям тяжело учиться на собственном опыте и принимать полноценное участие в своей повседневной жизни. Структура их мозга попросту не была заточена на то, чтобы уделять пристальное внимание происходящему в текущий момент времени.

Исследование Макфарлейна напомнило мне слова Пьера Жане, сказанные им еще в 1889 году: «Травматический стресс – это болезнь, при которой человек не может жить полной жизнью в настоящем». Годы спустя, когда я смотрел фильм «Повелитель бури», посвященный будням солдат в Ираке, я сразу же вспомнил про это исследование: пока они справлялись с чрезвычайным стрессом, эти мужчины действовали крайне сосредоточенно, однако когда они вернулись к гражданской жизни, они не справлялись даже с выбором продуктов в супермаркете. Мы видим пугающую статистику количества возвращающихся из боевых действий солдат, которые поступают в колледж по закону о правах военнослужащих, однако так его и не заканчивают (по некоторым оценкам, их число достигает восьмидесяти процентов). Их хорошо известные проблемы с сосредоточенностью и вниманием определенно вносят в это свой вклад.

Исследование Макфарлейна продемонстрировало возможный механизм, из-за которого при ПТСР развивается дефицит внимания, однако также и поставило совершенно новый вопрос: есть ли хоть какая-то возможность изменить эти искаженные волны? Это было за несколько лет до того, как я понял, что, вероятно, такие способы существуют.

В 2007 году на конференции по проблемам детей с расстройством привязанности я познакомился с Себерн Фишер, бывшим клиническим директором стационарного лечебного центра для подростков с серьезными психологическими проблемами. Она сообщила мне, что вот уже почти десять лет использует в своей частной практике метод нейробиологической обратной связи. Она показала мне рисунки десятилетнего пациента, сделанные до и после терапии. У этого мальчика были столь сильные перепады настроения, трудности с обучением и общие проблемы с самоорганизацией, что в школе не могли найти на него управу (3).

Его первый семейный портрет (слева на следующей странице), нарисованный до начала лечения, соответствовал уровню развития трехлетнего ребенка. Чуть больше месяца спустя, после двадцати сеансов нейробиологической обратной связи, он стал реже выходить из себя, а его рисунки стали более детализированными. По прошествии двух с половиной месяцев и еще двадцати сеансов его рисунки стали еще подробнее, а его поведение нормализовалось.

Мне никогда не попадался метод лечения, способный привести к столь кардинальным изменениям в работе мозга за столь короткое время. Так что, когда Себерн предложила мне продемонстрировать нейробиологическую обратную связь в действии, я охотно согласился.

Созерцание симфонии мозга

В своем кабинете в Нортгемптоне, штат Массачусетс, Себерн показала мне оборудование для проведения сеансов нейробиологической обратной связи – два настольных компьютера и один небольшой усилитель, – а также часть собранных ею данных. Затем она закрепила по электроду по бокам моей головы и еще один на правом ухе. Вскоре компьютер передо мной отображал рядами мозговые волны, подобные тем, что я видел на самописце в лаборатории изучения сна тридцатью годами ранее. Крошечный ноутбук Себерн регистрировал, записывал и отображал электрическую симфонию моего мозга быстрее и точнее, чем громоздкое оборудование в лаборатории Хартмана, которого там было, должно быть, на миллион долларов.

От человечков из палочек к хорошо различимым человеческим фигурам. После четырех месяцев нейробиологической обратной связи семейные портреты десятилетнего мальчика демонстрируют скачок, эквивалентный шести годам умственного развития.

Как объяснила Себерн, обратная связь позволяет мозгу наблюдать за своей работой: колебаниями и ритмами, лежащими в основе токов и поперечных токов разума. Нейробиологическая связь подталкивает мозг к тому, чтобы он отдавал большее предпочтение определенным частотам, создавая тем самым новую волновую картину, способствующую саморегуляции (4). «По сути, – сказала она, – мы, возможно, высвобождаем имеющиеся, однако заблокированные колебательные параметры мозга, а также способствуем образованию новых».

Себерн подкорректировала некоторые настройки, «чтобы задать стимулируемые и подавляемые частоты», как она это объяснила, то есть чтобы нейробиологическая обратная связь способствовала появлению волн с определенными характеристиками. Теперь передо мной было некое подобие компьютерной игры с разноцветными космическими кораблями. Компьютер издавал беспорядочные звуковые сигналы, и космические корабли двигались хаотичным образом. Я обнаружил, что они останавливались, когда я моргал, а когда спокойно смотрел на экран, то двигались друг за другом. Себерн предложила мне сделать так, чтобы зеленый корабль обогнал остальные. Я нагнулся, пытаюсь сосредоточиться, однако чем больше я старался, тем больше зеленый корабль отставал. Она улыбнулась и сказала, что я добьюсь гораздо лучшего результата, если просто расслаблюсь и позволю своему мозгу воспринимать генерируемую компьютером обратную связь. Я отклонился на спинке кресла, и спустя какое-то время звуковые сигналы стали более регулярными, а зеленый космический корабль выбился в лидеры. Я почувствовал себя спокойным и сосредоточенным – и мой корабль выигрывал.

В каком-то смысле нейробиологическая обратная связь сродни наблюдениям за лицом своего собеседника во время разговора. Видя улыбку или легкий кивок, мы испытываем удовлетворение и продолжаем рассказывать свою историю или выражать свое мнение. Стоит, однако, собеседнику заскучать или начать отводить взгляд, как мы тут же стараемся подвести итог или же сменить тему. В нейробиологической обратной связи вместо улыбки используются звуковые сигналы или движение на экране. Так происходит стимуляция, в то время как подавление более нейтрально, чем хмурый взгляд во время разговора – нежелательные волны попросту избегаются.

Себерн представила мне еще одну особенность нейробиологической обратной связи: ее способность отслеживать нейронные контуры в определенных участках мозга. Она переместила электроды с висков на левую бровь, и я почувствовал себя внимательным и сосредоточенным. Она сказала мне, что стала стимулировать бета-волны в моей лобной коре, которая отвечает за бдительность.

Когда она переместила электроды мне на макушку, я почувствовал себя более отстраненным от изображений на экране, а мое внимание переключилось на телесные ощущения. После этого она показала мне сводную диаграмму, на которой отображались изменения моих мозговых волн, пока я испытывал небольшие изменения психического состояния и физических ощущений.

Как нейробиологическая обратная связь способна помочь в лечении травмы? Как объяснила Себерн: «С помощью нейробиологической обратной связи мы

надеемся оказать воздействие на нейронные контуры, способствующие активации и поддержанию состояний страха, стыда и гнева. Постоянная активация этих контуров и определяет травму». Пациентам нужно помочь изменить привычные шаблоны мозговых волн, созданные травмой и ее последствиями. Когда контур, отвечающий за страх, расслабляется, мозг становится менее подверженным автоматическим стрессовым реакциям, и ему легче сосредоточиться на обычных повседневных делах. В конце концов, стресс не является неотъемлемым свойством самого события – он определяется тем, как мы его воспринимаем и на него реагируем. Нейробиологическая обратная связь попросту делает мозг более стабильным, стимулируя психологическую устойчивость, что позволяет нам самим выбирать свои реакции.

Зарождение метода нейробиологической обратной связи

В 2007 году технология нейробиологической обратной связи не была новой. Еще в конце 1950-х годов профессор психологии Чикагского университета Джо Камия, занимавшийся изучением явления внутреннего восприятия, обнаружил, что люди способны научиться с помощью обратной связи определять, когда у них вырабатываются альфа-волны, которые связаны с расслаблением (некоторым участникам понадобилось всего четыре дня, чтобы добиться стопроцентной точности). После этого он продемонстрировал, что они также способны осознанно входить в альфа-состояние в ответ на определенный звуковой сигнал.

В 1968 году в популярном журнале «Психология сегодня» была опубликована статья, посвященная работе Камия, и идея о том, что обучение регистрации альфа-волн способно избавить от стресса и связанных со стрессом расстройств, получила широкую огласку (5). Первая научно-исследовательская работа, продемонстрировавшая, что нейробиологическая обратная связь способна помочь людям с патологическими состояниями, была проведена Барри Стерманом из Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе. Национальное управление по аэронавтике и исследованию космического пространства (НАСА) попросило Стермана изучить токсичность одного из основных компонентов ракетного топлива, монометилгидразина (ММГ), который, как было известно, вызывал галлюцинации, тошноту и судорожные приступы. Стерман прежде тренировал котиков вырабатывать мозговые волны определенной частоты, известной как сенсомоторный ритм (у котиков это сосредоточенное состояние связано с чувством голода). Он обнаружил, что в то время как у обычных лабораторных котиков под воздействием ММГ начинались судорожные приступы, у котиков, которые прошли обучение с помощью нейробиологической обратной связи, такой реакции не наблюдалось. Это обучение каким-то образом стабилизировало их мозг.

В 1971 году Стерман прикрепил свое устройство обратной связи к первому подопытному человеку, двадцатитрехлетней Мэри Фэрбенкс.

С восьми лет Мэри страдала эпилепсией, приступы которой случались у нее два и более раз в месяц. Она проходила обучение по часу в день дважды в неделю. Три месяца спустя ее приступы практически прекратились.

Стерман впоследствии получил грант от Национальных институтов здравоохранения на проведение более систематического исследования, впечатляющие результаты которого были опубликованы в 1978 году в журнале «Эпилепсия» (6).

Эпоха экспериментов и нестигаемой веры в возможности человеческого разума подошла к концу в середине 1970-х с открытием новых психотропных препаратов. Психиатрия и нейробиология приняли на вооружение химическую модель мозга и разума, и другие терапевтические подходы отошли на второй план.

С тех пор развитие науки о нейробиологической обратной связи развивалась урывками, причем большая часть научных исследований проводилась в Европе, России и Австралии. Хотя в США и имеется порядка десяти тысяч практикующих специалистов по нейробиологической обратной связи, никому не удавалось собрать достаточно финансирования для исследований, чтобы эта методика получила повсеместное признание. Одна из причин, возможно, состоит в существовании нескольких конкурирующих между собой систем нейробиологической обратной связи, другая – в ограниченности ее коммерческого потенциала. Лишь несколько применений методики покрываются страховкой, что делает обратную связь дорогостоящей для потребителей и не дает практикующим ее специалистам собрать достаточно ресурсов для проведения масштабных исследований.

Из приюта для бездомных на сестринский пост

Себерн устроила мне встречу с тремя своими пациентами. Все рассказывали удивительные истории, однако, слушая двадцатисемилетнюю Лизу, изучавшую сестринское дело в соседнем колледже, я в полной мере ощутил весь потенциал этой терапии. Она обладала невероятной жизнестойкостью: она была обаятельным человеком – общительная, любознательная и явно умная. Она прекрасно шла на зрительный контакт и с радостью делилась тем, что узнала о самой себе. Самым же главным было то, что, подобно многим знакомым мне пережившим травму людям, она обладала ироническим чувством юмора и очаровательным отношением к человеческой глупости.

Судя по тому, что я знал о ее прошлом, было просто чудом, что она была столь спокойной и уравновешенной. Она многие годы провела в приютах и психиатрических больницах, а также была завсегдаем отделений неотложной помощи Западного Массачусетса – ее частенько привозила «Скорая», полумертвую от передозировки лекарствами или истекающей кровью от нанесенных себе порезов.

Вот как она начала рассказ о себе: «Раньше я завидовала детям, которые знали, что случится, когда напьются их родители. По крайней мере, они могли предсказать грядущую катастрофу. У меня же дома не было никакой закономерности. Моя мама могла завестись в любой момент – за обедом, во время просмотра телевизора, когда я возвращалась со школы или одевалась с

утра, – и я никогда не знала, что она сделает, как причинит мне боль. Это было совершенно непредсказуемо».

Ее отец ушел из семьи, когда Лизе было три года, оставив ее на милость неуравновешенной матери. «Пытка» – вполне уместное слово, чтобы описать пережитое ею насилие. «Я жила в мансарде, – сообщила она, – и там была еще одна комната, куда я ходила писать на ковер, потому что слишком боялась спускаться вниз в туалет. Я снимала одежду со всех своих кукол, вставляла в них ручки и выставляла их на подоконнике».

Когда ей было двенадцать, Лиза сбежала из дома, однако ее подобрала полиция и вернула матери. Когда она убежала снова, в дело вмешалась служба защиты детей, и следующие шесть лет она провела в психиатрических больницах, приютах, приемных семьях и на улице. Лиза нигде надолго не задерживалась, так как из-за своей диссоциации и склонности к саморазрушению приводила своих опекунов в ужас.

Она причиняла себе вред или крушила мебель, после чего не помнила о сделанном, из-за чего заработала себе репутацию манипулирующей лгуньи. Отглядываясь назад, Лиза, по ее собственным словам, понимает, что ей просто не хватало слов, чтобы объяснить происходившее с ней.

Когда ей исполнилось восемнадцать, она «переросла» службу защиты детей и начала самостоятельную жизнь – жизнь без семьи, образования, денег и навыков. Вскоре после этого она наткнулась на Себерн, которая только приобрела свое первое оборудование для нейробиологической обратной связи, и помнила Лизу со времен работы в одном реабилитационном центре. Она всегда питала слабость к этой потерянной девочке, так что предложила Лизе попробовать свое новое приспособление.

Как вспоминает Себерн: «Когда Лиза пришла ко мне в первый раз, была осень. Она расхаживала с отсутствующим взглядом, таская повсюду за собой тыкву. Она была явно не здесь. Я никогда не была уверена, что достучалась до ее сознания». Любая форма разговорной терапии для Лизы была невозможна. Стоило Себерн спросить ее о чем-то неприятном, как она сразу же закрывалась или впадала в панику. Как сказала сама Лиза: «Каждый раз, когда мы пытались поговорить о моем детстве, у меня случался срыв. Я приходила в себя с порезами и ожогами и не могла есть и спать».

Ее чувство ужаса было вездесущим: «Я все время боялась. Мне не нравилось, когда ко мне прикасались. Я была постоянно взвинченной и нервной. Я не могла закрыть глаза, когда рядом был кто-то еще. Меня было не убедить, что никто не ударит меня, стоит мне закрыть глаза. От такого чувствуешь себя свихнувшейся. Ты знаешь, что находишься в комнате с человеком, которому можно доверять, умом понимаешь, что с тобой ничего не случится, однако все остальное тело просто не дает расслабиться. Если я почувствую на себе чью-то руку, то буду просто обязана проверить, кто это». Она была застрявшей в состоянии неотвратимого шока.

Лиза помнила свою диссоциацию, когда она была маленькой девочкой, однако после полового созревания все стало только хуже: «Я начала просыпаться с порезами на теле, а люди в школе знали меня под разными именами.

Постоянного парня у меня быть не могло, потому что, когда случалась диссоциация, я начинала гулять с другими, а потом этого не помнила. У меня частенько случались провалы в памяти, когда я приходила в себя в весьма странных ситуациях». Подобно многим людям с тяжелой психологической травмой, Лиза не узнавала себя в зеркале (7). Я никогда не слышал, чтобы кто-нибудь столь четко описывал, каково это – терять свое «Я».

Никто не верил в происходящее с Лизой. «Когда мне было семнадцать, и я жила в приюте для подростков с серьезными психологическими отклонениями, я порезала себя очень сильно крышкой от консервной банки. Меня забрала «Скорая», однако я не могла рассказать врачам, как себя порезала – я этого попросту не помнила. Врачи в отделении неотложной помощи были убеждены, что диссоциативного расстройства личности не существует.. Многие люди, работающие в психиатрии, скажут, что его не существует. Не то что у меня его нет, а что его попросту не существует».

Первым делом после своего совершеннолетия Лиза перестала принимать прописанные ей лекарства. «Это помогает не всем, – призналась она, – однако для меня это оказалось правильным выбором. Я знала людей, которые нуждались в таблетках, однако это был не мой случай. Когда я с них слезла и начала заниматься нейробиологической обратной связью, все стало намного четче».

Когда Себерн предложила Лизе попробовать нейробиологическую обратную связь, она сама не знала, что ожидать, так как Лиза была первым пациентом с диссоциацией, на котором она ее попробовала. Они встречались дважды в неделю и для начала стимулировали более согласованные мозговые волны в правой височной доле – центре страха головного мозга. Несколько недель спустя Лиза заметила, что была уже не такой взвинченной рядом с другими людьми и больше не боялась спускаться в прачечную, расположенную в подвале дома, где она жила.

Затем наступил грандиозный прорыв: у нее перестали происходить диссоциации. «У меня в голове постоянно гудели какие-то тихие разговоры, – вспоминала она. – Я боялась, что у меня шизофрения. После полугода лечения с помощью обратной связи эти голоса утихли. Думаю, я интегрировала свое «Я». Все мои личности просто объединились».

Обретя более стабильное чувство собственного «Я», Лиза смогла говорить про свое прошлое: «Теперь я могу обсуждать такие вещи, как свое детство. Впервые в жизни я смогла проходить психотерапию. Вплоть до того момента мне вечно не хватало дистанции, и я не могла должным образом успокоиться. Сложно говорить об этом, пока все еще находишься в этом состоянии. У меня не получалось развить необходимую привязанность и должным образом открыться, чтобы установить какие-либо отношения с психотерапевтом». Это было поразительное откровение: столь многие пациенты то бросают, то снова начинают лечение, будучи не в состоянии установить связь с психотерапевтом, потому что они по-прежнему «в этом состоянии». Разумеется, когда люди не знают, кто они такие, они попросту не в состоянии должным образом разглядеть и осознать людей вокруг себя.

Лиза продолжала: «Привязанность вызывала у меня слишком большую тревогу. Заходя в комнату, я старалась запомнить все возможные выходы, как можно больше подробностей о человеке. Я отчаянно старалась следить за всем, что может мне навредить. Теперь же я осознаю людей совершенно иначе. Я больше не запоминаю их из страха. Когда не боишься, что тебе навредят, начинаешь воспринимать людей совершенно иначе».

Эта четко выражающая свои мысли девушка, выбравшаяся из пучины отчаяния и замешательства, поражала меня своим ясным умом и сосредоточенностью. Было очевидно, что нам необходимо изучить возможности нейробиологической обратной связи в нашем Центре травмы.

Начало работы с нейробиологической обратной связью

Первым делом нам нужно было решить, какую из пяти существующих систем нейробиологической обратной связи использовать, а затем выделить время, чтобы научиться основам методики и отработать ее друг на друге (8). Восемь сотрудников и трое инструкторов выделили свое время, чтобы разобраться с ЭЭГ, электродами и генерируемой компьютером обратной связью. На второе утро обучения, когда я занимался в паре со своим коллегой Майклом, я разместил электрод с правой стороны его головы, прямо над сенсомоторным отделом его мозга, и принялся стимулировать полосу частот от одиннадцати до четырнадцати герц.

Вскоре после окончания сеанса Майкл обратился ко всей группе. Он сообщил, что только что пережил нечто удивительное. Он всегда немного нервничал и чувствовал себя неуверенно в присутствии других людей, даже если это были его коллеги вроде нас. Хотя никто, казалось, этого не замечал – в конце концов, он был уважаемым психотерапевтом, – он жил с хроническим, гнетущим чувством опасности. Теперь же это ощущение пропало, и он чувствовал себя защищенным, расслабленным и открытым.

Следующие три года Майкл, который раньше был тихоней, постоянно удивлял группу своими догадками и идеями, внося в итоге невероятный вклад в нашу программу нейробиологической обратной связи.

С помощью фонда развития прикладных и естественных наук мы начали свое первое исследование с участием группы из семнадцати пациентов, предыдущие попытки вылечить которых не увенчались успехом. Нашей целью стала правая височная область мозга, которая, как показали наши предыдущие исследования с применением методов нейровизуализации (описанные в третьей главе) (9), в процессе переживания травматического стресса подвержена слишком бурной активации. За два с половиной месяца мы провели с ними по двадцать сеансов нейробиологической обратной связи.

Так как большинство пациентов страдали от алекситимии, им было сложно дать оценку результатам лечения. Тем не менее то, что они не могли выразить словами, было понятно по их действиям: они постоянно приходили на сеанс вовремя, даже если для этого приходилось пробираться через

снежную бурю. Никто из них не выбыл из исследования преждевременно, по завершении двадцати сеансов мы смогли зафиксировать не только значительное уменьшение количества набранных по шкале симптомов ПТСР баллов (10), но и улучшение по таким показателям, как чувство комфорта в межличностных взаимодействиях, эмоциональный баланс и самосознание (11). Они стали менее возбудимыми, у них улучшился сон, они теперь чувствовали себя спокойнее и были более сосредоточенными.

Как бы то ни было, нельзя полагаться только на субъективную оценку участников – объективные изменения в поведении являются куда более надежным индикатором эффективности лечения. Хорошим примером был первый пациент, с которым я проводил сеансы нейробиологической обратной связи. Это был специалист немного за сорок, который определял себя как гетеросексуала, однако каждый раз, когда чувствовал себя непонятым и брошенным, импульсивно искал гомосексуального контакта с незнакомцами. Из-за этой проблемы распался его брак, и у него обнаружили ВИЧ. Он отчаянно хотел научиться контролировать свое поведение. В рамках психотерапии он прежде подробно рассказал про сексуальное насилие со стороны дяди в восьмилетнем возрасте. Мы решили, что его импульсивное поведение было связано с этим насилием, однако осознание этой связи никак не способствовало изменению его поведения. После трех с половиной лет регулярных сеансов психотерапии с опытным специалистом никаких изменений так и не произошло.

Через неделю после того, как я начал обучать его мозг вырабатывать более медленные волны в правой височной доле, у него состоялся неприятный спор с его новой девушкой, и вместо того, чтобы отправиться в свое привычное место для знакомств с другими мужчинами, он решил отправиться на рыбалку.

Я подумал, что это была чистая случайность. Тем не менее на протяжении последующих двух с половиной месяцев после каждой ссоры он продолжал находить утешение в рыбалке и даже занялся ремонтом домика на берегу озера. Когда мы пропустили три недели сеансов из-за отпусков, его импульсивное поведение внезапно вернулось – это указывало на то, что новая модель поведения в его мозге пока еще не закрепились окончательно. Мы продолжали обучение еще полгода, и теперь, четыре года спустя, он приходит ко мне раз в полгода на профилактический прием. Больше у него не возникало непреодолимого желания вступать в случайные сексуальные связи с мужчинами.

Как же так получилось, что его мозг начал получать утешение от рыбалки, а не от компульсивного полового поведения? Пока что мы попросту этого не знаем. Метод нейробиологической обратной связи меняет нейронные контуры в мозге, и разум учится другим способам взаимодействия с миром.

Мозговые волны. Основы: от медленных к быстрым

Каждая линия на ЭЭГ отображает активность той или иной части мозга: получают волны разной частоты, от медленных до быстрых (12). При

проведении ЭЭГ измеряется высота пиков (амплитуда) и длина волны (частота). Значение частоты соответствует тому, сколько раз волна опускается и поднимается за одну секунду, а измеряется частота в герцах (Гц) или циклах в секунду (ц/с). Каждая частота на ЭЭГ важна для понимания и лечения травмы, и вам не составит труда разобраться в основных принципах. Самые медленные, то есть обладающие самой низкой частотой (2–5 Гц), дельта-волны чаще всего наблюдаются во время сна. Мозг находится в состоянии покоя, и разум обращается вовнутрь. Если у людей слишком много медленноволновой активности в бодрствующем состоянии, то их мышление оказывается затуманенным, у них возникают проблемы с критическим мышлением и контролем побуждений. У восьмидесяти процентов детей с СДВГ и у многих взрослых с ПТСР наблюдается чрезмерная активность медленных волн в лобной доле.

Во время сна мозговые волны ускоряются. Тета-частоты (5–8 Гц) преобладают ближе к концу сна, как в том парящем «гипнагогическом» состоянии, про которое я рассказывал в пятнадцатой главе, посвященной ДПДГ. Также они характерны для состояния транса, вызванного гипнозом. Тета-волны создают образ мышления, не ограниченный логикой или повседневными потребностями жизни, тем самым делая возможным образование новых связей и ассоциаций. Одна из самых многообещающих разновидностей лечения ПТСР методом нейробиологической обратной связи с применением ЭЭГ является стимуляция альфа- и тета-волн, в которой эта особенность используется для изменения застывших ассоциаций и облегчения процесса обучения. Минусом является то, что тета-частоты также наблюдаются, когда мы «не в себе» или подавлены.

Электроэнцефалограмма (ЭЭГ). Хотя и не существует какой-то типичной для ПТСР картины, у многих травмированных людей наблюдается чрезвычайно повышенная активность в височных долях, как у этих пациентов (Т3, Т4, Т5). Нейробиологическая обратная связь помогает нормализовать эту волновую картину, тем самым увеличив эмоциональную устойчивость.

Частота волн связана с уровнем нашего возбуждения

Альфа-частоты сопровождаются чувством умиротворения и спокойствия (13). Они знакомы каждому, кто обучался методам самоосознанной медитации (один из пациентов сказал мне, что нейробиологическая обратная связь была для него сродни «прокаченной медитации»). Чаще всего я использую в своей практике стимуляцию альфа-волн, чтобы помочь людям, которые слишком бесчувственны или возбуждены, чтобы добиться состояния сосредоточенного расслабления. Национальный военно-медицинский центр имени Уолтера Рида недавно представил аппараты для лечения солдат с ПТСР с помощью стимуляции альфа-волн, однако на момент написания данной книги не было никакой информации о результатах исследования их эффективности.

Самой высокой частотой обладают бета-волны (13-20 Гц). Когда они преобладают, внимание мозга направлено на внешний мир. Бета-волны позволяют нам сосредоточиться на выполнении определенной задачи. Вместе с тем бета-волны повышенной частоты (более 20 Гц) связаны с чрезмерным возбуждением, тревожностью и напряженностью в теле – в таком состоянии человек, по сути, постоянно сканирует свое окружение в поисках опасности.

Как помочь мозгу сосредоточиться

Обучение с помощью метода нейробиологической обратной связи способно стимулировать творческие способности, контроль над своим телом и внутреннюю осознанность, причем даже у весьма состоявшихся людей (14). Когда мы начали изучать нейробиологическую обратную связь, мы обнаружили, что кафедра спортивной медицины была единственной в Бостонском университете, где про нее знали хоть что-то. Одним из моих первых преподавателей по физиологии мозга был спортивный врач Лен Зайчковски, который вскоре уехал из Бостона, чтобы тренировать канадскую хоккейную команду «Ванкувер Кэнакс» с помощью нейробиологической обратной связи (15).

Пожалуй, нейробиологическая обратная связь больше изучалась на предмет улучшения физических показателей, чем лечения психиатрических проблем. Так, тренер итальянского футбольного клуба «Милан» использовал эту методику, чтобы помогать игрокам оставаться расслабленными и сосредоточенными во время просмотров видеозаписей с совершенными ими ошибками. Повышенный уровень психического и физиологического контроля дал о себе знать, когда несколько игроков вступили в итальянскую сборную, одержавшую победу на чемпионате мира в 2006 году – причем на следующий год «Милан» завоевал Суперкубок УЕФА (16).

Нейробиологическая обратная связь также была включена в пятилетнюю программу «Завоем пьедестал», призванную помочь Канаде блистательно выступить на зимних Олимпийских играх в Ванкувере в 2010 году, на которую было выделено 117 миллионов долларов. В итоге канадцы получили больше всего золотых медалей, а по количеству завоеванных медалей всех номиналов заняли третье место.

Музыкальные способности, как было продемонстрировано, также улучшаются. Коллегия судей из Британского королевского музыкального колледжа в среднем оценила исполнение одного музыкального произведения группой студентов, которые прошли десять сеансов нейробиологической обратной связи у Джона Грузельера из Лондонского университета, на десять процентов выше по сравнению с остальными студентами. В области со столь большой конкуренцией это различие было огромным (17).

С учетом улучшения внимания и сосредоточенности, которое дает нейробиологическая обратная связь, неудивительно, что она привлекла внимание специалистов по синдрому дефицита внимания с гиперактивностью

(СДВГ). По меньшей мере тридцать шесть исследований показали, что нейробиологическая обратная связь способна эффективно и за короткие сроки справиться с СДВГ – по своей эффективности она практически не уступала традиционно применяемым лекарствам (18). Если обучить мозг новым формам электрического взаимодействия, дальнейшее лечение уже не требуется, в то время как медикаменты не меняют активность мозга и требуют постоянного приема.

Где именно в моем мозге проблема?

С помощью продвинутого компьютеризированного анализа ЭЭГ, известного как количественная ЭЭГ (кЭЭГ), можно отследить волновую активность мозга с точностью до миллисекунды, а разработанное программное обеспечение позволяет преобразовать эту активность в разноцветную карту, показывающую, каких частот в определенной области мозга больше или меньше всего (19). Кроме того, кЭЭГ показывает, насколько хорошо различные участки мозга обмениваются информацией и сотрудничают друг с другом. В открытом доступе имеется несколько крупных баз данных кЭЭГ «здоровых» людей и пациентов, что позволяет сравнить кЭЭГ конкретного пациента с данными по тысячам людей с похожими проблемами. Наконец, что также немаловажно, в отличие от фМРТ и других снимков мозга оборудование для кЭЭГ одновременно недорогое и не занимает много места.

Методика кЭЭГ наглядно демонстрирует, насколько необоснованным является текущее деление на диагностические категории в соответствии с руководством DSM. Ярлыки, навешиваемые DSM на различные психические расстройства, не связаны с какими-то определенными особенностями активности мозга. Психические состояния, характерные для многих диагнозов, такие как дезориентация, возбуждение или диссоциация, связаны с определенными закономерностями в кЭЭГ. Как правило, чем больше у пациента проблем, тем больше кЭЭГ демонстрирует отклонений от нормы (20).

Нашим пациентам идет на пользу возможность увидеть волновую картину локализованной электрической активности в их мозге. Мы можем показать им определенные очаги активности, которые, судя по всему, отвечают за их проблему с концентрацией внимания или нехватку эмоционального контроля. Они видят, почему необходимо обучить различные области мозга генерировать волны других частот. Эти объяснения помогают им перестать винить себя из-за неудачных попыток самоконтроля и начать учиться иначе обрабатывать информацию.

Как недавно мне написал Эд Хэмлин, который научил нас интерпретировать кЭЭГ: «Многим людям это обучение помогает, однако быстрее и эффективнее всего оно оказывается для тех, кто понимает, как обратная связь связана с их действиями. Так, например, если я пытаюсь помочь пациенту жить настоящим, то мы можем наблюдать, как он с этим справляется. Тогда-то и начинаются реальные изменения. Когда ты силой мысли меняешь активность своего мозга определенным образом, это придает невероятную веру в свои возможности».

Как травма меняет мозговые волны?

В нашей лаборатории нейробиологической обратной связи мы принимаем пациентов, многие годы страдающих от травматического стресса, которым существующие методы лечения смогли помочь лишь отчасти. На их кЭЭГ можно увидеть различные волновые картины.

Зачастую наблюдается чрезмерная активность правой височной доли – центра страха головного мозга, – сопровождающаяся избыточной активностью медленных волн в лобной доле. Это говорит о том, что их умственной деятельностью управляет прежде всего перевозбужденный эмоциональный мозг.

Наши исследования показали, что снижение активности центра страха помогает справиться со связанными с психологической травмой проблемами, а также улучшает исполнительные функции мозга. Это отражается не только на значительном уменьшении количества баллов по шкале симптомов ПТСР у пациентов, но также и в более ясном состоянии их разума и улучшении способности контролировать свои реакции в ответ на незначительные провокации (21).

У других травмированных пациентов повышенная активность наблюдается после того, как они закрывают глаза: когда они не видят происходящее вокруг, это вызывает у них панику и их мозговые волны начинают неистовствовать. Мы учим их генерировать более спокойную волновую картину. Еще одна группа пациентов чрезмерно бурно реагирует на звуковые и световые сигналы, что указывает на неспособность их таламуса отсеивать лишнюю информацию. С этими пациентами мы делаем упор на изменении волновой картины электрического взаимодействия в задней части мозга.

Если в нашем центре мы сосредоточены на поиске оптимальных методов лечения хронического травматического стресса, то Александр Макфарлейн занимается изучением изменений, происходящих в нормальном мозге после участия в военных действиях. Министерство обороны Австралии поручило его исследовательской группе оценить изменение умственных и физиологических функций у солдат после прохождения службы в зоне боевых действий в Ираке и Афганистане. Помимо прочего, их также интересовали и изменения активности их мозговых волн. На первом этапе исследования Макфарлейн вместе с коллегами проводили кЭЭГ для 179 боевых частей за четыре месяца до каждой последующей боевой операции на Ближнем Востоке и через четыре месяца после.

Они обнаружили, что чем больше месяцев за трехлетний период солдаты проводили в зоне боевых действий, тем больше у них снижалась активность альфа-волн в задней части мозга. В этом участке мозга, который отслеживает положение тела в пространстве и регулирует такие базовые процессы, как сон и чувство голода, активность альфа-волн, как правило, самая высокая во всем мозге, в особенности когда человек закрывает глаза. Как мы уже видели, альфа-частоты связаны с расслаблением. Снижение активности альфа-волн у этих солдат соответствовало состоянию постоянного возбуждения. Кроме того, с каждой последующей боевой операцией мозговые

волны в передней части мозга, где обычно преобладают бета-волны, все больше замедлялись. У солдат постепенно развивалась волновая картина лобной доли, похожая на ту, что наблюдается у детей с СДВГ, что негативно сказывается на исполнительных функциях мозга и концентрации внимания.

Как результат, это приводило к тому, что возбуждение, призванное обеспечивать нас энергией, необходимой для выполнения рядовых задач, больше не помогало этим солдатам фокусироваться на повседневной деятельности. Оно просто вызвало у них волнение и беспокойство. На данном этапе исследования Макфарлейна пока еще рано говорить, разовьется ли у кого-либо из этих солдат ПТСР, и лишь время покажет, насколько хорошо их мозг сможет заново подстроиться под ритм гражданской жизни.

Нейробиологическая связь и проблемы с обучением

Жестокое и пренебрежительное обращение в детстве нарушает работу систем сенсорной интеграции. В некоторых случаях это приводит к расстройствам обучения, включая неисправную связь между центрами слуха и обработки речи, а также нарушение зрительно-моторной координации. Пока они подвержены апатии или повышенной возбудимости, проблемы с обработкой повседневной информации у подростков в наших реабилитационных программах не так очевидны, однако после успешного исправления их поведенческих проблем у них зачастую проявляются расстройства обучения. Даже если этим травмированным детям и удастся сидеть на месте спокойно и концентрировать внимание, у многих из них все равно возникают серьезные проблемы с обучением (22).

Лиза описала влияние травмы на базовые функции обработки информации. Она сказала мне, что «всегда терялась», когда приходила в новое место, а также рассказала про значительную задержку в обработке звуковой информации, из-за чего не могла выполнять указания своих учителей. «Представьте, что находитесь в учебном классе, – сказала она, – и учитель говорит: «Доброе утро. Откройте семьдесят вторую страницу. Решите примеры с первого по пятый». Если отстаешь хотя бы на долю секунды, то уже получается полная каша. Сосредоточиться для меня было попросту невозможно».

Нейробиологическая обратная связь помогла ей справиться с этими проблемами в обучении. «Я научилась удерживать информацию в памяти – например, ориентироваться по карте. Сразу после начала лечения был один запоминающийся момент, когда я направлялась из Амхерста в Нортгемптон (между ними меньше десяти миль), чтобы встретиться с Себерн.

Мне нужно было пересест с одного автобуса на другой, однако в итоге я шла пешком пару миль по автостраде. Настолько я была дезорганизованной – я не могла сориентироваться по расписанию автобусов; я не знала счета времени.

Я была слишком взвинченной и нервной, из-за чего постоянно испытывала усталость. Я не могла ни на чем сосредоточиться и контролировать себя. Я просто ничего не соображала».

В ее словах содержится важный вопрос для нейробиологии и психиатрии: Как помочь людям научиться правильно воспринимать пространство и время, расстояния и взаимосвязи – способностям, которые закладываются в мозге в первые годы жизни, однако развитию которых может помешать перенесенная в раннем детстве психологическая травма? Ни медикаменты, ни традиционная психотерапия, как было показано, не способны стимулировать нейропластичность, необходимую для активации этих способностей, если критический момент в развитии был упущен. Что ж, теперь пришло время узнать, способна ли нейробиологическая обратная связь преуспеть там, где не справились другие формы лечения.

Стимуляция альфа- и тета-волн

Стимуляция альфа- и тета-волн – особенно любопытная разновидность нейробиологической обратной связи, так как она способна вводить человека в своего рода гипнагогическое состояние – по сути, гипнотический транс, – про которое мы говорили в пятнадцатой главе (23). Когда в мозге преобладают тета-волны, разум фокусируется на внутреннем мире – мире неограниченного воображения. Альфа-волны, в свою очередь, выступают в роли связующего звена между внешним и внутренним миром. Стимуляция альфа- и тета-волн, таким образом, происходит поочередно.

Главная задача в лечении ПТСР – это сделать так, чтобы разум открылся новым возможностям, чтобы настоящее перестало восприниматься как раз за разом переживаемое прошлое. Состояние транса, во время которого преобладают тета-волны, помогает ослабить условные связи между определенными раздражителями и реакциями на них – такими, как ассоциация между громким треском и огнестрельным оружием, предвещающим гибель.

В ходе обучения могут быть созданы новые ассоциации – тот же громкий треск можно связать с фейерверком на День независимости, наблюдаемым вечером с пляжа в окружении близких. В переходных состояниях разума, создаваемых в результате поочередной стимуляции альфа- и тета-волн, можно заново пережить травмирующие события в безопасной обстановке, создавая новые ассоциации. Некоторые пациенты рассказывают о необычных зрительных образах и/или озарениях, касающихся их жизни; другие просто расслабляются и становятся менее напряженными. Любое состояние, в котором человек может спокойно воспринимать зрительные образы, чувства и эмоции, связанные со страхом и беспомощностью, способно открыть новые горизонты.

Особенно любопытная разновидность нейробиологической обратной связи – это стимуляция альфа- и тета-волн, во время которой можно заново пережить травмирующие события в безопасной обстановке, создавая новые ассоциации и

ослабляя условные связи между определенными раздражителями и реакциями на них – как, например, громкий треск и оружие.

Способна ли стимуляция альфа- и тета-волн изменить механизмы, приводящие к перевозбуждению? Полученные на данный момент данные звучат многообещающе. Евгений Пенистон и Павел Кулькоски, исследователи из медицинского центра для ветеранов в Форт-Лайон, штат Колорадо, использовали нейробиологическую обратную связь для лечения двадцати девяти ветеранов войны во Вьетнаме, которые от двенадцати до пятнадцати лет страдали от ПТСР, развившегося в результате военных действий. Пятнадцать мужчин были случайным образом выбраны для стимуляции альфа- и тета-волн, в то время как четырнадцать попали в контрольную группу, получавшую стандартную медицинскую помощь, включая психотропные препараты, а также индивидуальную и групповую психотерапию. Участников из обеих групп в среднем госпитализировали более пяти раз в связи с симптомами их ПТСР. Нейробиологическая обратная связь помогла им войти в пограничное состояние обучения за счет стимуляции альфа- и тета-волн. Во время сеансов мужчины лежали в креслах с откидывающейся спинкой, закрыв глаза, в то время как инструктор давал им указания, чтобы они позволили звуковым сигналам обратной связи погрузить их мозг в состояние глубокой релаксации. Кроме того, их просили представлять свою жизнь в положительном свете (например, что они не пьют, уверены в себе и довольны своей жизнью) по мере погружения в похожее на транс состояние.

Результаты этого исследования, опубликованные в 1991 году, были одними из лучших за всю историю лечения ПТСР. У группы, проходившей сеансы нейробиологической обратной связи, наблюдалось значительное снижение симптомов ПТСР. Кроме того, у них стало меньше физических жалоб, они стали в меньшей степени подвержены депрессии, тревожности и паранойе. После того как этап лечения был закончен, исследование продолжилось, и с ветеранами и их родными связывались ежемесячно на протяжении тридцати месяцев. Лишь трое из пятнадцати участников из первой группы сообщили о беспокоивших их болезненных ярких воспоминаниях и ночных кошмарах. Все трое согласились пройти десять дополнительных сеансов, и лишь одному пришлось лечь в больницу для дальнейшего лечения. Четырнадцать участников из пятнадцати значительно уменьшили дозировку принимаемых медикаментов.

Что же касается контрольной группы, то каждый ее участник после проведения исследования столкнулся с усилением симптомов ПТСР, и каждого минимум дважды после этого госпитализировали. Десять ветеранов также увеличили дозировку своих медикаментов (24). Результаты этого исследования были подтверждены и другими учеными, однако оно получило на удивление мало внимания вне кругов специалистов по нейробиологической обратной связи (25).

Нейробиологическая обратная связь, ПТСР и зависимость

Примерно от одной трети до половины всех перенесших тяжелую психологическую травму людей сталкиваются с проблемами, связанными с алкогольной и/или наркотической зависимостью (26). Со времен Гомера солдаты заглушали свою боль, раздражительность и депрессию выпивкой.

Исследование показало, что у половины всех жертв автомобильных аварий появились проблемы с наркотиками или спиртным. Злоупотребление алкоголем делает людей беспечными, тем самым увеличивая вероятность повторного получения травмы. Хотя алкогольное опьянение в момент нападения на самом деле снижает вероятность развития ПТСР.

Между алкогольной/наркотической зависимостью и ПТСР существует важная связь. Хотя спиртное и наркотики и способны принести временное облегчение от симптомов психологической травмы, при отказе от них происходит перевозбуждение, из-за чего усиливаются яркие болезненные воспоминания, ночные кошмары и раздражительность. Существует лишь два способа выйти из этого порочного круга: разобраться с симптомами ПТСР с помощью таких методов, как ДПДГ, либо избавиться от перевозбуждения, ставшего следствием как ПТСР, так и отказа от алкоголя или наркотиков. Для снижения возбуждения иногда выписывают такие препараты, как Налтрексон [64], однако подобное лечение помогает лишь в некоторых случаях.

У одной из первых женщин, которую я лечил с помощью нейробиологической обратной связи, была давняя кокаиновая зависимость, а в детстве она пережила ужасное сексуальное насилие. К моему несказанному удивлению, ее пристрастие к кокаину удалось побороть уже за первые два сеанса, и следующие пять лет она больше не принимала наркотики. Я никогда не видел, чтобы человек столь быстро излечивался от тяжелой наркотической зависимости, так что принялся искать ответы в имевшейся научной литературе (27). Большинство исследований на эту тему были проведены более двадцати лет назад; в последнее время почти не было опубликовано исследований по лечению зависимостей с помощью нейробиологической обратной связи – во всяком случае, в США.

У половины всех жертв автомобильных аварий появились проблемы с наркотиками или спиртным. Злоупотребление алкоголем делает людей беспечными, тем самым увеличивая вероятность повторного получения травмы.

От 75 до 80 процентов пациентов, которых помещают на детоксикацию и лечение алкогольной или наркотической зависимости, впоследствии снова срываются. Этой проблеме было посвящено другое исследование Пенистона и Кулькоски – они изучали влияние нейробиологической обратной связи на ветеранов с диагностированным ПТСР и алкоголизмом (28). Пятнадцать ветеранов проходили сеансы по стимуляции альфа-волн, в то время как контрольная группа получала стандартное лечение без применения нейробиологической обратной связи. Участники регулярно обследовались на протяжении последующих трех лет, в течение которых восемь членов первой группы полностью бросили пить, а один как-то напился, однако ему стало плохо, и больше он к спиртному не прикасался. Большинство из них стали значительно менее подавленными. Как сказал сам Пенистон, наряду с этими изменениями ветераны стали «более добрыми и благоразумными, более стабильными в эмоциональном плане, более общительными, расслабленными и удовлетворенными» (29). Все же, кто получал стандартное лечение, в течение полутора лет снова оказались в больнице (30). С тех пор был опубликован ряд исследований использования нейробиологической обратной

связи для лечения зависимостей (31), однако для раскрытия полного потенциала и недостатков этого важного метода требуется провести гораздо больше исследовательской работы.

Будущее нейробиологической обратной связи

В своей практике я использую нейробиологическую обратную связь прежде всего, чтобы помочь пациентам, перенесшим травму развития, справиться с перевозбуждением, дезориентацией и проблемами с концентрацией внимания. Вместе с тем было продемонстрировано, что эта методика также дает хорошие результаты с рядом других проблем, выходящих за рамки темы этой книги, включая лечение головных болей тензионного типа, улучшение когнитивных функций после травмы мозга, снижение тревожности и панических атак, обучение глубокой медитации, лечение аутизма и судорожных приступов, улучшение саморегуляции при аффективных расстройствах и так далее. По состоянию на 2013 год нейробиологическая обратная связь применяется в семнадцати военных и ветеранских учреждениях для лечения ПТСР (32), а эффективность этой методики для ветеранов недавних боевых действий только начинает изучаться. Фрэнк Даффи, директор лабораторий клинической нейрофизиологии и нейрофизиологии развития в бостонской детской больнице, сказал следующее: «Научная литература, в которой отсутствуют какие-либо данные о неудачных исследованиях, указывает на то, что нейробиологическая обратная связь играет важнейшую роль в лечении многих различных заболеваний. Как мне кажется, любой препарат, продемонстрировавший столь широкий спектр эффективного применения, немедленно получил бы всеобщее признание и начал бы повсеместно использоваться» (33).

Многие вопросы, касающиеся протоколов применения нейробиологической обратной связи в лечебных целях, остаются пока без ответов, однако научное сообщество постепенно начинает проявлять к этой теме повышенный интерес. В 2010 году Томас Инсел, директор Национального института психического здоровья, опубликовал статью в журнале «Scientific American» под заголовком «Неисправные контуры», в которой призвал вновь начать рассматривать мозг с точки зрения ритмов и особенностей электрического взаимодействия: «Участки мозга, своей совместной работой обеспечивающие выполнение нормальной (или ненормальной) умственной деятельности, следует рассматривать по аналогии с электрическими контурами – последние исследования показывают, что за многими психическими расстройствами может крыться неисправная работа целых нейронных контуров» (34). Три года спустя Инсел объявил, что НИПЗ «перестает руководствоваться в своих исследованиях категориями, определенными DSM» (35), и отныне будет ориентироваться на «расстройства человеческого коннектома» (36) (по аналогии с биотом, геномом и т. д., то есть имеются в виду все нейроны человеческого мозга и связи между ними. – Прим. пер.).

Как объяснил Френсис Коллинз, директор Национальных институтов здравоохранения США (частью которых является НИПЗ): «Под коннектомом подразумевается сеть нейронов (нервных клеток) человеческого мозга с ее огромным количеством связей. Подобно геному, микробиому и другим «омам», целью является составление точной карты коннектома и расшифровка электрических сигналов, генерирующих наши мысли, чувства и поведение, что

стало возможным благодаря появлению новых технологий и инструментов» (37). В настоящий момент под эгидой НИПЗ происходит составление этой самой подробной карты коннектома.

Пока мы ожидаем результаты этой трудоемкой работы, мне хотелось бы предоставить последнее слово Лизе, пациентке, которая открыла для меня невероятный потенциал нейробиологической обратной связи. В ответ на мою просьбу подвести итог результатам ее лечения она сказала: «Оно меня успокоило. Оно положило конец диссоциации. Теперь я могу использовать свои чувства; я больше от них не прячусь. Я больше не являюсь их заложником. Я не могу включать и отключать их, однако могу о них не думать. Мне может быть печально из-за пережитого насилия, однако я могу с этим справляться. Я могу позвонить подруге и не говорить об этом, если мне этого не хочется, либо заняться домашними хлопотами или уборкой. Теперь эмоции стали для меня что-то значить. Я больше не испытываю постоянно тревогу, а когда испытываю, то могу в ней разобраться. Если эта тревога исходит из прошлого, то я это понимаю, либо могу рассмотреть, как она связана с моей жизнью в настоящем. И это не только отрицательные эмоции вроде гнева и тревоги – я могу размышлять о любви, интимной близости или сексуальном влечении. Я больше не на нервах. Мое кровяное давление упало. Я больше не готовлюсь к тому, чтобы в любой момент убежать или дать отпор. Нейробиологическая обратная связь дала мне возможность завести отношения. Она освободила меня, позволив жить так, как мне того хочется, потому что я больше не нахожусь в плену у прошлого».

Через четыре года после того, как я познакомился с Лизой и записал наш разговор, она закончила свое медицинское училище одной из лучших и теперь работает на полную ставку медсестрой в местной больнице.

Глава 20. Когда обретаешь голос: коллективный ритм и театр

Суть актерской игры не в том, чтобы вжиться в свою роль – нужно найти этого персонажа в себе: ты сам являешься этим персонажем, нужно лишь разыскать его внутри себя, пускай это и будет весьма расширенная версия тебя.

Тина Пакер

Многих знакомых мне ученых болезни их детей вдохновляли на поиски новых способов познания мозга, разума и лечения. Выздоровление моего собственного сына от таинственной болезни, которую, за отсутствием более точного названия, мы называем синдромом хронической усталости, убедило меня в лечебных возможностях театра.

Большую часть седьмого и восьмого классов Ник провел в кровати, будучи слишком уставшим из-за аллергии и принимаемых лекарств, чтобы посещать школу. Он все больше ненавидел себя и ощущал собственную изоляцию, и мы с его матерью, наблюдая за происходящим, отчаянно хотели ему помочь. Когда его мать заметила, что в районе пяти вечера у него происходил небольшой подъем сил, мы записали его на вечерние занятия в театр импровизации, чтобы у него была хоть какая-то возможность общаться с другими мальчиками и девочками его возраста. Он привязался к своей группе и с удовольствием учился азам актерского мастерства, а вскоре получил свою первую роль – Экшэна в «Вестсайдской истории», крепкого паренька, всегда готового подраться, который исполнял сольную партию в песне «Gee, Officer Krupke». Как-то дома я застал его расхаживающим развязной походкой – он примерял на себя роль влиятельного человека. Получал ли он физическое удовольствие от того, что представлял себя сильным парнем, вызывающим уважение?

Затем он сыграл роль Фонзи в «Счастливых днях». Внимание со стороны девочек и признание зрителей стали поворотной точкой в его выздоровлении.

В отличие от многочисленных психотерапевтов, которые разговаривали с ним про гнетущие его чувства, театр дал ему возможность физически ощутить, каково быть кем-то другим, а не чрезмерно чувствительным мальчиком с проблемами в обучении, в которого он постепенно превращался.

Став полноценным членом группы, он на подкожном уровне почувствовал себя сильным и умелым. Я убежден, что эта новая сформировавшаяся его версия направила его на верный путь, чтобы стать продуктивным, любящим взрослым, каким он является теперь.

Наше чувство принадлежности, ощущение контроля над собой определяются нашими отношениями со своим телом и его ритмами: наши циклы сна и бодрствования, то, чем мы питаемся, сидим и ходим, определяют контуры нашей жизни. Чтобы обрести голос, мы должны находиться в собственном теле – быть в состоянии дышать полной грудью и устанавливать связь с собственными внутренними ощущениями. Это противоположность диссоциации, когда человек «покидает свое тело», исчезает. Кроме того, это является противоположностью депрессии, когда валяешься перед телевизором, который предоставляет пассивное развлечение. Актерская игра – это возможность использовать свое тело, чтобы найти и занять свое место в жизни.

Театр войны

Преображение Ника было не первым случаем, когда я лично наблюдал целебную силу театра. В 1988 году я все еще наблюдал троих ветеранов с ПТСР, которых повстречал в больнице для ветеранов, и когда они продемонстрировали внезапный прилив жизненных сил и оптимизма, а их

семейные отношения стали налаживаться, я счел это своей заслугой. Только потом я узнал, что все трое участвовали в одной театральной постановке.

Желая привлечь внимание к бедам бездомных ветеранов, они уговорили драматурга Дэвида Алана Мэмета, жившего неподалеку, встречаться с ними раз в неделю для написания сценария на основе их опыта. Мэмет затем пригласил Аль Пачино, Дональда Сазерленда и Майкла Джей Фокса приехать в Бостон на вечер под названием «Зарисовки о войне», целью которого был сбор средств на преобразование клиники для ветеранов, в которой я познакомился со своими пациентами, в приют для бездомных ветеранов (1).

Возможность выйти на сцену с профессиональными актерами, рассказать про свои воспоминания о войне и прочитать свои стихи была явно куда продуктивнее для них, чем любая психотерапия.

С незапамятных времен люди использовали коллективные церемонии, чтобы справиться со своими самыми пугающими и сильными чувствами. Древнегреческий театр – древнейший, про который нам известно из письменных источников, – судя по всему, образовался из религиозных ритуалов, которые включали танцы, пение и постановки мифов. К пятому веку до нашей эры театр играл центральную роль в общественной жизни – зрители сидели полукругом вокруг сцены, чтобы это позволяло им наблюдать за эмоциями и реакциями друг друга.

Греческая драматургия запросто могла служить для ритуального восстановления целостности психики у ветеранов войн того времени. К моменту написания Эсхилом его трилогии «Орестея» он успел побывать на войне шесть раз; цепочка трагедий начинается с убийства вернувшегося с войны царя Агамемнона его женой Клитемнестрой за то, что тот пожертвовал их дочь, прежде чем отправиться на Троянскую войну. Служба в армии была обязательной для всех взрослых граждан Афин, так что аудитория явно состояла из ветеранов войн и проходящих службу солдат в увольнении. Роли, должно быть, тоже исполняли жившие в городе солдаты.

Софокл был генералом в Афинских войнах против Персии, и его пьеса «Аякс», заканчивающаяся самоубийством одного из величайших героев Троянской войны, травматический стресс описывается, словно по учебнику. В 2008 году писатель и режиссер Брайан Доеррис организовал чтение по ролям со сцены «Аякса» для пятисот морских пехотинцев в Сан-Диего, и он был потрясен тем, как она была ими принята. (Подобно многим из нас, кто работает в области психологической травмы, у Доерриса были и свои личные мотивы; в колледже он изучал классиков и обратился к древнегреческим текстам за утешением, когда из-за кистозного фиброза скончалась его девушка.) Это мероприятие положило начало его проекту «Театр войны» (в данном случае все-таки лучше так, чем «театр военных действий». – Прим. пер.), и благодаря финансированию Министерства обороны США эта пьеса возрастом более двух с половиной тысяч лет с тех пор ставилась более двухсот раз в стране и за рубежом, чтобы подчеркнуть тяжелую участь ветеранов боевых действий и способствовать диалогу и пониманию среди их родных и друзей (2).

После постановок в рамках программы «Театра войны» в зале проходило всеобщее обсуждение. Я присутствовал на чтении «Аякса» в Кембридже, штат

Массачусетс, вскоре после того, как в новостных СМИ была опубликована статистика об увеличении случаев самоубийств среди ветеранов боевых действий на 27 процентов за последние три года. Порядка сорока людей – ветераны Вьетнамской войны, жены военных, недавно уволившиеся в запас мужчины и женщины, служившие в Ираке и Афганистане, – выстроились вперед микрофоном. Многие из них цитировали строчки из пьесы, рассказывая про свои бессонные ночи, наркотическую зависимость и чувство отчужденности от родных. В воздухе витало волнение, и по окончании мероприятия зрители собрались в вестибюле – одни со слезами на глазах обнимались, другие были погружены в разговоры.

Как позже сказал Доеррис: «Всем, кому довелось столкнуться с ужасной болью, страданиями или смертью, не составляло труда понять греческую драматургию. Она вся посвящена историям ветеранов» (3).

В едином ритме

Коллективные движения и музыка придают нашей жизни более широкий смысл, выходящий за рамки нашей личной судьбы. Религиозные ритуалы повсеместно включают ритмические движения – молитвы у Стены Плача в Иерусалиме, песнопения во время католической мессы, медитация в движении на буддистских церемониях, ритмичные молитвенные ритуалы, пять раз в день проводимые мусульманами, и так далее.

Музыка служила опорой для движения за гражданские права в США. Все жившие в те годы никогда не забудут ряды марширующих, сцепивших руки людей, которые распевали песню «Мы победим» [65], уверенно направляясь на собравшихся их остановить полицейских. Музыка объединяет людей, которые, может, по отдельности и напуганы, однако вместе становятся громогласными защитниками своих и чужих прав. Слова, танцы, марш – все это типичные для человека способы придать надежду и храбрость.

Я наблюдал силу коллективных ритмов в действии на публичных слушаниях, проводимых архиепископом Дезмондом Туту для Комиссии по установлению истины и примирения в Южной Африке в 1996 году. Все сопровождалось коллективными песнями и танцами.

Свидетели рассказывали про невообразимые вещи, которые делали с ними и с их семьями. Когда они не справлялись со своими эмоциями, Туту прерывал их выступление, и все присутствовавшие вслед за ним начинали молиться, петь и танцевать, пока свидетелю не удавалось взять себя в руки.

Это позволяло участникам «раскачиваться», периодически погружаясь в свой ужас, и в итоге подобрать слова, чтобы описать случившееся с ними. То, что удалось предотвратить кровавую месть, которая столь часто происходит, когда жертву, наконец, отпускают, я считаю целиком и полностью заслугой Туту и других членов комиссии.

Несколько лет назад я открыл для себя книгу «Keeping Together in Time» [66] (4), написанную величайшим историком Уильямом Макниллом ближе к закату своей карьеры. Эта небольшая книга посвящена рассмотрению исторической роли танца и военной подготовки в создании того, что Макнилл называл «мышечной связью». Она открывает новый взгляд на важную роль театра, коллективных танцев и движений. Кроме того, в ней я нашел ответ на один вопрос, который долгие годы не давал мне покоя. Будучи родом из Нидерландов, я всегда недоумевал, как простым голландским крестьянам и рыбакам удалось добиться независимости от могучей Испанской империи. Восьмидесятилетняя война, растянувшаяся с конца шестнадцатого по середину семнадцатого века, началась с серии партизанских действий, и, казалось, такой ей и было суждено оставаться, так как плохо дисциплинированные солдаты с ничтожно малым жалованьем постоянно дезертировали под градом мушкетного огня.

Все изменилось, когда лидером голландских повстанцев стал принц Морис Оранский. Ему было немногим за двадцать, и он недавно закончил обучение латыни, что позволило ему изучить древнеримское руководство по тактике ведения войны, написанное более чем за полторы тысячи лет до этого. Он узнал, что римский генерал Ликург ввел практику строевого шага в римских легионах, и историк Плутарх приписывал непобедимость армии римлян именно этому нововведению: «То, как они маршируют под ритм труб, было одновременно великолепным и устрашающим зрелищем – они шли ровными, стройными рядами, без намека на волнение и без малейших сомнений на лице, спокойно и с готовностью направляясь под музыку на смертный бой» (5).

Принц Морис приказал ввести в своей плохо организованной армии строевую подготовку под бой барабанов, ритмичную музыку флейт и труб. Этот коллективный ритуал не только придал его солдатам чувство сплоченности и целеустремленность, но также позволил без труда совершать сложные маневры.

Практика строевой подготовки впоследствии распространилась по всей Европе, и по сей день американская армия щедро тратится на марширующие ансамбли, хотя дудки и барабаны больше не сопровождают солдат в бою.

Нейробиолог Яак Панксепп, родившийся в крошечной прибалтийской стране Эстонии, рассказал мне невероятную историю про эстонскую «Поющую революцию». В июне 1987 года в один из этих нескончаемых летних вечеров более десяти тысяч участников фестиваля на Певческом поле в Таллине сцепили свои руки и начали распевать патриотические песни, которые были запрещены на протяжении полувека советской оккупации. Подобные песенные фестивали и протесты продолжились, и одиннадцатого сентября 1988 года триста тысяч людей, примерно четверть населения Эстонии, собрались, чтобы в песенной форме публично потребовать независимости. К августу 1991 года эстонский конгресс объявил о восстановлении Эстонской Республики, а когда советские танки предприняли попытку вторжения, люди живыми щитами выстроились для защиты телевизионных и радиостанций Таллина. Как написал один из обозревателей «New York Times»: «Представьте себе сцену из «Касабланки», в которой защитники Франции распевают, вопреки немецким захватчикам, «Марсельезу», и вы получите хоть какое-то начальное представление о силе Поющей революции» (6).

Лечение психологической травмы театром

Поразительно, как мало было проведено исследований влияния коллективных церемоний на разум и мозг, а также на возможность предотвратить или облегчить с их помощью психологическую травму. За последнее десятилетие, однако, мне выпала возможность ознакомиться с тремя разными программами по лечению травмы с помощью театра и изучить их: «Urban Improv» (городская импровизация. – Прим. пер.) в Бостоне (7) и вдохновленная ею программа «Trauma Drama» в бостонских общественных школах и наших реабилитационных центрах (8); проект «Возможность» под руководством Пола Гриффина в Нью-Йорке (9), а также театральная организация «Шекспир и компания» в Леноксе, штат Массачусетс, организовавшая программу для малолетних преступников под названием «Шекспир в суде». В этой главе я сосредоточусь на этих трех группах, однако в США и за рубежом существует множество театральных лечебных программ, делающих театр повсеместно доступным средством выздоровления.

Несмотря на их различия, в основе всех этих программ лежит одно и то же: столкновение с болезненными реалиями жизни и символическое переосмысление посредством коллективной актерской игры. Любовь и ненависть, агрессия и отказ от борьбы, преданность и предательство – все это присуще как театру, так и психологической травме. Наша культура учит нас отгораживаться от своих истинных чувств. Говоря словами Тины Пакер, обворожительной основательницы «Шекспира и компании»: «В ходе обучения актерскому мастерству людям приходится учиться идти против этой тенденции – не только глубоко переживать свои чувства, но и передавать их каждую секунду аудитории, чтобы она их уловила – а не закрывалась от них».

Травмированные люди боятся глубоких переживаний. Их пугают собственные эмоции, так как эти эмоции приводят к утрате контроля. Суть же театра, напротив, в воплощении этих эмоций в жизнь, в придании им голоса, в том, чтобы примерять на себя различные роли.

Как мы уже видели, суть травмы заключается в том, что человек чувствует себя всеми забытым и покинутым, отрезанным от всего человечества. Театр же позволяет совместно с другими людьми ощутить на себе реалии человеческой природы.

Как мне сказал Пол Гриффин, когда мы обсуждали его театральную программу для детей в семейных приютах: «Театральная трагедия вся состоит из попыток людей справиться с предательством, насилием и разрушением. Эти дети без труда понимают чувства, переживаемые Лиром, Отелло, Макбетом или Гамлетом».

Говоря словами Тины Пакер: «Суть в том, чтобы использовать все свое тело, находя при этом отклик своим чувствам, эмоциям и мыслям в телах других людей». Театр дает перенесшим травму людям возможность обнаружить связь друг с другом, глубоко прочувствовать свою коллективную человечность.

Травмированные люди боятся конфликтов. Им страшно потерять контроль, снова оказавшись на проигравшей стороне. В театре же конфликт занимает центральное место – внутренние конфликты, межличностные конфликты, семейные конфликты, социальные конфликты и их последствия. При психологической травме человек пытается забыть о своем страхе, гневе или беспомощности. Театр же позволяет высказать правду и поделиться ею с аудиторией. Для этого нужно преодолеть свои внутренние преграды, чтобы докопаться до истины, изучить свои глубокие личные переживания, чтобы воплотить их своим голосом и телом на сцене.

Постепенное погружение

Эти театральные программы предназначены не для амбициозных актеров, а для озлобленных, напуганных и беспокойных подростков или же отрешенных, выгоревших, имеющих зависимость ветеранов. Приходя на репетицию, они плюхаются в кресло, переживая, что другие сразу же поймут, какие они неудачники. С травмированными подростками творится полный бардак: они заторможены, плохо вступают в контакт, им сложно выразить свои мысли, у них проблемы с координацией, и им не к чему стремиться. Они слишком перевозбуждены, чтобы обращать внимание на происходящее вокруг. Их легко спровоцировать, и они выразят свои чувства действиями, а не словами.

Все режиссеры, с которыми мне доводилось работать, сходятся во мнении, что главный секрет – это действовать постепенно, шаг за шагом втягивая их в процесс. Поначалу от участников сложно добиться более активной реакции на происходящее вокруг. Вот как Кевин Коулман, директор «Шекспир и компания», описал свою работу с подростками, когда я брал у него интервью: «Сначала мы просим их встать и пройтись по комнате. Затем мы начинаем давать им другие задания, все более и более сложные, чтобы они не просто бесцельно бродили, а взаимодействовали с людьми: пройтись на носках, на пятках, задом наперед. Затем мы просим их упасть и закричать, если они на кого-то наткнутся. После где-то тридцати заданий они уже размахивают руками в воздухе, и мы устраиваем полноценную разминку, однако все происходит постепенно. Если поторопиться, они начнут биться об стену.

Нужно сделать так, чтобы они не боялись замечать друг друга. Когда им станет немного свободнее в своем теле, я могу попросить: «Не встречайтесь ни с кем взглядом, просто смотрите в пол». Большинство из них думают: «Отлично, я и так уже это делаю», однако потом я говорю: «А теперь начните обращать внимание на людей, мимо которых вы проходите, но только так, чтобы они не заметили, как вы на них смотрите». Следом: «На секунду встретьтесь с кем-нибудь взглядом». Затем: «Теперь отведите глаза... теперь встретьтесь взглядом... теперь снова отведите. Теперь посмотрите в глаза и задержите взгляд... слишком долго. Вы можете понять, что слишком долго задержали свой взгляд, если вам захочется встречаться с этим человеком или подраться с ним. Вот тогда уже пора и отводить глаза».

Обычно они так долго никому в глаза в своей повседневной жизни не смотрят, даже своим собеседникам. Они не знают, можно ли этому человеку

доверять. Таким образом, нужно добиться того, чтобы они не боялись смотреть людям в глаза, не боялись, когда кто-то смотрит на них. И так потихоньку, шаг за шагом...»

У травмированных подростков ярко выраженная потеря синхронизации с окружающим миром. В нашей программе «Trauma Drama» в Центре травмы мы используем зеркальные упражнения, чтобы помочь им подстроиться друг под друга. Они поднимают правую руку, и их партнер повторяет за ними; они поворачиваются, и партнер поворачивается следом. Они начинают замечать изменения положения тела и выражения лица, отличия их естественных движений от движений других людей, а также ощущения, вызываемые непривычными движениями и выражениями лица.

Повторяя друг за другом, они становятся менее зацикленными на том, что о них могут подумать окружающие, они подстраиваются к чужим переживаниям душой, а не мозгом. Когда упражнение заканчивается смехом, это является гарантированным индикатором того, что наши участники чувствуют себя в безопасности.

Чтобы стать настоящими партнерами, им также нужно научиться друг другу доверять. Нашим ребятам особенно сложно дается упражнение, когда их с завязанными глазами ведет за руку партнер. Зачастую им не менее страшно и самим кого-то так вести, чувствовать, что тебе полностью кто-то доверится, кто-то, кто ничего перед собой не видит. Поначалу их может хватить всего на десять или двадцать секунд, однако постепенно мы увеличиваем это время до пяти минут. По завершении упражнения некоторым из них требуется какое-то время походить самим, потому что им сложно эмоционально справиться с подобного рода связью.

Травмированным детям и ветеранам, с которыми мы работаем, стыдно, когда на них смотрят, они боятся осознать свои чувства и держатся друг от друга на расстоянии. Задача любого режиссера, равно как и любого психотерапевта, в том, чтобы действовать неторопливо, чтобы актеры могли установить связь друг с другом, со своими телами. Театр предлагает уникальную возможность пережить всевозможные эмоции и физические ощущения, которые не только помогают им установить связь со своим телом, но также и открывают для них новые альтернативные способы взаимодействия с миром вокруг.

Urban Improv

Мой сын полюбил свою театральную группу, которая была организована «Urban Improv» (UI) – давно существующей бостонской творческой организацией. Он продолжал заниматься в ней на протяжении старших классов, а затем вызвался работать с ними на летних каникулах после своего первого года в колледже. Тогда-то он и узнал, что организованная UI программа по предотвращению насилия, в рамках которой с 1992 года проводились сотни занятий в местных школах, получила исследовательский грант на изучение ее эффективности – и что они искали кого-то, кто возьмет на себя руководство

исследованием. Ник сказала директорам UI, Киппи Дьюи и Сиссе Кэмпбелл, что, как ему кажется, его отец будет идеальным кандидатом на эту роль. К счастью для меня, они согласились.

Я начал ездить по школам вместе с различными представителями UI, включая директора, четырех профессиональных актеров-педагогов и одного музыканта. Были разработаны сценарии для различных сценок, отражающих проблемы, с которыми ученикам приходится сталкиваться каждый день: непризнание со стороны сверстников, зависть, соперничество и злоба, а также семейные разногласия. В сценках для учеников постарше также были затронуты такие проблемы, как любовные отношения, ЗППП [67], гомофобия и насилие со стороны сверстников. В ходе типичного представления профессиональные актеры могли изображать группу школьников в школьной столовой, которые выгоняют из-за своего стола новичка. По мере приближения к моменту, когда нужно сделать выбор – например, новый ученик должен что-то ответить на унижения в свой адрес, – режиссер останавливает действие. После этого кому-то из класса предлагают заменить одного из актеров и продемонстрировать, как бы он повел себя в этой ситуации.

Подобные сценарии позволяют школьникам понаблюдать за повседневными проблемами со стороны, экспериментируя при этом с различными решениями: ответят ли они обидчикам, поговорят с другом, позовут классного руководителя или расскажут обо всем родителям?

После этого другого вызвавшегося добровольца просят попробовать какой-то другой вариант действий, чтобы ученики увидели, чем может обернуться сделанный ими выбор. Различный реквизит и костюмы помогают участникам принимать на себя риск в своих новых ролях – этому также способствует и веселая атмосфера, равно как и поддержка со стороны актеров. После занятия ученики разбиваются на дискуссионные группы, отвечая на такие вопросы, как: «Что было в данной сценке общего с происходящим в вашей школе и что отличалось?», «Как вы добиваетесь нужного уважения?», а также «Как вы улаживаете разногласия?» Эти обсуждения принимают оживленный характер, так как многие ученики высказывают свои мысли и идеи.

Наш Центр травмы оценивал эту программу для четвероклассников и восьмиклассников в семнадцати участвующих школах. Классы, участвовавшие в программе, сравнивались с теми, которые не принимали в ней участие. У четвероклассников мы наблюдали значительный положительный отклик. Руководствуясь стандартными шкалами оценки агрессии, сотрудничества и самоконтроля, мы обнаружили, что ученики, участвовавшие в программе, значительно реже дрались и выходили из себя, были более стоворчивыми и вели себя увереннее со сверстниками, а также были более внимательными и активными на уроках (11).

К нашему большому удивлению, у восьмиклассников похожих результатов не наблюдалось. Что же успевало произойти за эти четыре года, из-за чего их реакция так менялась? Поначалу мы могли руководствоваться лишь своими собственными впечатлениями. Посещая занятия с четвероклассниками, я был поражен их простодушием и тому, с каким рвением они участвовали в сценках. Восьмиклассники, с другой стороны, были более зажатые и закрытые – казалось, они утратили всю непосредственность и энтузиазм.

Половое созревание, очевидно, внесло свой вклад в эти перемены, однако могли ли быть какие-то еще факторы?

Копнув глубже, мы обнаружили, что дети постарше больше чем в два раза чаще сталкивались с психологическими травмами, чем младшие ученики: каждый восьмиклассник в этих типичных школах в бедных районах был свидетелем насилия в той или иной форме, включая ножевые ранения, перестрелки, убийства и домашнее насилие.

Наши данные указывали на то, что восьмиклассники, столкнувшиеся с насилием такого уровня, были более агрессивными, чем не испытывавшие подобного ученики, и что программа не оказала особого влияния на их поведение.

Сотрудники Центра травмы решили попробовать изменить данную ситуацию с помощью более продолжительной и интенсивной программы с упором на упражнения, призванные помочь с развитием навыков коллективной работы и эмоциональной регуляции. Было решено использовать сценарии, в которых описывались те самые случаи насилия, с которыми сталкивались эти дети. На протяжении месяца наши сотрудники под руководством Джозефа Спиначцола еженедельно встречались с актерами из UI для помощи им в разработке сценариев. Актеры обучали наших психологов методам импровизации, зеркального повторения и точных физических подстроек, чтобы они могли в точности изобразить, как человек раскисает, дает отпор, испытывает трусость или смятение. Мы, в свою очередь, рассказывали актерам про триггеры травмы, а также учили их распознавать случаи воспроизведения травмы и разбираться с ними (12).

В течение зимы и весны 2005 года мы опробовали получившуюся в итоге программу в специализированной школе, ученики которой были завсегда детьми детских исправительных учреждений. Все они были родом из районов, где процветала преступность, и навидались всякого ужасного насилия. Я никогда не видел столь агрессивных и угрюмых подростков. Мы смогли своими глазами увидеть, каково приходится бесчисленным школьным учителям, изо дня в день имеющим дело с учениками, которые при любой трудности срываются или закрываются в себе.

Мы были шокированы тем, что в сценках, героям которых угрожала физическая опасность, эти ученики неизбежно вставали на сторону агрессора. Так как они не позволяли себе ни малейшего проявления слабости, они не принимали ее и в других. Они выражали полное презрение к потенциальным жертвам, выкрикивая фразы вроде «Убей эту суку, она это заслужила» во время сценки на тему насилия в отношениях.

Поначалу некоторые из профессиональных актеров хотели опустить руки – было уж слишком неприятно наблюдать за этими озлобленными детьми, – однако они выстояли, и постепенно, к моему величайшему изумлению, им удалось уговорить учеников экспериментировать, пускай и неохотно, с новыми ролями. Ближе к завершению программы некоторые ученики даже вызывались изображать персонажей, которые должны были продемонстрировать свою незащищенность или страх. Когда они получили свои сертификаты о прохождении курса, несколько учеников застенчиво вручили актерам рисунки,

чтобы выразить свою признательность. Я заметил пару слез, возможно, даже у себя самого.

Наша попытка включить курс «Trauma Drama» в школьную программу для восьмиклассников в бостонских школах, к сожалению, уперлась в стену непреодолимой бюрократии. Тем не менее он продолжает существовать в рамках программ реабилитации в Justice Resource Institute, в то время как музыка, театр, искусство и спорт – неподвластные времени способы развития различных способностей и навыков коллективной работы – все продолжают исчезать из наших школ.

Проект «Возможность»

В проекте Пола Гриффина «Возможность», реализованном в Нью-Йорке, участникам не предоставляют готовые сценарии. Вместо этого они встречаются на протяжении девяти месяцев по три часа в неделю, пишут свой собственный мюзикл и показывают его нескольким сотням людей. За свою двадцатилетнюю историю проект «Возможность» обзавелся постоянными участниками и стойкими традициями. Каждая постановочная группа составляется из недавних выпускников, которые при помощи профессиональных актеров, танцоров и музыкантов разрабатывают сценарий, эскизы декораций, ставят хореографию и проводят репетиции для нового класса. Эти недавние выпускники служат примером для подражания. Как сказал мне Пол: «Вступая в нашу программу, ученики думают, что от них ничего не зависит, однако эта программа меняет их взгляды на свое будущее».

В 2010 году Пол начал новую программу специально для подростков из семейных приютов. Это особенно проблемная группа молодежи: через пять лет после достижения совершеннолетия примерно 60 процентов попадают под уголовную ответственность, 75 процентов живут на пособие и лишь 6 процентам удается закончить колледж.

В Центре травмы проходят лечение многие дети из семейных приютов, однако Гриффин дал мне возможность по-новому взглянуть на их жизнь:

«Семейный приют – это как другая страна. Понять, каково там жить, так же сложно. Если ты не оттуда, то не знаешь местного языка. Для подростков из семейных приютов жизнь перевернута с ног на голову».

Чувство защищенности и любовь, которые другие дети воспринимают как должное, им приходится создавать для себя самостоятельно. Говоря, что «жизнь перевернута с ног на голову», Гриффин имеет в виду, что дети из семейных приютов не знают, как реагировать на проявления любви и отзывчивости. Им больше знакомы грубость и цинизм.

Как говорит Гриффин, «брошенным детям сложно кому-то доверять, а достучаться до них невозможно, пока у них не появится доверие». Детям в семейных приютах зачастую приходится отчитываться перед многими людьми. Чтобы, к примеру, сменить школу, им нужно разобраться со своими

временными приемными родителями, руководством школы, агентством по опеке, а иногда еще и с судьей. Это делает их расчетливыми, и они слишком хорошо учатся манипулировать людьми.

В мире семейной опеки слово «постоянство» является большой пустышкой. Девиз чиновников: «Все что вам нужно – это один заботящийся о вас взрослый», однако для подростков совершенно естественно отдаляться от взрослых, и Гриффин замечает, что лучшей формой постоянства для подростков является устойчивая группа друзей – которую и призвана обеспечить им программа. Другим словом-пустышкой в мире семейной опеки является «независимость», которому Пол противопоставляет «взаимозависимость». «Мы все взаимозависимы, – отмечает он. – То, что мы отправляем молодых людей в одиночку во взрослый мир, призывая их называть себя независимыми, является сумасшествием. Нам нужно научить их быть взаимозависимыми, научить строить отношения с окружающими».

Пол считает, что дети из семейных приютов – прирожденные актеры. Чтобы играть трагических персонажей, нужно изображать соответствующие эмоции, создавая вокруг себя реальность, наполненную болью и скорбью. Что ж, дети из семейных приютов другого мира и не знают. Им каждый день приходится выживать.

Со временем коллективная работа сближает этих детей, и они становятся важной частью жизни друг друга. Собирается группа, и на первой репетиции устанавливаются основные правила: нужно быть ответственным и проявлять друг к другу уважение; проявления симпатии приветствуются, сексуальные контакты в группе запрещены. Затем они начинают вместе двигаться и петь, тем самым подстраиваясь друг под друга.

Когда они начинают говорить, когда открывают свой собственный голос, они создают свое собственное шоу. Пол сразу дает понять, что они тоже должны вносить свой вклад в постановку: «Если бы вам выпала возможность написать мюзикл или пьесу, о чем бы она была? Наказание? Мечь? Предательство? Утрата? Вам решать, о чем писать». Все, что они говорят, записывается, и некоторые из них сами начинают переносить свои слова на бумагу. По мере создания сценария постановочная команда использует слова учеников для диалогов и песен. Группа понимает, что если они достаточно хорошо выразят свои переживания, то будут услышаны. Они учатся принимать свои чувства и мысли.

Когда сценарий написан, ситуация меняется. Боль, одиночество и страх этих детей перестают играть центральную роль – теперь они становятся актерами, певцами, танцорами, хореографами, режиссерами по свету и декорациям. Возможность проявить себя играет критическую роль – это лучшее лекарство от вызванного травмой чувства беспомощности.

Это, разумеется, касается и каждого из нас. Когда на работе начинаются проблемы, когда проект, на который возлагались такие большие надежды, идет под откос, когда близкий человек уходит или умирает, мало что может помочь так, как возможность подвигать мышцами и заняться чем-то, требующим сосредоточенного внимания. В школах и в рамках психиатрических программ бедных районов частенько об этом забывают. Они хотят, чтобы дети

вели себя «нормально» – не создавая при этом условий для того, чтобы они чувствовали себя нормальными.

Дети из семейных приютов – прирожденные актеры. Чтобы играть трагических персонажей, нужно изображать соответствующие эмоции, создавая вокруг себя реальность, наполненную болью и скорбью. Они другого мира и не знают. Им каждый день приходится выживать.

Кроме того, театральные программы учат причинно-следственной связи. Жизнь детей в семейных приютах совершенно непредсказуема. В любой момент может произойти все что угодно: срыв под воздействием триггера; убийство или арест родителей прямо у них на глазах; переезд из одного дома в другой; наказание за поведение, которое одобрялось в предыдущей семье. В ходе театральной постановки же они видят последствия своих решений и действий прямо у себя перед глазами: «Чтобы дать им чувство контроля, нужно предоставить им возможность управлять своей судьбой, вместо того чтобы решать все за них, – объясняет Пол. – Этим детям нельзя просто помочь, исправить или спасти их. Нужно работать с ними бок о бок, помогая понимать свое собственное видение, и реализовывать его вместе с ними. Тем самым мы возвращаем им чувство контроля. Мы исцеляем травму, ни разу не упоминая этого слова».

Приговоренные к Шекспиру

Подростки, приходящие на занятие по программе «Шекспир в суде», не занимаются импровизацией, для них не готовят сценарии на основе их собственной жизни. Все они «малолетние преступники», признанные виновными в нанесении побоев, распитии спиртных напитков, кражах и имущественных преступлениях, которых суд по делам несовершеннолетних округа Беркшир приговорил к шести неделям интенсивного обучения актерскому мастерству по четыре вечерних занятия в неделю. Никто из этих подростков прежде не был знаком с творчеством Шекспира. Как сказал мне Кевин Коулман, когда они впервые приходят на занятие – озлобленные, подозрительные и шокированные, – они убеждены, что лучше бы им было пойти в тюрьму. Вместо этого же им предстоит выучить реплики Гамлета, Марка Антония или Генри Пятого, после чего они в сжатой форме ставили всю шекспировскую пьесу перед аудиторией, состоящей из родных, друзей и представителей системы ювенальной юстиции.

Не находя слов, чтобы выразить последствия своего тяжелого детства, эти подростки привыкли выражать свои эмоции насилием. У Шекспира немало сражений на мечах, что, подобно другим боевым искусствам, дает им возможность попрактиковаться в выражении сдержанной агрессии и физической силы. Упор делается на всеобщей безопасности. Дети обожают махать мечами, однако чтобы не поранить друг друга, им приходится договариваться и использовать слова.

Шекспир писал в переходные времена, когда устное общение начало сменяться письменным – когда большинство людей по-прежнему ставили вместо подписи крестик. Эти дети переживают свой собственный переходный период: многим из них сложно формулировать свои мысли, а некоторые и читают с трудом. Они используют матерные слова не только для того, чтобы показать, какие

они крутые, – у них попросту нет других слов, чтобы обозначить себя или свои чувства. Открывая богатство и потенциал языка, они зачастую получают искреннее удовольствие.

Первым делом участники разбирают, о чем именно говорит Шекспир, строчка за строчкой. Режиссер читает этим новоявленным актерам слова одно за другим, и они должны произнести свои реплики на одном дыхании. Поначалу многим из этих детей едва удастся вообще выдать из себя хоть строчку. Прогресс происходит очень постепенно, по мере того, как каждый актер усваивает слова. Эти слова приобретают глубину и находят отклик вместе с меняющимся в соответствии с возникающими ассоциациями голосом.

Идея в том, чтобы дать актерам почувствовать, как они реагируют на слова – тем самым раскрывая персонажа. Упор делается не на запоминание строк, а на то, чтобы актер задумался: «Что эти слова значат для меня? Какое влияние я оказываю на других актеров? Что происходит со мной, когда я слышу их реплики?»

Этот процесс способен изменить жизнь, в чем я убедился на одном занятии, которое проводили обученные организацией «Шекспир и компания» актеры в медицинском центре для ветеранов в городе Бат, штат Нью-Йорк. Ларри, пятидесятидевятилетний ветеран войны во Вьетнаме, который за прошлый год двадцать семь раз попадал в больницу на детоксикацию, вызвался играть роль Брута в сцене из «Юлия Цезаря». Когда началась репетиция, он сбивчиво читал себе под нос свои реплики – казалось, он боялся того, что о нем подумают окружающие.

Припомни март и мартовские иды:

Иль Цезарь пал не ради правосудья?

Иль негодяями он был сражен

Несправедливо?

(перевод Михаила Зенкевича)

Казалось, ушли часы, чтобы отрепетировать речь, начинавшуюся с этих строк. Поначалу он стоял, ссутулившись, и повторял слова, которые шептал ему в ухо режиссер: «Припомни – что ты помнишь? Ты помнишь слишком много? Или слишком мало? Припомни. Чего ты не хочешь помнить? Каково это – помнить?» У Ларри надломился голос, он не поднимал глаз, по его лбу струился пот.

После небольшого перерыва и глотка воды снова за дело. «Правосудие – ты добивался правосудия? Ты когда-либо падал ради правосудия? Что для тебя значит правосудие? Сражен. Ты когда-нибудь ранил кого-то в бою? А тебя ранили? Каково это было? Что бы ты сделал иначе? Удар. Тебе когда-либо

наносили удар в спину? А ты наносил удар в спину кому-либо?» На этом Ларри выскочил из комнаты.

На следующий день он вернулся, и мы продолжили – Ларри стоял весь в поту, его сердце колотилось, а в голове проносились миллионы ассоциаций, в то время как он постепенно позволял себе прочувствовать каждое слово в проговариваемых строках.

По окончании программы Ларри впервые за многие годы устроился на работу, и шесть месяцев спустя, насколько мне известно, он по-прежнему работал. Для исцеления от травмы просто необходимо научиться чувствовать и переживать глубокие эмоции.

В программе «Шекспир в суде» особенности языка, используемого на репетициях, переносятся и в разговоры учеников вне сцены. Кевин Коулман отмечает, что они часто используют выражение «Я чувствую, что...» («I feel like». – Прим. пер.). Он продолжает: «Когда путаешь свои эмоциональные переживания со своими суждениями, то все смазывается. Если спросить их: «Каково это было?» – то они тут же ответят «было здорово» или «было не очень». Это их суждения. По этой причине мы не спрашиваем после сценок «Каково это было?», так как это отдаляет их от эмоциональной части их мозга».

Вместо этого Коулман спрашивает: «Заметили ли вы у себя какие-то особые чувства во время этой сцены?» Так они учатся выражать эмоции словами: «Я почувствовал злость, когда говорил это». «Мне было страшно, когда он посмотрел на меня». Это помогает актерам осознать наличие у себя множества разных эмоций. Чем больше они замечают, тем больше проявляют любопытства.

Когда начинается репетиция, детям приходится учиться стоять, выпрямив спину, и непринужденно ходить по сцене. Они учатся говорить так, чтобы их было слышно во всем театре, что само по себе непросто. Во время итогового выступления они предстают перед зрителями. Эти дети выходят на сцену, ощущая уже другую степень незащищенности, угрозы или безопасности, и они открывают для себя, насколько могут себе доверять. Постепенно желание преуспеть, показать, что им это по зубам, берет верх. Кевин рассказал мне историю одной девушки, которая играла Офелию в «Гамлете». В день выступления он увидел ее за кулисами, готовящейся выйти на сцену, с прижатой к груди корзиной для бумаг. (Она объяснила, что боялась, что ее стошнит от волнения.) Она постоянно убегала из семейных приютов, равно как и с занятий программы «Шекспир в суде». Так как программа нацелена на то, чтобы пытаться помочь детям до последнего, полиция снова и снова приводила ее обратно. В какой-то момент она, должно быть, осознала всю важность исполняемой ею роли для группы либо же почувствовала, насколько этот опыт важен для нее самой. Как бы то ни было, в тот день она решила не убегать.

Психотерапия и театр

Однажды я услышал, как Тина Пакер сказала, выступая перед специалистами по лечению психологической травмы: «В психотерапии и в театре важнейшую роль играет интуиция. Она противоположна исследованиям, когда мы стремимся выйти за рамки своего личного опыта, даже за рамки опыта своих пациентов, чтобы объективно проверить наши предположения. Психотерапию делает эффективной глубокий, субъективный отклик, а также живущее в нашем теле глубокое чувство истинности и правдивости». Я все еще надеюсь, что однажды нам удастся опровергнуть Тину и мы совместим силу интуиции с научными методами.

Эдвард, один из педагогов организации «Шекспир и компания», рассказал мне историю, случившуюся с ним на продвинутых курсах актерского мастерства, проводимых Пакер, когда он был еще начинающим актером. Все утро группа выполняла упражнения, призванные расслабить мышцы торса, чтобы добиться глубокого и естественного дыхания. Эдвард заметил, что каждый раз, перекатываясь через определенное место в грудной клетке, он чувствовал волну грусти. Педагог спросил, не было ли у него в этом месте травмы, и тот ответил, что не было.

«В психотерапии и в театре важнейшую роль играет интуиция. Она противоположна исследованиям, когда мы стремимся выйти за рамки своего личного опыта, даже за рамки опыта своих пациентов, чтобы объективно проверить наши предположения. Психотерапию делает эффективной глубокий, субъективный отклик, а также живущее в нашем теле глубокое чувство истинности и правдивости».

Для вечернего занятия Пакер он подготовил речь из «Ричарда Второго», когда короля вызывали, чтобы он отдал корону свергнувшему его лорду. Во время последующего обсуждения он вспомнил, что его мать во время беременности сломала ребра и что он всегда связывал это со своим преждевременным рождением.

Он вспоминал:

«Когда я рассказал об этом Тине, она начала расспрашивать меня про первые месяцы моей жизни. Я сообщил, что не помню, как находился в инкубаторе для новорожденных, однако у меня были воспоминания о том, как позже у меня останавливалось дыхание, и потом я лежал в больнице в кислородной палатке. Помню, как дядя вез меня в больницу, не останавливаясь на светофорах. Словно у меня случился синдром внезапной детской смерти в трехлетнем возрасте.

Тина продолжала задавать мне вопросы, и я начал раздражаться и злиться из-за того, что она пыталась достучаться до этой запертой мною боли. Тогда она сказала: «Тебе было больно, когда врачи вставляли в тебя все эти иглы?»

В этот момент я начал вовсе кричать. Я попытался убежать, однако другие два актера – крупные ребята – меня удержали. Наконец им удалось усадить меня в кресло, а меня всего трясло. Затем Тина сказала: «Ты – это твоя мать, и ты выступишь с этой речью. Ты – это твоя мать, и ты рождаешь себя. И ты убеждаешь себя, что у тебя все получится. Ты не умрешь. Ты должен

убедить себя. Ты должен убедить себя, что этот маленький младенец, который является тобой, не умрет».

Вот о чем я думал, когда зачитывал речь Ричарда. Когда я впервые с ней выступал перед классом, то говорил себе, что хочу прочувствовать роль, что эти слова принадлежат Ричарду, а не чему-то внутри меня.

Когда же наконец я выступил, мне сразу стало ясно, что мой внутренний младенец был в точности как Ричард; я был не готов оставить свой трон. Чувство было такое, словно мое тело покинули мегатонны энергии и напряжения. Я смог выразить то, что не давал мне выразить этот ребенок, который не мог дышать и боялся, что умрет.

Задумка Тины была гениальной: она сказала мне стать своей матерью, которая говорит, что все будет в порядке. Я словно вернулся назад во времени и изменил историю. Осознание того, что однажды я почувствую себя достаточно защищенным, чтобы выразить свою боль, сделало ее драгоценной частью моей жизни.

В ту ночь я впервые в жизни испытал оргазм в присутствии другого человека. И я знаю, что это случилось благодаря тому, что я нечто высвободил – какую-то напряженность в собственном теле, которая позволила мне более активно взаимодействовать с миром вокруг».

Эпилог. Решения, которые нужно принять

Мы находимся на грани того, чтобы стать обществом, которое осознает всю глубину проблемы психологической травмы. Практически каждый день кто-то из моих коллег публикует очередной отчет о том, как травма нарушает работу разума, мозга и всего тела. НДО-исследование (неблагоприятный детский опыт, про него подробно рассказывалось в одной из глав. – Прим. пер.) показало, что пережитое в раннем детстве насилие подрывает здоровье и навыки социального взаимодействия. Джеймс Хекман получил Нобелевскую премию за доказательство того, как много можно сэкономить денег за счет раннего вмешательства в жизни детей из бедных и неблагополучных семей: больше детей будут заканчивать школу, уровень преступности и безработицы снизится, а в семьях и на улице станет меньше насилия. По всему миру я встречаю людей, которые серьезно относятся к этим данным и безудержно работают, разрабатывая и применяя все более эффективные методы оказания помощи таким детям, будь то преданные своему делу учителя, социальные работники, врачи, психотерапевты, медсестры, общественные деятели, театральные режиссеры, тюремные надзиратели, полицейские или инструкторы по медитации. Если вы дошли со мной до этой страницы моей книги, то тоже стали частью этого сообщества.

Достижения в области нейробиологии позволили нам лучше понять, как психологическая травма сказывается на развитии мозга, саморегуляции, а также способности уделять сосредоточенное внимание и быть в гармонии с окружающими. С помощью передовых методов нейровизуализации мы смогли определить, где именно ПТСР зарождается в человеческом мозге, что позволило нам понять, почему травмированные люди замыкаются в себе, почему у них вызывают неприятные реакции различные световые сигналы и звуки, а также почему они выходят из себя или закрываются в ответ на малейшую провокацию. Мы узнали, как в течение жизни наш опыт меняет структуру и функции мозга – и даже воздействует на гены, которые мы передаем своим детям. Понимание многих процессов, связанных с травматическим стрессом, позволило разработать множество терапевтических методов, способных снова вернуть к жизни участки мозга, отвечающие за саморегуляцию, самовосприятие и внимание. Теперь мы умеем не только лечить психологическую травму, но и все больше учимся ее предотвращать.

И тем не менее после посещения очередной панихиды по расстрелянному из машины подростку из преступного района Бостона либо после прочтения очередной статьи про сокращение финансирования школ в бедных городах я чувствую себя на грани отчаяния. Во многих смыслах мы словно движемся в обратном направлении, когда принимаются такие меры, как безжалостное лишение конгрессом продуктовых талонов детей, чьи родители безработные или сидят в тюрьме; когда в некоторых районах противятся всеобщему медицинскому обслуживанию; когда психиатрия упорно отказывается видеть связь между психическими и социальными проблемами; когда правительство отказывается запретить продажу оружия, чьей единственной целью является убийство огромного количества людей, а также когда считается нормальным заключать в тюрьмы изрядную часть населения страны, пуская под откос их жизни, равно как и значительные финансовые ресурсы.

Любые обсуждения ПТСР по-прежнему, как правило, вращаются вокруг вернувшихся с войны солдат, жертв террористических взрывов либо людей, выживших в ужасных катастрофах. Вместе с тем психологическая травма остается куда более масштабной проблемой здравоохранения – пожалуй, наибольшей угрозой благополучию нашей нации. С 2001 года гораздо больше американцев погибли от рук своих родителей или других членов семьи, чем в войнах в Ираке и Афганистане. Американские женщины в два раза чаще становятся жертвами домашнего насилия, чем рака груди. По оценкам Американской академии психиатрии, огнестрельное оружие убивает в два раза больше детей, чем рак. По всему Бостону я вижу билборды, рекламирующие Фонд Джимми, борющийся с детским раком, а также кампании по сбору средств на исследование рака груди или лейкемии, однако при этом не предпринимается никаких масштабных усилий, чтобы помочь детям и взрослым справиться со своим страхом, гневом и апатией, являющимися предсказуемыми последствиями психологической травмы.

Когда я выступаю с лекциями на тему психологической травмы и ее лечения, участники порой просят меня оставить в стороне политику и ограничиться обсуждением нейробиологии и методов лечения. Хотелось бы мне отделить психологическую травму от политики, однако пока мы продолжаем отрицать и лечить только травму, игнорируя при этом ее причины, мы обречены на провал. В современном мире здоровье и безопасность человека определяются не столько генетическим, сколько почтовым кодом. Доходы людей, отношения в семье, жилье, работа и возможности получения образования влияют не

только на вероятность развития у них посттравматического стресса, но и на возможность получения помощи в борьбе с ним. Нищета, безработица, плохие школы, социальная изоляция, повсеместная доступность огнестрельного оружия, ужасные условия проживания – все это является благодатной почвой для развития психологической травмы. Травма порождает новые травмы; люди, которых кто-то обидел, сами причиняют вред другим.

Я никогда не забуду, как стал свидетелем процесса исцеления от коллективной травмы в рамках работы Комиссии по поиску истины и примирению в Южной Африке, основным принципом которой является «Убунту» – слово, в переводе с языка коса означающее мир, в котором все связаны между собой. Согласно идеологии Убунту, исцеление невозможно без признания нашей общей человечности и коллективной судьбы.

Мы все являемся глубоко социальными существами – наш мозг заточен на то, чтобы работать и развиваться сообща. Травма разрушает систему социального взаимодействия, создавая преграды для сотрудничества, заботы и способности быть полноценным членом общества. В этой книге мы видели, как много психических проблем, начиная с наркотической зависимости до склонности к самоповреждению, связаны с неспособностью справиться с невыносимыми из-за нехватки человеческого контакта и поддержки эмоциями. Тем не менее учреждения, которые занимаются травмированными детьми и взрослыми, слишком часто обходят стороной систему эмоционального взаимодействия, лежащую в основе нашей сущности, вместо этого делая упор на исправлении «неправильного мышления», а также на подавлении неприятных эмоций и проблемного поведения.

Люди могут научиться контролировать и менять свое поведение, но только лишь если они чувствуют себя достаточно безопасно, чтобы экспериментировать с новыми решениями. Тело все помнит: если травма закодирована в телесных ощущениях, то наша первостепенная задача – это помочь людям выйти из состояния «бей или беги», изменить свое восприятие опасности и научиться управлять своими отношениями.

Что касается травмированных детей, то в последнюю очередь нам нужно убирать из школьной программы занятия, направленные именно на это: хоровое пение, физическую культуру, большие перемены и все остальное, что связано с движением, играми и другими формами веселого взаимодействия.

Как мы уже видели, психиатрия зачастую лишь усложняет существующую проблему. Многие современные психиатры воспринимают пациентов как конвейер и, пообщавшись с ними пятнадцать минут, выдают им гору таблеток для снятия боли, тревоги или депрессии. Они словно говорят: «Позволь нам тебя исправить; просто следуй указаниям и принимай вот эти препараты, а потом возвращайся через три месяца – но только не вздумай пытаться решить свои проблемы спиртным или наркотиками». Подобные сокращенные варианты лечения делают невозможным развитие заботы о себе или самоуправления. Одним из трагических примеров этой тенденции является повсеместное назначение болеутоляющих, которые ежегодно убивают в США больше людей, чем автокатастрофы и пули.

Все больше полагаясь на медикаменты в лечении этих проблем, мы забываем про первоначальную проблему: с чем эти пациенты пытаются справиться? Какие у них есть внутренние и внешние ресурсы? Как они себя успокаивают? Заботятся ли они о своем теле и как вырабатывают у себя физическое чувство контроля, жизнерадостности и расслабленности? Имеет ли в их жизни место динамическое взаимодействие с другими людьми? Которые по-настоящему знают их, любят их и заботятся о них? На кого они могут рассчитывать, когда напуганы, когда у них болеют дети или же когда они болеют сами? Являются ли они членом какого-то сообщества и играют ли важную роль в жизни людей вокруг? Какие именно навыки нужны им, чтобы уделять сосредоточенное внимание и принимать решения? Чувствуют ли они себя нужными? Что у них особенно хорошо получается? Как можно им помочь почувствовать, что они контролируют свою жизнь?

Хотелось бы мне верить, что стоит нашему обществу начать уделять особое внимание потребностям детей, как все формы социальной поддержки для семей – тема, до сих пор вызывающая в нашей стране огромные споры, – постепенно станут восприниматься не только желаемыми, но и осуществимыми. Что изменилось бы, будь у всех американцев возможность оставлять своих детей на день в хороших детских садах, отправляясь на работу или учебу? Как бы выглядела наша система образования, если бы детей с ранних лет учили навыкам коллективной работы, саморегуляции, сдержанности и концентрации внимания (вместо того, чтобы делать упор на сдаче контрольных, для чего достаточно позволить детям руководствоваться своей природной любознательностью и желанием добиваться успехов – и чему мешает чувство беспомощности и страха вкупе с перевозбуждением)?

У меня есть семейная фотография, на которой мне пять лет, где я сижу между своими старшими (очевидно, более мудрыми) и младшими (очевидно, более зависимыми) братьями и сестрами. На фотографии я гордо поднимаю перед собой игрушечный деревянный кораблик, улыбаясь до ушей: «Смотрите, какой я замечательный ребенок и какой потрясающий у меня кораблик! Не хотели бы вы со мной поиграть?» Все из нас, в особенности дети, нуждаются в подобного рода уверенности – уверенности в том, что другие признают нас и будут хорошо к нам относиться. Без этого мы не сможем выработать чувство принадлежности, которое позволит нам заявить: «Вот во что я верю; вот за что я стою; вот чему я себя посвящаю». Чувствуя, что нам есть место в сердцах и головах любящих нас людей, мы способны свернуть горы. Дети и взрослые сделают что угодно для людей, которым они доверяют, чье мнение они ценят.

Если же человек чувствует себя брошенным, невидимым, то для него уже ничего не имеет значения. Страх разрушает любознательность и игривость. Чтобы стать здоровым обществом, нам нужно воспитывать детей так, чтобы они без страха играли и учились. Без любопытства не может быть развития, и человеку не научиться познавать, методом проб и ошибок, себя и свои жизненные приоритеты

На данный момент более чем пятьдесят процентов детей в программе «Head Start» сталкивались с тремя или более неблагоприятными событиями в жизни, наподобие тех, что рассматривались в НДО-исследовании: тюремное заключение одного из членов семьи, депрессия, насилие, жестокое обращение или применение наркотиков дома либо же временная бездомность.

У людей, которые чувствуют безопасную и значимую связь с другими, мало причин для того, чтобы проматывать свою жизнь, употребляя наркотики или бесцельно пялясь в телевизор: у них нет желания запихивать в себя углеводы или нападать на других людей. Если же они не видят никакого смысла во всех своих действиях, то чувствуют себя в западне и склонны принимать таблетки, вступать в уличные банды, экстремистские религиозные секты или присоединяться к радикальным политическим движениям – в общем, ко всему, что может принести им облегчение. Как показало НДО-исследование, жестокое и пренебрежительное обращение с детьми – наиболее предотвратимая причина психических заболеваний, самая распространенная причина наркотической и алкогольной зависимости, а также фактор, который вносит значительный вклад в увеличение смертности от диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, рака, инсульта и самоубийства.

Мы с моими коллегами делаем упор в своей работе на детей и подростков, которые наиболее всего подвержены влиянию психологической травмы. С тех пор как мы совместными усилиями основали Национальную группу по травматическому стрессу у детей в 2001 году, она выросла в обширную сеть из более чем 150 центров по всей стране, каждый из которых разработал специальные программы для школ, системы ювенальной юстиции, агентств по опеке, приютов для бездомных, военных учреждений и интернатов.

Наш Центр травмы является одним из учреждений этой группы, занимающихся разработкой и оценкой методов лечения. Вместе с моими коллегами Джо Спинаццола и Маргарет Блаустейн мы разработали комплексные программы для детей и подростков, которые теперь применяются в Хартфорде, Чикаго, Хьюстоне, Сан-Франциско, Анкоридже, Лос-Анджелесе и Нью-Йорке. Каждые два года мы вместе с коллегами выбираем определенный регион страны, подыскивая с помощью местных контактов воодушевленные, открытые и уважаемые организации, которые в итоге становятся новыми центрами распространения наших терапевтических методов. Так, например, в течение одного из этих двухлетних периодов я работал совместно с коллегами из Мизула, штат Монтана, чтобы помочь им разработать специализированную программу лечения психологической травмы для местной индейской резервации с учетом их культурных особенностей.

Самая большая надежда для травмированных детей, ставших жертвами жестокого и пренебрежительного обращения, – это получать хорошее образование в школах, где их будут замечать и признавать, где они будут учиться самоконтролю, где они смогут развить у себя чувство принадлежности. В идеале школы могут стать островками безопасности в их беспорядочном мире. В них детям могут рассказывать об устройстве их тела и мозга, о том, как понимать свои эмоции и справляться с ними.

Школы способны играть значительную роль в развитии психологической устойчивости, необходимой, чтобы справляться с психологическими травмами. Если родителям приходится вкалывать на двух работах, чтобы сводить концы с концами, если они слишком заняты или подавлены, чтобы прислушиваться к потребностям своих детей, то именно в школах таких детей должны учить самоуправлению и самоконтролю.

Когда мы приезжаем в школы, мы частенько слышим от учителей что-нибудь вроде: «Я хотел быть социальным работником, однако пришел сюда, чтобы быть учителем». Многие из них, однако, уже убедились на собственном опыте, что невозможно преподавать, если класс наполнен учениками, у которых в голове постоянно срабатывает сигнал тревоги. Даже самые упорные учителя чувствуют себя бесполезными, когда столь многие из их учеников попросту неспособны учиться из-за своих травм. Попытка делать упор на хороших оценках ни к чему не приведет, если учителя будут не в состоянии справляться с поведенческими проблемами своих учеников. Хорошие новости в том, что на основе принципов лечения психологической травмы можно разработать практические меры и подходы, способные полностью преобразить школьное образование.

Многие учителя, с которыми мы работаем, с удивлением узнают, что травмированные ученики склонны интерпретировать любые отклонения от привычного распорядка как опасность, и их бурные реакции, как правило, представляют собой проявления травматического стресса. Детей, которые пренебрегают правилами, вряд ли удастся вразумить словами или даже наказаниями, как это столь популярно в американских школах. Взгляд учителей начинает меняться, когда они понимают, что неприемлемое поведение этих детей зародилось из их отчаянных попыток заявить о своих проблемах и выжить в сложившейся ситуации.

Чувство защищенности рядом с другими людьми является важнейшим фактором психического здоровья. Оно необходимо, чтобы вести плодотворную и удовлетворительную жизнь. Самая главная задача в условиях школы – это прививать чувство взаимности, чтобы дети умели слушать и были услышанными, в полной мере воспринимали других людей, а те воспринимали их. Мы стремимся научить всех работников школы – администраторов, директоров, водителей автобусов, учителей и работников столовой – распознавать и понимать последствия психологической травмы для детей и делать упор на безопасности, предсказуемости, признании и понимании. Мы следим за тем, чтобы детей каждое утро приветствовали по именам, чтобы учителя устанавливали с каждым из них зрительный контакт. В начале каждого дня мы выделяем время на то, чтобы все могли поделиться своими мыслями.

У многих детей, с которыми мы работаем, никогда не было возможности успешно выражать свои мысли словами, так как они привыкли к вечно орущим, командующим, угрюмым или отказывающимся их слушать взрослым. Один из первых шагов заключается в том, чтобы помочь их учителям научиться по-новому разговаривать о чувствах, выражать ожидания и просить о помощи.

Вместо того что закричать «Хватит!» устроившему истерику ребенку или же усадить его в угол, учителей призывают описать происходящее с ребенком словами, например: «Я вижу, что ты сильно расстроен», дать ему возможность выбора, например: «Ты хотел бы побыть один или посидеть вместе со мной?», а также помочь ему подобрать слова, чтобы описать свои чувства и обрести свой голос, например: «Что случится, когда ты вернешься домой после занятий?» Может понадобиться не один месяц, прежде чем ребенок начнет понимать, когда он может спокойно говорить правду (потому

что не везде это одинаково безопасно), однако детям, равно как и взрослым, для исцеления от травмы необходимо описать свои переживания.

Во многих школах принято наказывать детей, когда они выходят из себя или, наоборот, замыкаются в себе – как мы уже знаем, все это является симптомами посттравматического стресса. Когда это происходит, школа, вместо того чтобы стать убежищем, превращается в еще один травматический триггер. Озлобленные выговоры и наказания могут временно остановить неприемлемое поведение, однако так как приведшие к нему гормоны стресса и тревожная система мозга остаются в прежнем состоянии, при следующей провокации оно непременно даст о себе знать снова.

В таких ситуациях первый шаг – это признать словами, что ребенок расстроен; затем учитель должен его успокоить, после чего разобраться с причиной случившегося и обсудить возможные пути решения проблемы. Так, например, когда первоклассник выходит из себя, бросается на учителя и кидается попавшимися под руки предметами, мы призываем его учителя четко установить границы дозволенного, стараясь вести себя с учеником ласково: «Не хотел бы ты укрыться пледом, чтобы успокоиться?» (скорее всего, ребенок закричит «Нет!», однако потом все равно укутается в плед и начнет успокаиваться). Предсказуемость и четко сформулированные ожидания играют важнейшую роль. Дети из семей, где вечно царит суматоха, как правило, понятия не имеют, как люди могут эффективно взаимодействовать, и непостоянство только усиливает их замешательство. Учителя, разбирающиеся в психологической травме, вскоре понимают, что если пожаловаться на поведение ребенка родителям, то, скорее всего, его дома побьют, что еще больше усилит полученную им травму.

Цель наших действий – это применять достижения нейробиологии в повседневной практике. Так, например, чтобы успокоиться и начать себя контролировать, должны активироваться участки мозга, регистрирующие наши внутренние ощущения – та самая смотровая башня, про которую говорилось в четвертой главе. Итак, учитель может сказать: «Не сделать ли нам глубокий вдох или не воспользоваться дышащей звездой?» (Это простое вспомогательное приспособление, которое можно изготовить из обычной папки для файлов[68]). Как вариант, можно предложить ребенку усесться в углу, укутавшись в одеяло, при этом слушая в наушниках успокаивающую музыку. Такие безопасные уголки помогают детям успокоиться за счет стимуляции сенсорного восприятия: они ощущают текстуру ткани, или же это может быть наполненная мягкими щетками и гнущимися игрушками коробка. Когда ребенок будет снова готов к разговору, ему предлагают рассказать кому-нибудь о происходящем с ним, прежде чем присоединиться к группе.

Дети уже в три года могут выдувать мыльные пузыри и понимать, что если замедлить дыхание до шести вдохов и выдохов в минуту, то они почувствуют себя более спокойными и сосредоточенными. Наша команда инструкторов по йоге работает с детьми предподросткового возраста специально, чтобы помочь им «подружиться» со своим телом и разобраться со своими разрушительными физическими ощущениями. Известно, что одна из основных причин систематического употребления наркотиков у подростков заключается в том, что им невыносимы физические ощущения, связанные со страхом, гневом или беспомощностью.

Саморегуляции можно научить многих детей, у которых судорожная активность чередуется с бездвижной апатией. Помимо чтения, письма и арифметики всем детям нужно научиться самосознанию, саморегуляции и взаимодействию с окружающими.

Подобно тому, как мы преподаем им историю и географию, детей нужно также учить и принципам работы их мозга и тела. Как для взрослых, так и для детей самоконтроль требует понимания своего внутреннего мира и точного определения того, что нас пугает, расстраивает или приносит нам удовольствие.

Эмоциональный интеллект начинается с точного определения своих чувств и подстройки к эмоциям окружающих. Мы начинаем с самого простого: с зеркал. Наблюдая за собой в зеркало, дети без труда могут понять, когда им грустно, скучно, когда они рассержены или разочарованы. Затем мы спрашиваем их: «Что вы чувствуете, когда видите такое лицо?» Мы рассказываем им про устройство их мозга, про роль эмоций, про то, где они регистрируются в теле, а также как выражать свои чувства окружающим. Они узнают, что мышцы их лица дают другим людям понять, что они чувствуют, после чего экспериментируют с реакцией других людей на разные выражения лица.

Мы также стимулируем смотровую башню их мозга, обучая их распознаванию своих физических ощущений. Например, когда они чувствуют напряжение в груди, это, скорее всего, означает, что они взволнованы; их дыхание становится поверхностным, и они напряжены. Какие ощущения вызывает злость и что они могут сделать, чтобы их изменить? Что случится, если они сделают глубокий вдох, попрыгают на скакалке или ударят боксерскую грушу? Помогает ли воздействие на акупунктурные точки? Мы стремимся научить детей, учителей и других занимающихся с ними людей различным способам управления их эмоциональными реакциями.

Чтобы стимулировать взаимность, мы используем зеркальные упражнения, которые являются основой межличностного взаимодействия. Дети тренируются подражать выражениям лица друг друга. Затем они повторяют друг за другом жесты и звуки, после чего встают и начинают синхронно двигаться. Чтобы это получалось, им нужно максимально внимательно наблюдать и прислушиваться. Игры, вроде «Саймон говорит» [69], вызывают много смеха, являющегося признаком того, что дети чувствуют себя в безопасности и расслабленными. Если дети отказываются играть в эти «тупые игры», мы понимающе киваем и просим им нам помочь, показав игры маленьким детям, «нуждающимся в их помощи».

Учителя и руководители узнают, что такие простые развлечения, как перебрасывание надувного мяча, чтобы он как можно дольше не касался пола, помогают группе сосредоточиться, сплотиться и повеселиться. Все эти методики не требуют больших затрат. Для детей постарше в некоторых школах были установлены рабочие станции стоимостью менее двухсот долларов, где ученики могут играть в специальные компьютерные игры, помогающие им сосредоточиться и улучшить вариабельность сердечного ритма (ВСР) (этот показатель обсуждался в шестнадцатой главе), прямо как мы делаем это у нас в клинике.

Детям и взрослым необходимо почувствовать, насколько полезно работать на грани своих способностей.

Психологическая устойчивость является следствием чувства принадлежности: осознания того, что от тебя что-то зависит.

Многие из нас помнят, как много для нас значило участие в командных видах спорта, пение в школьном хоре или участие в школьных ансамблях, особенно если наши тренеры или наставники верили в нас, подталкивали нас к успеху и давали понять, что мы способны на большее, чем думаем. Дети, с которыми мы работаем, именно в этом и нуждаются.

Спорт, музыка, танцы и театральные постановки способствуют развитию чувства принадлежности и общности. Кроме того, они дают возможность осуществить новые достижения и попробовать на себе непривычные роли. В одном разорившемся постиндустриальном городке Новой Англии мои друзья Кэролин и Эли Ньюбергер преподают «Эль систему» – оркестровую музыкальную программу, зародившуюся в Венесуэле. Несколько моих учеников организовали занятия по бразильской капоэйра в одном из районов Бостона с высоким уровнем преступности, а мои коллеги из Центра травмы продолжают проводить программу «Trauma Drama». В прошлом году я провел три недели, помогая двум мальчикам подготовить сцену из «Юлия Цезаря». Хилый, застенчивый мальчик играл Брута, и ему пришлось собрать все свои силы, чтобы одолеть Кассия в исполнении школьного задиры, которому пришлось учиться играть продажного генерала, молящего о пощаде. Сцена ожила только после того, как задира рассказал про жестокость своего отца и его клятву самому себе больше никогда ни перед кем не проявлять слабость (большинство задиры самих задирали в детстве, и они презирают детей, напоминающих им о собственной незащитности). Брут, с другой стороны, обрел свой властный голос только после того, как осознал, что сделался незаметным, чтобы справиться с насилием в своей семье.

Коллективная работа вынуждает детей сотрудничать, идти на компромиссы и концентрировать внимание на текущей задаче. Напряжение зачастую нарастает, однако дети не сдаются, потому что им хочется заслужить уважение своих тренеров или педагогов, и они не хотят подвести всю группу – все эти чувства противоположны уязвимости, незащитности и одиночеству психологической травмы.

Наши программы делают свое дело: дети становятся менее тревожными и эмоционально возбудимыми, проявляют меньше агрессии и меньше замыкаются в себе; они начинают лучше ладить со сверстниками, а их успеваемость идет в гору; у них становится меньше проблем с дефицитом внимания, гиперактивностью и «вызывающим поведением»; родители же сообщают, что их дети начинают лучше спать. С ними и вокруг них продолжают происходить ужасные вещи, однако теперь они в состоянии говорить о них – у них теперь достаточно доверия и внутренних ресурсов, чтобы обратиться за необходимой помощью. Вмешательство проходит успешно, если оно опирается на естественное желание человека сотрудничать и на наши врожденные реакции на безопасность, взаимность и воображение.

Травма постоянно напоминает нам о нашей уязвимости и бесчеловечном отношении людей друг к другу, однако также и о нашей невероятной жизнестойкости. Я смог заниматься этой работой все эти годы, потому что она побудила меня изучить наши источники радости, креативности, значимости и связи – все те вещи, ради которых стоит жить. Мне сложно представить, как бы я справился с тем, что перенесли многие мои пациенты, и для меня их симптомы являются и отражением их внутренней силы – на что они только не шли, чтобы выжить. И, несмотря на все их страдания, многим удалось стать любящими супругами и родителями, образцовыми учителями, медсестрами, учеными и художниками.

Большинство великих людей, посвятивших себя изменению общества к лучшему, сами не понаслышке знакомы с психологической травмой. На ум приходит Опра Уинфри, а также Майя Анджелу, Нельсон Мандела и Эли Визель. Прочитайте биографию любого провидца, и вы непременно узнаете, как он был вдохновлен своей личной трагедией.

То же самое касается и общества. Многие из наших величайших достижений стали следствием пережитой травмы: отмена рабства в результате Гражданской войны, социальное страхование в ответ на Великую депрессию, а закон о правах военнослужащих, который привел к появлению нашего когда-то обширного и процветающего среднего класса, стал следствием Второй мировой войны. Психологическая травма на данный момент является самой неотложной проблемой нашего здравоохранения, и у нас есть все необходимые знания, чтобы должны образом на нее отреагировать. Осталось только решиться на необходимые перемены.

Благодарности

Данная книга стала плодом тридцати лет попыток понять, как люди справляются с травмирующими событиями, переживают их и исцеляются от них. Тридцати лет клинической работы с травмированными мужчинами, женщинами и детьми; бесчисленных обсуждений с коллегами и студентами, а также участия в развитии науки о том, как разум, мозг и тело справляются с невыносимыми переживаниями и исцеляются от них.

Позвольте мне начать с людей, которые помогли мне выстроить и в конечном счете опубликовать эту книгу. Тони Бербанк, мой редактор, с которым я на протяжении двух лет по несколько раз в неделю связывался, чтобы обсудить содержание и структуру этой книги. Тони по-настоящему понимал, о чем эта книга, и это понимание сыграло решающую роль в определении ее формы и наполнения. Мой агент Бретт Блум, осознавая всю важность этой работы, нашла для нее дом в издательстве «Викинг» и обеспечила необходимой поддержкой в самые критические моменты. Рик Кот, мой редактор из «Викинга», дал необходимую обратную связь и оказал помощь.

Мои коллеги и студенты из Центра травмы обеспечили плацдарм, лабораторию и систему поддержки для этой работы. Кроме того, они служили постоянным напоминанием о суровой реальности нашей работы на протяжении этих трех десятилетий. Всех перечислить невозможно, однако свой важнейший вклад внесли: Джозеф Спинаццола, Маргарет Блаустейн, Рослин Мур, Ричард

Джейкобс, Лиз Уорнер, Венди Д'Андреа, Джим Хоппер, Фрэн Гроссман, Алекс Кук, Марла Цукер, Кевин Беккер, Дэвид Эмерсон, Стив Гросс, Дана Мур, Роберт Мэйси, Лиз Райс-Смит, Патти Левин, Нина Мюррей, Марк Гапен, Кэрри Пекор, Дебби Корн и Бетта де Бур ван дер Колк. Ну и, конечно же, Энди Понд и Сьюзен Уэйн из Justice Resource Institute.

Моими самыми главными компаньонами и гидами в понимании и исследовании посттравматического стресса были: Александр Макфарлейн, Онно ван дер Харт, Рут Ланиус и Пол Фрюнен, Рэйчел Иегуда, Стивен Поргес, Гленн Сакс, Яак Панксепп, Джанет Остерман, Джулиан Форд, Брэд Столбек, Фрэнк Патнэм, Брюс Перри, Джудит Херман, Роберт Пайнус, Бертольд Герсонс, Эллерт Найенхойс, Аннетт Стрик-Фишер, Мэрилин Клотр, Дэн Сигел, Эли Ньюбергер, Винсент Фелитти, Роберт Анда и Мартин Тейхер; а также мои коллеги, рассказавшие мне про привязанность: Эдвард Троник, Карлен Лион-Рут и Беатрис Биби.

Питер Левин, Пэт Огден и Альфред Пессо, прочитав мою работу про важную роль тела в посттравматическом стрессе в 1994 году, предложили поделиться своими знаниями о теле. Я по-прежнему продолжаю у них учиться, и с тех пор моими учителями также стали Стивен Коп, Кабат-Зинн и Джек Корнфельд.

Себерн Фишер первой рассказала мне про нейробиологическую обратную связь. Эд Хэмлин и Ларри Хиршберг позже расширили мои знания об этой методике. Ричард Шварц рассказал мне про терапию внутренних семейных систем (ВСС) и помог мне в написании главы, посвященной этой теме. Киппи Дьюи и Сисса Кэмптон познакомили меня с театром, Тина Пакер попыталась научить меня театральному искусству, а Эндрю Бортвик-Лесли поделился важнейшими деталями.

Адам Каммингс, Эми Салливан и Сьюзан Миллер оказали незаменимую поддержку, без которой многие проекты, описанные в этой книге, были бы попросту невозможны.

Лиция Скай создала условия, позволившие мне сосредоточиться на написании этой книги; она высказала свое бесценное мнение по каждой главе; она использовала свой художественный талант для многих иллюстраций в этой книге, а также внесла незаменимый вклад в разделы, посвященные осознанию своего тела и описанию клинических случаев. Мой верный секретарь Анджела Лин помогла справиться со многими кризисными ситуациями, постоянно следя за тем, чтобы наш корабль шел на всех парусах своим курсом. Эд и Эдит Шонберг зачастую предоставляли мне пристанище во время бури; Барри и Лорри Гольденсон выступили в роли литературных критиков и идейных вдохновителей, а мои дети Хана и Николас дали мне понять, что мир каждого следующего поколения кардинально отличается от мира предыдущего и что каждая жизнь уникальна и является творческим детищем того, кому она принадлежит, будучи неподвластна объяснению с точки зрения лишь генетики, среды или культуры.

Наконец, мои пациенты, которым я посвящаю эту книгу – жаль, я не могу назвать вас по именам, – которые научили меня практически всему, что я знаю, – потому что вы были моими настоящими учебниками. Вы являетесь живыми примерами той жизненной силы, что побуждает людей на создание наполненной смыслом жизни, невзирая на любые препятствия у них на пути.

Приложение

Обобщенные критерии травматического расстройства развития

Диагноз травматического расстройства развития был введен для того, чтобы охватить клинические симптомы, наблюдаемые у детей и подростков, ставших жертвами хронической межличностной травмы. Он призван помочь врачам в разработке и применении эффективных средств лечения, а ученым в изучении нейробиологии и последствий хронического межличностного насилия. Независимо от наличия ПТСР дети, выросшие в условиях постоянной опасности плохого обращения, становятся жертвами существующей диагностической системы, так как она зачастую приводит к отсутствию диагноза, множеству несвязанных между собой диагнозов, упору на контроль поведения без признания межличностной травмы и отсутствию понятия защищенности в этиологии симптомов, а также отсутствию внимания к исправлению нарушений развития, лежащим в корне этих симптомов.

Обобщенные критерии травматического расстройства развития были разработаны и сформулированы в феврале 2009 года целевой командой Национальной группы по травматическому стрессу у детей под руководством докторов медицины Бесселя А. ван дер Колка и Роберта С. Пиноос с участием доктора наук Данте Чиккетти, доктора медицины Мэрилин Клотр, доктора наук Венди Д'Андре, доктора наук Джулиана Д. Форда, доктора наук Алисии Ф. Либерман, доктора медицины Франка В. Патнэма, доктор медицины Гленна Сакса, доктора наук Джозефа Спинаццола, доктора наук Брэдли С. Столбах и доктора медицины и наук Мартин Тейчер. Эти обобщенные критерии были составлены на основе тщательного анализа научной литературы, экспертного клинического опыта, опросов врачей в рамках Национальной группы по травматическому стрессу у детей, а также предварительного анализа данных по тысячам детей из всевозможных больниц и органов опеки. Так как эти критерии требуют дальнейшей проверки и анализа, предлагаемые критерии не следует считать официальными диагностическими категориями для включения в руководство DSM в приведенной здесь форме. Скорее, они призваны описать наиболее значимые с клинической точки зрения симптомы, наблюдаемые у многих детей и подростков, перенесших тяжелую травму. На основе этих предлагаемых критериев в 2009 году были начаты клинические исследования травматического расстройства развития, которые продолжаются и по сей день.

Обобщенные критерии травматического расстройства развития

А. Воздействие. Ребенок или подросток испытал на себе (или стал их свидетелем) многочисленные или продолжительные неблагоприятные события в течение как минимум одного года, начиная с детства или раннего подросткового возраста, в том числе:

А.1. Напрямую испытал (или стал свидетелем) многократные случаи жестокого межличностного насилия.

А.2. Воспитание ребенка пострадало из-за многократных изменений, происходящих у главного опекуна; многократные разлуки с главным опекуном; сильное и постоянное эмоциональное насилие.

Б. Нарушения эмоциональной и физиологической регуляции. У ребенка наблюдаются нарушения развития, связанные с контролем уровня возбуждения, включая как минимум два пункта из следующего перечня:

Б.1. Неспособность регулировать, выносить бурные эмоции (такие как страх, злость, стыд) и восстанавливаться после них, включая продолжительные и интенсивные истерики или ступор.

Б.2. Нарушения регуляции функций организма (такие как хронические нарушения сна, питания и очищения организма; чрезмерные реакции на прикосновение и звуки или их отсутствие; дезорганизация во время рядовых переходных процессов).

Б.3. Пониженное восприятие/диссоциация ощущений, эмоций и состояний организма.

Б.4. Нарушенная способность описывать эмоции или состояния организма.

В. Нарушения внимания и поведения. У ребенка наблюдаются проблемы, связанные с поддержанием внимания, обучения, реакциями на стресс, включая как минимум три пункта из следующего перечня:

В.1. Зацикленность на угрозе либо нарушенная способность воспринимать угрозу, включая неправильную интерпретацию признаков безопасности и угрозы.

В.2. Нарушенная способность к самозащите, включая чрезвычайно опасное поведение и поиск острых ощущений.

В.3. Неадекватные попытки самоуспокоения (раскачивание и другие ритмические движения, импульсивная мастурбация).

В.4. Систематическое (осознанное или автоматическое) самоповреждение либо самоповреждение в ответ на определенные раздражители.

Г. Нарушения самовосприятия и отношений с окружающими. У ребенка наблюдаются проблемы, связанные с самоопределением и участием в отношениях, включая как минимум три пункта из следующего перечня:

Г.1. Чрезмерная зацикленность на безопасности опекающих его взрослых или других близких людей либо проблемы при воссоединении с ними после разлуки.

Г.2. Постоянное негативное самовосприятие, включая ненависть к себе, чувство собственной беспомощности, никчемности, неэффективности или неполноценности.

Г.3. Чрезвычайное и постоянное недоверие, непослушание или отсутствие проявления взаимности в близких отношениях со взрослыми или сверстниками.

Г.4. Импульсивная физическая или вербальная агрессия по отношению к сверстникам, опекунам или другим взрослым.

Г.5. Неприемлемые (чрезмерные или беспорядочные) попытки установить интимный контакт (включая интимную или физическую близость, но не ограничиваясь ими) либо чрезмерная зависимость от одобрения сверстников или взрослых.

Г.6. Нарушенная способность регулировать эмпатическое возбуждение, проявляющаяся в отсутствии сострадания к другим людям или неприятии чужой слабости.

Д. Симптомы посттравматического стресса. Ребенок демонстрирует как минимум по одному симптому как минимум в двух из трех категорий симптомов ПТСР (Б, в и Г).

Е. Продолжительность наблюдаемых нарушений (симптомы категорий Б, В, Г и Д) составляет не менее полугода.

Ж. Функциональные нарушения. Наблюдаемые симптомы вызывают значительные с клинической точки зрения проблемы как минимум в двух из следующих категорий:

- Учеба
- Семейные отношения
- Отношения со сверстниками
- Отношение с законом
- Здоровье
- Работа (для трудоустроенной или проходящей стажировку молодежи)

Источник: В. А. van der Kolk, "Developmental Trauma Disorder: Toward A Rational Diagnosis For Children With Complex Trauma Histories", *Psychiatric Annals*, 35, no. 5 (2005): 401-408.

Источники

Общая информация о психологической травме и ее лечении

- Центр травмы при Justice Resource Institute. Это адрес сайта Центра травмы, медицинским директором которого я являюсь. Здесь вы найдете огромное количество ресурсов по конкретным группам людей, различным методам лечения, а также лекции и курсы: www.traumacenter.org
- На этом портале Дэвида Болдуина вы найдете информацию по врачам и исследователям в области посттравматического стресса: <http://www.traumapages.com/>
- Национальная группа по посттравматическому стрессу у детей. Эффективные методы лечения детей и подростков, образовательные меры; обзор методов оценки травмы для родителей, педагогов, судей, агентов по опеке, военного персонала и психотерапевтов: <http://www.nctsnet.org/>
- Американская психологическая ассоциация. Справочник для травмированных людей и их близких: <http://www.apa.org/topics/trauma/>
- Неблагоприятный детский опыт. НДО-исследованию и его последствиям посвящено несколько сайтов:
<http://acestoohigh.com/got-your-ace-score/>;
<http://www.cdc.gov/violenceprevention/acesstudy/>; <http://acestudy.org/>
- Информация для людей с ПТСР и их близких: giftfromwithin.org
- «There & Back Again» – некоммерческая организация, помогающая военнослужащим. Она помогает заново интегрироваться в общество ветеранам всех боевых действий: <http://thereandbackagain.org/>
- HelpPRO Therapist Finder. Подробный список местных психотерапевтов, специализирующихся на психологической травме и других проблемах, обслуживающих определенные возрастные группы, принимающих различные варианты оплаты и т. д.: <http://www.helppro.com/>
- Сайт Sidran Foundation включает описания травматических воспоминаний и общую информацию для тех, кто столкнулся с психологической травмой: www.sidran.org
- Травматология. Электронный журнал Академии травматологии зеленого креста под редакцией Чарльза Фигли: www.greencross.org

- База данных PIILOTS в городе Дартмут – это база данных с функцией поиска по международной литературе, посвященной посттравматическому стрессовому расстройству, составлена Национальным центром ПТСР:

[http://search.proquest.com/pilots/?accountid=28179.](http://search.proquest.com/pilots/?accountid=28179)

Государственные ресурсы

- На сайте Национального центра ПТСР можно найти ссылки на электронный ежеквартальный журнал «Исследования ПТСР», а также различные подразделения Национального центра, включая подразделение бихевиоризма, подразделение клинической нейробиологии и подразделение наук о женском здоровье: <http://www.ptsd.va.gov/>
- Управление по делам жертв преступлений при Министерстве юстиции. На сайте расположены всевозможные ресурсы для жертв преступления на территории США и по всему миру, включая Национальный справочник возможных вариантов финансовой помощи жертвам, в котором перечислены для каждого штата и округа контактные лица, адреса почты, телефонные номера и адреса электронной почты для различных федеральных программ финансовой помощи жертвам преступлений: <http://ojp.gov/ovc/>
- Национальный институт психического здоровья:
<http://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml>

Сайты, посвященные проблеме психологической травмы и восстановлению памяти

- Jimhorner.com. Информация по стадиям выздоровления, восстановленным воспоминаниям и подробный перечень литературы о воспоминании травмы.
- Проект «Восстановление памяти». Архив, составленный Россом Чейтом из Брауновского университета.

Медицинские препараты (выписываются по назначению врача)

- Про медикаменты для ветеранов боевых действий с ПТСР. Джонатан Шэй, доктор наук, доктор медицины, штатный психиатр Бостонской больницы для ветеранов: <http://www.dr-bob.org/tips/ptsd.html>
- WebMD:

<http://www.webmd.com/drugs/condition=1020-post+traumatic+stress+disorder.aspx?diseaseid=10200diseasename=post+traumatic+stress+disorder>

Профессиональные организации, занимающиеся исследованиями проблемы психологической травмы и распространением информации о ней

- Международное общество по исследованию травматического стресса: www.istss.com

- Европейское общество по исследованию травматического стресса: www.estss.org

- Международное общество по исследованию травмы и диссоциации: <http://www.isst-d.org/>

Профессиональные организации, занимающиеся определенными методами лечения

- Международная ассоциация ДПДГ (EMDRIA): <http://www.emdria.org/>

- Институт сенсомоторики (основанный Пэт Отден):

<http://www.sensorimotorpsychotherapy.org/home/index.html>

- Соматические переживания (основана Питером Левином):

<http://www.traumahealing.com/somatic-experiencing/index.html>

- Терапия внутренних семейных систем: <http://www.selfleadership.org/>

- Психомоторная терапия систем Пессо Бойдена: PBSP.com

Театральные программы (пример программ для травмированной молодежи)

- В «Urban Improv» с помощью занятий по импровизации детей учат предотвращению насилия, разрешению конфликтов и принятию решений: <http://www.urbanimprov.org/>

- Проект «Возможность» в Нью-Йорке: <http://the-possibility-project.org/>

- «Шекспир в суде»: <http://www.shakespeare.org/education/for-youth/shakespearecourts/>

Йога и самоосознанность

- <http://givebackyoga.org/>
- <http://www.kripalu.org/>
- <http://www.mindandlife.org/>

Для дальнейшего чтения

Взаимодействие с травмированными детьми

- Blaustein, Margaret, and Kristine Kinniburgh. *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation, and Competency*. New York: Guilford, 2012.
- Hughes, Daniel. *Building the Bonds of Attachment*. New York: Jason Aronson, 2006.
- Perry, Bruce, and Maia Szalavitz. *The Boy Who Was Raised as a Dog: And Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook*. New York: Basic Books, 2006.
- Terr, Lenore. *Too Scared to Cry: Psychic Trauma in Childhood*. Basic Books, 2008.
- Terr, Lenore C. *Working with Children to Heal Interpersonal Trauma: The Power of Play*. Ed., Eliana Gil. New York: Guilford Press, 2011.
- Saxe, Glenn, Heidi Ellis, and Julie Kaplow. *Collaborative Treatment of Traumatized Children and Teens: The Trauma Systems Therapy Approach*. New York: Guilford Press, 2006.
- Lieberman, Alicia, and Patricia van Horn. *Psychotherapy with Infants and Young Children: Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment*. New York: Guilford Press, 2011.

Психотерапия

- Siegel, Daniel J. *Mindsight: The New Science of Personal Transformation*. New York: Norton, 2010.

- Fosha D., M. Solomon, and D. J. Siegel. The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development and Clinical Practice (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2009.
- Siegel, D., and M. Solomon. Healing Trauma: Attachment, Mind, Body and Brain (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2003.
- Courtois, Christine, and Julian Ford. Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults): Scientific Foundations and Therapeutic Models. New York: Guilford, 2013.
- Herman, Judith. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence - from Domestic Abuse to Political Terror. New York: Basic Books, 1992.

Нейробиология травмы

- Panksepp, Jaak, and Lucy Biven. The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2012.
- Davidson, Richard, and Sharon Begley. The Emotional Life of Your Brain: How Its Unique Patterns Affect the Way You Think, Feel, and Live - and How You Can Change Them. New York: Hachette, 2012.
- Porges, Stephen. The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2011.
- Fogel, Alan. Body Sense: The Science and Practice of Embodied Self-Awareness (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2009.
- Shore, Allan N. Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neuro-biology of Emotional Development. New York: Psychology Press, 1994.
- Damasio, Antonio R. The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness. Houghton Mifflin Harcourt, 2000.

Телесно-ориентированные подходы

- Cozzolino, Louis. The Neuroscience of Psychotherapy: Healing the Social Brain, second edition (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2010.
- Ogden, Pat, and Kekuni Minton. Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2008.

- Levine, Peter A. *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley: North Atlantic, 2010.
- Levine, Peter A., and Ann Frederic. *Waking the Tiger: Healing Trauma*. Berkeley: North Atlantic, 2012.
- Curran, Linda. *101 Trauma-Informed Interventions: Activities, Exercises and Assignments to Move the Client and Therapy Forward*. PESI, 2013.

ДПДГ

- Parnell, Laura. *Attachment-Focused EMDR: Healing Relational Trauma*. New York: Norton, 2013.
- Shapiro, Francine. *Getting Past Your Past: Take Control of Your Life with Self-Help Techniques from EMDR Therapy*. Emmaus, PA: Rodale, 2012.
- Shapiro, Francine, and Margot Silk Forrest. *EMDR: The Breakthrough "Eye Movement" Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma*. New York: Basic Books, 2004.

Диссоциация

- Schwartz, Richard C. *Internal Family Systems Therapy (The Guilford Family Therapy Series)*. New York: Guilford, 1997.
- O. van der Hart, E. R. Nijenhuis, and F. Steele. *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: Norton, 2006.

Пары

- Gottman, John. *The Science of Trust: Emotional Attunement for Couples*. New York: Norton, 2011.

Йога

- Emerson, David, and Elizabeth Hopper. *Overcoming Trauma through Yoga: Reclaiming Your Body*. Berkeley: North Atlantic, 2012.

- Cope, Stephen. *Yoga and the Quest for the True Self*. New York: Bantam Books, 1999.

Нейробиологическая обратная связь

- Fisher, Sebern. *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain*. New York: Norton, 2014.
- Demos, John N. *Getting Started with Neurofeedback*. New York: Norton, 2005.
- Evans, James R. *Handbook of Neurofeedback: Dynamics and Clinical Applications*. CRC Press, 2013.

Физические последствия травмы

- Mate, Gabor. *When the Body Says No: Understanding the Stress-Disease Connection*. New York: Random House, 2011.
- Sapolsky, Robert. *Why Zebras Don't Get Ulcers: The Acclaimed Guide to Stress, Stress-Related Diseases, and Coping*. New York: Macmillan, 2004.

Медитация и самоосознанность

- Zinn, Jon Kabat, and Tich Nat Hanh. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*, revised edition. New York: Random House, 2009.
- Kornfeld, Jack. *A Path with Heart: A Guide Through the Perils and Promises of Spiritual Life*. New York: Random House, 2009.
- Goldstein, Joseph, and Jack Kornfeld. *Seeking the Heart of Wisdom: The Path of Insight Meditation*. Boston: Shambhala Publications, 2001.

Психомоторная терапия

- Pessó, Albert, and John S. Crandell. *Moving Psychotherapy: Theory and Application of Pessó System-Psychomotor Therapy*. Northampton, MA: Brookline Books, 1991.
- Pessó, Albert. *Experience in Action: A Psychomotor Psychology*. New York: New York University Press, 1969.

Примечания

Пролог. Перед лицом травмы

1. V. Felitti, et al. "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study." *American Journal of Preventive Medicine* 14, no. 4 (1998): 245-58.

Глава 1. Уроки от ветеранов Вьетнамской войны

1. A. Kardiner, *The Traumatic Neuroses of War* (New York: P. Hoeber, 1941). Позже я обнаружил, что многие учебники о психологической травме были напечатаны после Первой и Второй мировых войн, однако, как заметил в 1947 году Абрам Кардинер: «Тема невротических нарушений вследствие войны последние двадцать пять лет становилась жертвой общественных интересов и прихотей психиатров. Общество не поддерживает к ней интереса, который был весьма значительным после Первой мировой войны, равно как и психиатрия. Как следствие, эти вопросы не были в достаточной степени изучены».

2. Указанная публикация, стр. 7.

3. B. A. van der Kolk, "Adolescent Vulnerability to Post Traumatic Stress Disorder", *Psychiatry* 48 (1985): 365-70.

4. S. A. Haley, "When the Patient Reports Atrocities: Specific Treatment Considerations of the Vietnam Veteran", *Archives of General Psychiatry* 30 (1974): 191-96.

5. E. Hartmann, B. A. van der Kolk, and M. Olfeld, "A Preliminary Study of the Personality of the Nightmare Sufferer", *American Journal of Psychiatry* 138 (1981): 794-97; B. A. van der Kolk, et al., "Nightmares and Trauma: Life-long and Traumatic Nightmares in Veterans", *American Journal of Psychiatry* 141 (1984): 187-90.

6. B. A. van der Kolk and C. Ducey, "The Psychological Processing of Traumatic Experience: Rorschach Patterns in PTSD", *Journal of Traumatic Stress* 2 (1989): 259-74.

7. В отличие от обычных воспоминаний, травматические воспоминания больше напоминают обрывки ощущений, эмоций, реакций и зрительных образов, которые снова и снова переживаются человеком в настоящем. Исследования воспоминаний жертв холокоста, проведенные в Йеле Дори Лоб и Нанет С. Ауэрхан, равно как и книга Лоуренса Лангера «Свидетельства холокоста: Руины памяти» (1991), и, прежде всего, составленные в 1889, 1893 и 1905 годах Пьером Жане описания травматических воспоминаний, помогли нам разобраться с тем, что мы видели. Эта работа будет подробно описана в главе, посвященной памяти.

8. D. J. Henderson, "Incest", in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, eds. A. M. Freedman and H. I. Kaplan, 2nd ed. (Baltimore: Williams & Wilkins, 1974), 1536.

9. Там же.

10. K. H. Seal, et al., "Bringing the War Back Home: Mental Health Disorders Among 103,788 U.S. Veterans Returning from Iraq and Afghanistan Seen at Department of Veterans Affairs Facilities", *Archives of Internal Medicine* 167, no. 5 (2007): 476-82; C. W. Hoge, J. L. Auchterlonie, and C. S. Milliken, "Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition from Military Service After Returning from Deployment to Iraq or Afghanistan", *Journal of the American Medical Association* 295, no. 9 (2006): 1023-32.

11. D. G. Kilpatrick and B. E. Saunders, *Prevalence and Consequences of Child Victimization: Results from the National Survey of Adolescents: Final Report* (Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina, 1997).

12. U.S. Department of Health and Human Services, *Administration on Children, Youth and Families, Child Maltreatment 2007, 2009*. См. также: U.S. Department of Health and Human Services, *Administration on Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, Child Maltreatment 2010, 2011*.

Глава 2. Революция в понимании разума и мозга

1. G. Ross Baker, et al., "The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events Among Hospital Patients in Canada", *Canadian Medical Association Journal* 170, no. 11 (2004): 1678-86; A. C. McFarlane, et al., "Posttraumatic Stress Disorder in a General Psychiatric Inpatient Population", *Journal of Traumatic Stress* 14, no. 4 (2001): 633-45; Kim T. Mueser, et al., "Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Severe Mental Illness", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, no. 3 (1998): 493; National Trauma Consortium, www.nationaltraumaconsortium.org.

2. E. Bleuler, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, trans. J. Zinkin (Washington, DC: International Universities Press, 1950): 227.

3. L. Grinspoon, J. Ewalt, and R. I. Shader, "Psychotherapy and Pharmacotherapy in Chronic Schizophrenia", *American Journal of Psychiatry* 124, no. 12 (1968): 1645-52. См. также: L. Grinspoon, J. Ewalt, and R. I. Shader, *Schizophrenia: Psychotherapy and Pharmacotherapy* (Baltimore: Williams and Wilkins, 1972).

4. T. R. Insel, "Neuroscience: Shining Light on Depression", *Science* 317, no. 5839 (2007): 757-58. См. также: C. M. France, P. H. Lysaker, and R. P. Robinson, "The 'Chemical Imbalance' Explanation for Depression: Origins, Lay Endorsement, and Clinical Implications", *Professional Psychology: Research and Practice* 38 (2007): 411-20.

5. B. J. Deacon, and J. J. Lickel, "On the Brain Disease Model of Mental Disorders", *Behavior Therapist* 32, no. 6 (2009).

6. J. O. Cole, et al., "Drug Trials in Persistent Dyskinesia (Clozapine)", in *Tardive Dyskinesia, Research and Treatment*, ed. R. C. Smith, J. M. Davis, and W. E. Fahn (New York: Plenum, 1979).

7. E. F. Torrey, *Out of the Shadows: Confronting America's Mental Illness Crisis* (New York: John Wiley & Sons, 1997). Тем не менее, другие факторы играли не менее важную роль, такие как закон президента Кеннеди об общественном психическом здоровье 1963 года, в соответствии с которым федеральное правительство взяло на себя оплату услуг по психиатрической помощи, а штаты получали льготы за лечение психически больных людей на местах.

8. American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature. Work Group to Revise DSM-III. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Publishing, 1980).

9. S. F. Maier and M. E. Seligman, "Learned Helplessness: Theory and Evidence", *Journal of Experimental Psychology: General* 105, no. 1 (1976): 3. См. также: M. E. Seligman, S. F. Maier, and J. H. Geer, "Alleviation of Learned Helplessness in the Dog", *Journal of Abnormal Psychology* 73, no. 3 (1968): 256; and R. L. Jackson, J. H. Alexander, and S. F. Maier, "Learned Helplessness, Inactivity, and Associative Deficits: Effects of Inescapable Shock on Response Choice Escape Learning", *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes* 6, no. 1 (1980): 1.

10. G. A. Bradshaw and A. N. Schore, "How Elephants Are Opening Doors: Developmental Neuroethology, Attachment and Social Context", *Ethology* 113 (2007): 426-36.

11. D. Mitchell, S. Koleszar, and R. A. Scopatz, "Arousal and T-Maze Choice Behavior in Mice: A Convergent Paradigm for Neophobia Constructs and Optimal Arousal Theory", *Learning and Motivation* 15 (1984): 287-301. См. также: D. Mitchell, E. W. Osborne, and M. W. O'Boyle, "Habituation Under Stress: Shocked Mice Show Nonassociative Learning in a T-maze", *Behavioral and Neural Biology* 43 (1985): 212-17.

12. B. A. van der Kolk, et al., "Inescapable Shock, Neurotransmitters and Addiction to Trauma: Towards a Psychobiology of Post Traumatic Stress", *Biological Psychiatry* 20 (1985): 414-25.

13. C. Hedges, *War Is a Force That Gives Us Meaning* (New York: Random House Digital, 2003).

14. B. A. van der Kolk, «The Compulsion to Repeat Trauma: Revictimization, Attachment and Masochism», *Psychiatric Clinics of North America* 12 (1989): 389-411.

15. R. L. Solomon, "The Opponent-Process Theory of Acquired Motivation: The Costs of Pleasure and the Benefits of Pain", *American Psychologist* 35 (1980): 691-712.

16. H. K. Beecher, "Pain in Men Wounded in Battle", *Annals of Surgery* 123, no. 1 (January 1946): 96-105.

17. B. A. van der Kolk, et al., "Pain Perception and Endogenous Opioids in Post Traumatic Stress Disorder", *Psychopharmacology Bulletin* 25 (1989): 117-21. См. также: R. K. Pitman, et al., "Naloxone Reversible Stress Induced Analgesia in Post Traumatic Stress Disorder", *Archives of General Psychiatry* 47 (1990): 541-47; and Solomon, "Opponent-Process Theory of Acquired Motivation".

18. J. A. Gray and N. McNaughton, "The Neuropsychology of Anxiety: Reprise", in *Nebraska Symposium on Motivation* (Lincoln: University of Nebraska Press, 1996), 43, 61-134. См. также: C. G. DeYoung and J. R. Gray, "Personality Neuroscience: Explaining Individual Differences in Affect, Behavior, and Cognition, in *The Cambridge Handbook of Personality Psychology* (Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2009), 323-46.

19. M. J. Raleigh, et al., "Social and Environmental Influences on Blood Serotonin Concentrations in Monkeys", *Archives of General Psychiatry* 41 (1984): 505-10.

20. B. A. van der Kolk, et al., "Fluoxetine in Post Traumatic Stress", *Journal of Clinical Psychiatry* (1994): 517-22.

21. Для знатоков тестов Роршеха сообщаю, что он менял соотношение C + CF/FC.

22. Grace E. Jackson, *Rethinking Psychiatric Drugs: A Guide for Informed Consent* (Bloomington, IN: AuthorHouse, 2005); Robert Whitaker, *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America* (New York: Random House, 2011).

23. Мы вернемся к этой теме в пятнадцатой главе, когда будем обсуждать наше исследование, сравнивавшее эффективность Прозака и ДПДГ, которое показало, что ДПДГ обеспечивает гораздо более долгосрочный результат в лечении депрессии, во всяком случае для перенесенной во взрослые годы травмы, чем Прозак.

24. J. M. Zito, et al., "Psychotropic Practice Patterns for Youth: A 10-Year Perspective", Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 157 (January 2003): 17-25.

25. http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_largest_selling_pharmaceutical_products.

26. Lucette Lagnado, "U.S. Probes Use of Antipsychotic Drugs on Children", Wall Street Journal, August 11, 2013.

27. Katie Tomas, "J. & J. to Pay \$2.2 Billion in Risperdal Settlement", New York Times, November 4, 2013.

28. M. Olfson, et al., "Trends in Antipsychotic Drug Use by Very Young, Privately Insured Children", Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 49, no.1 (2010): 13-23.

29. M. Olfson, et al., "National Trends in the Outpatient Treatment of Children and Adolescents with Antipsychotic Drugs", Archives of General Psychiatry 63, no. 6 (2006): 679.

30. A. J. Hall, et al., "Patterns of Abuse Among Unintentional Pharmaceutical Overdose Fatalities", Journal of the American Medical Association 300, no. 22 (2008): 2613-20.

31. За последние десять лет два главных редактора самого престижного профессионального медицинского журнала в США, «Медицинского журнала Новой Англии», Марсия Анджел и доктор Арнольд Рельман, уволились по собственному желанию в знак протеста против чрезмерного влияния фармацевтической промышленности на проводимые медицинские исследования, больницы и врачей. В своем письме в New York Times, опубликованном 28 декабря 2004 года, Анджел и Рельман заметили, что одна из фармацевтических компаний за предыдущий год 28 процентов своих доходов (более шести миллиардов долларов) потратила на маркетинг и административные расходы, лишь половину этой суммы потратив на исследования и разработки; тридцать процентов чистой прибыли были типичным показателем для фармацевтической промышленности. Они заключили: «Медицина должна положить конец своей зависимости от фармацевтической промышленности и быть непредвзятой». К сожалению, это, наверное, настолько же вероятно, как освобождение политиков от власти людей, спонсирующих их избирательные компании.

Глава 3. Заглядывая в мозг: нейробиологическая революция

1. B. Roozendaal, B. S. McEwen, and S. Chattarji, "Stress, Memory and the Amygdala", Nature Reviews Neuroscience 10, no. 6 (2009): 423-33.

2. R. Joseph, The Right Brain and the Unconscious (New York: Plenum Press, 1995).

3. Художественный фильм «Нападение» (на основе одноименного романа Гарри Мулиша), завоевавший в 1986 году премию «Оскар» в номинации «Лучший фильм на иностранном языке», является прекрасной иллюстрацией того, как глубокие эмоциональные отпечатки в детстве способны определять дальнейшую судьбу человека.

4. В этом и состоит суть когнитивно-поведенческой терапии. См.: Foa, Friedman, and Keane, 2000 Treatment Guidelines for PTSD.

Глава 4. Спасайся, как можешь: анатомия выживания

1. R. Sperry, "Changing Priorities", Annual Review of Neuroscience 4 (1981): 1-15.

2. A. A. Lima, et al., "The Impact of Tonic Immobility Reaction on the Prognosis of Posttraumatic Stress Disorder", Journal of Psychiatric Research 44, no. 4 (March 2010): 224-28.

3. P. Janet, L'automatisme psychologique (Paris: Felix Alcan, 1889).

4. R. R. Llinas, I of the Vortex: From Neurons to Self (Cambridge, MA: MIT Press, 2002). См. также: R. Carter and C. D. Frith, Mapping the Mind (Berkeley: University of California Press, 1998); R. Carter, The Human Brain Book (Penguin, 2009); и J. J. Ratey, A User's Guide to the Brain (New York: Pantheon Books, 2001), 179.

5. B. D. Perry, et al., "Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and Use Dependent Development of the Brain: How States Become Traits", Infant Mental Health Journal 16, no. 4 (1995): 271-91.

6. Я в долгу перед своим покойным другом Дэвидом Серван-Шрейбером, который первым провел это различие в своей книге «Инстинкт выздоровления».

7. E. Goldberg, The Executive Brain: Frontal Lobes and the Civilized Mind (London, Oxford University Press, 2001).

8. G. Rizzolatti and L. Craighero "The Mirror-Neuron System", Annual Review of Neuroscience 27 (2004): 169-92. См. также: M. Iacoboni, et al., "Cortical Mechanisms of Human Imitation", Science 286, no. 5449 (1999): 2526-28; C. Keysers and V. Gazzola, "Social Neuroscience: Mirror Neurons Recorded in Humans", Current Biology 20, no. 8 (2010): R353-54; J. Decety and P. L. Jackson, "The Functional Architecture of Human Empathy", Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews 3 (2004): 71-100; M. B. Schippers, et al., "Mapping the Information Flow from One Brain to Another During Gestural Communication", Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 107, no. 20 (2010): 9388-93; and A. N. Meltzoff and J. Decety, "What Imitation Tells Us About Social Cognition: A Rapprochement Between Developmental Psychology and Cognitive Neuroscience", Philosophical Transactions of the Royal Society, London 358 (2003): 491-500.

9. D. Goleman, *Emotional Intelligence* (New York: Random House, 2006). См. также: V. S. Ramachandran, "Mirror Neurons and Imitation Learning as the Driving Force Behind 'the Great Leap Forward' in Human Evolution", *Edge* (May 31, 2000), <http://edge.org/conversation/mirror-neurons-and-imitation-learning-as-the-driving-force-behind-the-great-leap-forward-in-human-evolution> (ссылка была доступна 13 апреля 2013).

10. G. M. Edelman, and J. A. Gally, "Reentry: A Key Mechanism for Integration of Brain Function", *Frontiers in Integrative Neuroscience* 7 (2013).

11. J. LeDoux, "Rethinking the Emotional Brain", *Neuron* 73, no. 4 (2012): 653-76. См. также: J. S. Feinstein, et al., "The Human Amygdala and the Induction and Experience of Fear", *Current Biology* 21, no. 1 (2011): 34-38.

12. Медиальная префронтальная кора расположена в средней части мозга (нейробиологи называют ее «срединными структурами»). Этот участок состоит из взаимосвязанных структур: орбито-префронтальной коры, нижней и дорсальной медиальной префронтальной коры и крупной структуры под названием передняя поясная кора. Все они задействованы в отслеживании внутреннего состояния организма и выборе подходящей реакции. См., например: D. Diorio, V. Viau, and M. J. Meaney, "The Role of the Medial Prefrontal Cortex (Cingulate Gyrus) in the Regulation of Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Responses to Stress", *Journal of Neuroscience* 13, no. 9 (September 1993): 3839-47; J. P. Mitchell, M. R. Banaji, and C. N. Macrae, "The Link Between Social Cognition and Self-Referential Thought in the Medial Prefrontal Cortex", *Journal of Cognitive Neuroscience* 17, no. 8 (2005): 1306-15; A. D'Argembeau, et al., "Valuing One's Self: Medial Prefrontal Involvement in Epistemic and Emotive Investments in Self-Views", *Cerebral Cortex* 22 (March 2012): 659-67; M. A. Morgan, L. M. Romanski, J. E. LeDoux, "Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex", *Neuroscience Letters* 163 (1993): 109-13; L. M. Shin, S. L. Rauch, and R. K. Pitman, "Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD", *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071, no. 1 (2006): 67-79; L. M. Williams, et al., "Trauma Modulates Amygdala and Medial Prefrontal Responses to Consciously Attended Fear", *NeuroImage* 29, no. 2 (2006): 347-57; M. Koenig and J. Grafman, "Posttraumatic Stress Disorder: The Role of Medial Prefrontal Cortex and Amygdala", *Neuroscientist* 15, no. 5 (2009): 540-48; and M. R. Milad, I. Vidal-Gonzalez, and G. J. Quirk, "Electrical Stimulation of Medial Prefrontal Cortex Reduces Conditioned Fear in a Temporally Specific Manner", *Behavioral Neuroscience* 118, no. 2 (2004): 389.

13. B. A. van der Kolk, "Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD", *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071 (2006): 277-93.

14. P. D. MacLean, *The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions* (New York, Springer, 1990).

15. Ute Lawrence, *The Power of Trauma: Conquering Post Traumatic Stress Disorder*, iUniverse, 2009.

16. Rita Carter and Christopher D. Frith, *Mapping the Mind* (Berkeley: University of California Press, 1998). См. также: A. Bechara, et al., "Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex", *Cognition* 50, no. 1 (1994): 7-15; A. Pascual-Leone, et al., "The Role of the Dorsolateral Prefrontal Cortex in Implicit Procedural Learning", *Experimental Brain Research* 107, no. 3 (1996): 479-85; and S. C. Rao, G. Rainer, and E. K. Miller, "Integration of What and Where in the Primate Prefrontal Cortex", *Science* 276, no. 5313 (1997): 821-24.
17. H. S. Duggal, "New-Onset PTSD After Talamic Infarct", *American Journal of Psychiatry* 159, no. 12 (2002): 2113-a. См. также: R. A. Lanius, et al., "Neural Correlates of Traumatic Memories in Posttraumatic Stress Disorder: A Functional MRI Investigation", *American Journal of Psychiatry* 158, no. 11 (2001): 1920-22; and I. Liberzon, et al., "Alteration of Corticothalamic Perfusion Ratios During a PTSD Flashback", *Depression and Anxiety* 4, no. 3 (1996): 146-50.
18. R. Noyes Jr. and R. Kletti, "Depersonalization in Response to Life-Threatening Danger", *Comprehensive Psychiatry* 18, no. 4 (1977): 375-84. См. также: M. Sierra, and G. E. Berrios, "Depersonalization: Neurobiological Perspectives", *Biological Psychiatry* 44, no. 9 (1998): 898-908.
19. D. Church, et al., "Single-Session Reduction of the Intensity of Traumatic Memories in Abused Adolescents After EFT: A Randomized Controlled Pilot Study", *Traumatology* 18, no. 3 (2012): 73-79; and D. Feinstein and D. Church, "Modulating Gene Expression Through Psychotherapy: The Contribution of Noninvasive Somatic Interventions", *Review of General Psychology* 14, no. 4 (2010): 283-95. См. также: www.vetcases.com.

Глава 5. Связи между мозгом и телом

1. C. Darwin, *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (London: Oxford University Press, 1998).
2. Там же, стр. 71.
3. Там же.
4. Там же, стр. 71-72.
5. P. Ekman, *Facial Action Coding System: A Technique for the Measurement of Facial Movement* (Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1978). См. также: C.E. Izard, *The Maximally Discriminative Facial Movement Coding System (MAX)* (Newark, DE: University of Delaware Instructional Resource Center, 1979).

6. S. W. Porges, *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology (New York: WW Norton & Company, 2011).

7. Так Стивен Поргес и Сью Картер называли вентральную ветвь блуждающего нерва.
http://www.pesi.com/bookstore/A_Neural_Love_Code__The_Body_s_Need_to_Engage_and_Bond-details.aspx

8. S. S. Tomkins, *Affect, Imagery, Consciousness* (vol. 1, *The Positive Affects*) (New York: Springer, 1962); S. S. Tomkin, *Affect, Imagery, Consciousness* (vol. 2, *The Negative Affects*) (New York: Springer, 1963).

9. P. Ekman, *Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life* (New York: Macmillan, 2007); P. Ekman, *The Face of Man: Expressions of Universal Emotions in a New Guinea Village* (New York: Garland STPM Press, 1980).

10. См., например, B. M. Levinson, "Human/ Companion Animal Therapy", *Journal of Contemporary Psychotherapy* 14, no. 2 (1984): 131-44; D. A. Willis, "Animal Therapy", *Rehabilitation Nursing* 22, no. 2 (1997): 78-81; and A. H. Fine, ed., *Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice* (Waltham, MA: Academic Press, 2010).

11. P. Ekman, R. W. Levenson, and W. V. Friesen, "Autonomic Nervous System Activity Distinguishes Between Emotions", *Science* 221 (1983): 1208-10.

12. J. H. Jackson, "Evolution and Dissolution of the Nervous System", in *Selected Writings of John Hughlings Jackson*, ed. J. Taylor (London: Staples Press, 1958), 45-118.

13. Про эту аналогию с зоомагазином мне рассказал Поргес.

14. S. W. Porges, J. A. Doussard-Roosevelt, and A. K. Maiti, "Vagal Tone and the Physiological Regulation of Emotion", in *The Development of Emotion Regulation: Biological and Behavioral Considerations*, ed. N. A. Fox, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, vol. 59 (2-3, serial no. 240) (1994), 167-86.

<http://www.amazon.com/The-Development-Emotion-Regulation-Considerations/dp/0226259404>

15. V. Felitti, et al., "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study", *American Journal of Preventive Medicine* 14, no. 4 (1998): 245-58.

16. S. W. Porges, "Orienting in a Defensive World: Mammalian Modifications of Our Evolutionary Heritage: A Polyvagal Theory", *Psychophysiology* 32 (1995): 301-18.

17. B. A. Van der Kolk, "The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress", *Harvard Review of Psychiatry* 1, no. 5 (1994): 253-65.

Глава 6. Теряя тело, теряя себя

1. K. L. Walsh, et al., "Resiliency Factors in the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Adulthood Sexual Assault in College-Age Women", *Journal of Child Sexual Abuse* 16, no. 1 (2007): 1-17.

2. A. C. McFarlane, "The Long-Term Costs of Traumatic Stress: Intertwined Physical and Psychological Consequences", *World Psychiatry* 9, no. 1 (2010): 3-10.

3. W. James, "What Is an Emotion?" *Mind* 9: 188-205.

4. R. L. Bluhm, et al., "Alterations in Default Network Connectivity in Posttraumatic Stress Disorder Related to Early-Life Trauma", *Journal of Psychiatry & Neuroscience* 34, no. 3 (2009): 187. См. также: J. K. Daniels, et al., "Switching Between Executive and Default Mode Networks in Posttraumatic Stress Disorder: Alterations in Functional Connectivity", *Journal of Psychiatry & Neuroscience* 35, no. 4 (2010): 258.

5. A. Damasio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness* (New York: Harcourt Brace, 1999). Damasio actually says, "Consciousness was invented so that we could know life", с. 31.

6. A. Damasio, *Feeling of What Happens*, стр. 28.

7. Там же, стр. 29.

8. A. Damasio, *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain* (New York: Random House Digital, 2012), 17.

9. Damasio, *Feeling of What Happens*, стр. 256.

10. Antonio R. Damasio, et al., "Subcortical and Cortical Brain Activity During the Feeling of Self-Generated Emotions". *Nature Neuroscience* 3, vol. 10 (2000):1049-56.

11. A. A. T. S. Reinders, et al., "One Brain, Two Selves", *NeuroImage* 20 (2003): 2119-25. См. также: E. R. S. Nijenhuis, O. Van der Hart, and K. Steele, "The Emerging Psychobiology of Trauma-Related Dissociation and Dissociative Disorders", in *Biological Psychiatry*, vol. 2., eds. H. A. H. D'Haenen, J. A. den Boer, and P. Willner (West Sussex, UK: Wiley 2002), 1079-198; J. Parvizi and A. R. Damasio, "Consciousness and the Brain Stem", *Cognition* 79 (2001): 135-59; F. W. Putnam, "Dissociation and Disturbances of Self", in *Dysfunctions of the Self*, vol. 5, eds. D. Cicchetti and S. L. Toth (Rochester, NY: University of Rochester Press,

1994), 251-65; and F. W. Putnam, *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective* (New York: Guilford, 1997).

12. A. D'Argembeau, et al., "Distinct Regions of the Medial Prefrontal Cortex Are Associated with Self-Referential Processing and Perspective Taking", *Journal of Cognitive Neuroscience* 19, no. 6 (2007): 935-44. См. также: N. A. Farb, et al., "Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2, no. 4 (2007): 313-22; and B. K. Holzel, et al., "Investigation of Mindfulness Meditation Practitioners with Voxel-Based Morphometry", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 3, no. 1 (2008): 55-61.

13. P. A. Levine, *Healing Trauma: A Pioneering Program for Restoring the Wisdom of Your Body* (Berkeley, CA: North Atlantic Books, 2008); and P. A. Levine, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness* (Berkeley, CA: North Atlantic Books, 2010).

14. P. Ogden and K. Minton, "Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory", *Traumatology* 6, no. 3 (2000): 149-73; and P. Ogden, K. Minton, and C. Pain, *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology (New York: WW Norton & Company, 2006).

15. D. A. Bakal, *Minding the Body: Clinical Uses of Somatic Awareness* (New York: Guilford Press, 2001).

16. На эту тему было проведено огромное количество исследований. Вот лишь несколько примеров: J. Wolfe, et al., "Posttraumatic Stress Disorder and War-Zone Exposure as Correlates of Perceived Health in Female Vietnam War Veterans", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, no. 6 (1994): 1235-40; L. A. Zoellner, M. L. Goodwin, and E. B. Foa, "PTSD Severity and Health Perceptions in Female Victims of Sexual Assault", *Journal of Traumatic Stress* 13, no. 4 (2000): 635-49; E. M. Sledjeski, B. Speisman, and L. C. Dierker, "Does Number of Lifetime Traumas Explain the Relationship Between PTSD and Chronic Medical Conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R)", *Journal of Behavioral Medicine* 31 (2008): 341-49; J. A. Boscarino, "Posttraumatic Stress Disorder and Physical Illness: Results from Clinical and Epidemiologic Studies", *Annals of the New York Academy of Sciences* 1032 (2004): 141-53; M. Cloitre, et al., "Posttraumatic Stress Disorder and Extent of Trauma Exposure as Correlates of Medical Problems and Perceived Health Among Women with Childhood Abuse", *Women & Health* 34, no. 3 (2001): 1-17; D. Lauterbach, R. Vora, and M. Rakow, "The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder and Self-Reported Health Problems", *Psychosomatic Medicine* 67, no. 6 (2005): 939-47; B. S. McEwen, "Protective and Damaging Effects of Stress Mediators", *New England Journal of Medicine* 338, no. 3 (1998): 171-79; P. P. Schnurr and B. L. Green, *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress* (Washington, DC: American Psychological Association, 2004).

17. P. K. Trickett, J. G. Noll, and F. W. Putnam, "The Impact of Sexual Abuse on Female Development: Lessons from a Multigenerational,

Longitudinal Research Study", *Development and Psychopathology* 23, no. 2 (2011): 453.

18. K. Kosten and F. Giller Jr., "Alexithymia as a Predictor of Treatment Response in Post-Traumatic Stress Disorder", *Journal of Traumatic Stress* 5, no. 4 (October 1992): 563-73.

19. G. J. Taylor and R. M. Bagby, "New Trends in Alexithymia Research", *Psychotherapy and Psychosomatics* 73, no. 2 (2004): 68-77.

20. R. D. Lane, et al., "Impaired Verbal and Nonverbal Emotion Recognition in Alexithymia", *Psychosomatic Medicine* 58, no. 3 (1996): 203-10.

21. H. Krystal and J. H. Krystal, *Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia* (New York: Analytic Press, 1988).

22. P. Frewen, et al., "Clinical and Neural Correlates of Alexithymia in Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Abnormal Psychology* 117, no. 1 (2008): 171-81.

23. D. Finkelhor, R. K. Ormrod, and H. A. Turner, "Re-Victimization Patterns in a National Longitudinal Sample of Children and Youth", *Child Abuse & Neglect* 31, no. 5 (2007): 479-502; J. A. Schumm, S. E. Hobfoll, and N. J. Keogh, "Revictimization and Interpersonal Resource Loss Predicts PTSD Among Women in Substance-Use Treatment", *Journal of Traumatic Stress* 17, no. 2 (2004): 173-81; J. D. Ford, J. D. Elhai, D. F. Connor, and B. C. Frueh, "Poly-Victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents", *Journal of Adolescent Health* 46, no. 6 (2010): 545-52.

24. P. Schilder, "Depersonalization", in *Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry* (New York: International Universities Press, 1952), стр. 120.

25. S. Arzy, et al., "Neural Mechanisms of Embodiment: Asomatognosia Due to Premotor Cortex Damage", *Archives of Neurology* 63, no. 7 (2006): 1022-25. См. также: S. Arzy, et al., "Induction of an Illusory Shadow Person", *Nature* 443, no. 7109 (2006): 287; S. Arzy, et al., "Neural Basis of Embodiment: Distinct Contributions of Temporoparietal Junction and Extrastriate Body Area", *Journal of Neuroscience* 26, no. 31 (2006): 8074-81; O. Blanke, et al., "Out-of-Body Experience and Autoscopy of Neurological Origin", *Brain* 127, part 2 (2004): 243-58; and M. Sierra, et al., "Unpacking the Depersonalization Syndrome: An Exploratory Factor Analysis on the Cambridge Depersonalization Scale", *Psychological Medicine* 35 (2005): 1523-32.

26. A. A. T. Reinders, et al., "Psychobiological Characteristics of Dissociative Identity Disorder: A Symptom Provocation Study", *Biological Psychiatry* 60, no. 7 (2006): 730-40.

27. В своей книге «Focusing» Юджин Гендил придумал термин «испытанное чувство»: «испытанное чувство не воспринимается мозгом, а является

физическим ощущением. Тело по-своему воспринимает ситуацию, человека или событие». *Focusing* (New York: Random House Digital, 1982).

28. C. Steuwe, et al., "Effect of Direct Eye Contact in PTSD Related to Interpersonal Trauma: An fMRI Study of Activation of an Innate Alarm System", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 9, no. 1 (January 2012): 88-97.

Глава 7. На одной волне: привязанность и подстройка

1. N. Murray, E. Koby, and B. van der Kolk, "The Effects of Abuse on Children's Thoughts", Глава 4 in *Psychological Trauma* (Washington, DC: American Psychiatric Press, 1987).

2. Исследователь привязанности Мэри Майн рассказывала шестилетним детям историю про мальчика, мать которого пропала, и попросила их ее продолжить. Большинство детей, у которых были теплые и защищенные отношения с матерью в младенчестве, придумали оригинальное продолжение с хорошим концом, в то время как дети, чьи отношения с матерью пять лет назад классифицировались как беспорядочная привязанность, как правило, придумывали всякие трагедии и зачастую давали пугающие ответы вроде: «Родители умрут» или «Ребенок себя убьет». Из книги: Mary Main, Nancy Kaplan, and Jude Cassidy, "Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation", *Monographs of the Society for Research in Child Development* (1985).

3. J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. 1, *Attachment* (New York: Random House, 1969); J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. 2, *Separation: Anxiety and Anger* (New York: Penguin, 1975); J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. 3, *Loss: Sadness and Depression* (New York: Basic, 1980); J. Bowlby, "The Nature of the Child's Tie to His Mother", *International Journal of Psycho-Analysis* 39, no. 5 (1958): 350-73.

4. C. Trevarthen, "Musicality and the Intrinsic Motive Pulse: Evidence from Human Psychobiology and Rhythms, Musical Narrative, and the Origins of Human Communication", *Muisae Scientiae*, special issue, 1999, 157-213.

5. A. Gopnik and A. N. Meltzof, *Words, Thoughts, and Theories* (Cambridge, MA: MIT Press, 1997); A. N. Meltzof and M. K. Moore, "Newborn Infants Imitate Adult Facial Gestures", *Child Development* 54, no. 3 (June 1983): 702-9; A. Gopnik, A. N. Meltzof, and P. K. Kuhl, *The Scientist in the Crib: Minds, Brains, and How Children Learn* (New York: HarperCollins, 2009).

6. E. Z. Tronick, "Emotions and Emotional Communication in Infants", *American Psychologist* 44, no. 2 (1989): 112. См. также: E. Tronick, *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children* (New York: W. W. Norton & Company, 2007); E. Tronick and M. Beeghly,

"Infants' Meaning-Making and the Development of Mental Health Problems", *American Psychologist* 66, no. 2 (2011): 107; and A. V. Sraivish, et al., "Dyadic Flexibility During the Face-to-Face Still-Face Paradigm: A Dynamic Systems Analysis of Its Temporal Organization", *Infant Behavior and Development* 36, no. 3 (2013): 432-37.

7. M. Main, "Overview of the Field of Attachment", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, no. 2 (1996): 237-43.

8. D. W. Winnicott, *Playing and Reality* (New York: Psychology Press, 1971). См. также: D. W. Winnicott, "The Maturational Processes and the Facilitating Environment", (1965); and D. W. Winnicott, *Trough Paediatrics to Psycho-analysis: Collected Papers* (New York: Brunner/Mazel, 1975).

9. Как мы уже видели в шестой главе и как продемонстрировал Дамасио, это ощущение внутренней реальности, как минимум отчасти, заложено в островке - структуре мозга, играющей центральную роль в связи между телом и разумом, работа которой зачастую оказывается нарушена у людей с хронической травмой в прошлом.

10. D. W. Winnicott, *Primary Maternal Preoccupation* (London: Tavistock, 1956), 300-5.

11. S. D. Pollak, et al., "Recognizing Emotion in Faces: Developmental Effects of Child Abuse and Neglect", *Developmental Psychology* 36, no. 5 (2000): 679.

12. P. M. Crittenden, "Peering into the Black Box: An Exploratory Treatise on the Development of Self in Young Children", *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*, vol. 5, *Disorders and Dysfunctions of the Self* eds. D. Cicchetti and S. L. Toth (Rochester, NY: University of Rochester Press, 1994), 79; P. M. Crittenden and A. Landini, *Assessing Adult Attachment: A Dynamic-Maturational Approach to Discourse Analysis* (New York: W. W. Norton & Company, 2011).

13. Patricia M. Crittenden, "Children's Strategies for Coping with Adverse Home Environments: An Interpretation Using Attachment Theory", *Child Abuse & Neglect* 16, no. 3 (1992): 329-43.

14. Main, 1990, указанная публикация.

15. Main, 1990, указанная публикация.

16. Там же.

17. E. Hesse and M. Main, "Frightened, Threatening, and Dissociative Parental Behavior in Low-Risk Samples: Description, Discussion, and Interpretations", *Development and Psychopathology* 18, no. 2 (2006): 309-43. См. также: E. Hesse and M. Main, "Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies", *Journal of the American Psychoanalytic Association* 48, no. 4 (2000): 1097-127.

18. M. Main, "Overview of the Field of Attachment", Указанная публикация.

19. E. Hesse and M. Main, 1995, Указанная публикация, стр. 310.

20. Мы рассматривали это с биологической точки зрения, когда обсуждали «ощепенение без страха» в пятой главе. S. W. Porges, "Orienting in a Defensive World: Mammalian Modifications of Our Evolutionary Heritage: A Polyvagal Theory", *Psychophysiology* 32 (1995): 301-18.

21. M. H. van Ijzendoorn, C. Schuengel, and M. Bakermans-Kranenburg, "Disorganized Attachment in Early Childhood: Meta-analysis of Precursors, Concomitants, and Sequelae", *Development and Psychopathology* 11 (1999): 225-49.

22. Ijzendoorn, Указанная публикация.

23. N. W. Boris, M. Furey, and C. H. Zeanah, "The Clinical Assessment of Attachment in Children Under Five", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36, no. 2 (1997): 291-93; K. Lyons-Ruth, "Attachment Relationships Among Children with Aggressive Behavior Problems: The Role of Disorganized Early Attachment Patterns", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, no. 1 (1996), 64.

24. Stephen W. Porges, et al., "Infant Regulation of the Vagal 'Brake' Predicts Child Behavior Problems: A Psychobiological Model of Social Behavior", *Developmental Psychobiology* 29, no. 8 (1996): 697-712.

25. Louise Hertzgaard, et al., "Adrenocortical Responses to the Strange Situation in Infants with Disorganized/ Disoriented Attachment Relationships", *Child Development* 66, no. 4 (1995): 1100-6; Gottfried Spangler, and Klaus E. Grossmann, "Biobehavioral Organization in Securely and Insecurely Attached Infants", *Child Development* 64, no. 5 (1993): 1439-50.

26. Main and Hesse, 1990, Указанная публикация.

27. M. H. van Ijzendoorn, et al., "Disorganized Attachment in Early Childhood", Указанная публикация.

28. B. Beebe and F. M. Lachmann, *Infant Research and Adult Treatment: Coconstructing Interactions* (New York: Routledge, 2013); B. Beebe, F. Lachmann, and J. Jafe, "Mother-Infant Interaction Structures and Presymbolic Self- and Object Representations", *Psychoanalytic Dialogues* 7, no. 2 (1997): 133-82.

29. R. Yehuda, et al., "Vulnerability to Posttraumatic Stress Disorder in Adult Offspring of Holocaust Survivors", *American Journal of Psychiatry* 155, no. 9 (1998): 1163-71. См. также: R. Yehuda, et al., "Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder Characteristics of Holocaust Survivors and Their Adult Offspring", *American Journal of Psychiatry* 155, no. 6 (1998): 841-43; R. Yehuda, et al., "Parental Posttraumatic Stress Disorder as a Vulnerability Factor for Low Cortisol Trait in Offspring of Holocaust Survivors", *Archives of General Psychiatry* 64, no. 9 (2007): 1040 and R. Yehuda, et al., "Maternal, Not Paternal, PTSD Is Related to

Increased Risk for PTSD in Offspring of Holocaust Survivors", *Journal of Psychiatric Research* 42, no. 13 (2008): 1104-11.

30. R. Yehuda, et al., "Transgenerational Effects of PTSD in Babies of Mothers Exposed to the WTC Attacks During Pregnancy", *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 90 (2005): 4115-18.

31. G. Saxe, et al., "Relationship Between Acute Morphine and the Course of PTSD in Children with Burns", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40, no. 8 (2001): 915-21. См. также: G. N. Saxe, et al., "Pathways to PTSD, Part I: Children with Burns", *American Journal of Psychiatry* 162, no. 7 (2005): 1299-304.

32. C. M. Chemtob, Y. Nomura, and R. A. Abramovitz, "Impact of Conjoined Exposure to the World Trade Center Attacks and to Other Traumatic Events on the Behavioral Problems of Preschool Children", *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 162, no. 2 (2008): 126. См. также: P. J. Landrigan, et al., "Impact of September 11 World Trade Center Disaster on Children and Pregnant Women", *Mount Sinai Journal of Medicine* 75, no. 2 (2008): 129-34.

33. D. Finkelhor, R. K. Ormrod, and H. A. Turner, "Polyvictimization and Trauma in a National Longitudinal Cohort", *Development and Psychopathology* 19, no. 1 (2007): 149-66; J. D. Ford, et al., "Polyvictimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents", *Journal of Adolescent Health* 46, no. 6 (2010): 545-52; J. D. Ford, et al., "Clinical Significance of a Proposed Development Trauma Disorder Diagnosis: Results of an International Survey of Clinicians", *Journal of Clinical Psychiatry* 74, no. 8 (2013): 841-49.

34. Family Pathways Project,
<http://www.challiance.org/academics/familypathwaysproject.aspx>.

35. K. Lyons Ruth and D. Block, "The Disturbed Caregiving System: Relations Among Childhood Trauma, Maternal Caregiving, and Infant Affect and Attachment", *Infant Mental Health Journal* 17, no. 3 (1996): 257-75.

36. K. Lyons-Ruth, "The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes", *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy* 2 (2003): 105.

37. G. Whitmer, "On the Nature of Dissociation", *Psychoanalytic Quarterly* 70, no. 4 (2001): 807-37. См. также: K. Lyons-Ruth, «The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes", *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy* 2, no. 4 (2002): 107-19.

38. Mary S. Ainsworth and John Bowlby, "An Ethological Approach to Personality Development", *American Psychologist* 46, no. 4 (April 1991): 333-41.

39. K. Lyons-Ruth and D. Jacobvitz, 1999; Main, 1993; K. Lyons-Ruth, "Dissociation and the Parent-Infant Dialogue: A Longitudinal Perspective from Attachment Research", *Journal of the American Psychoanalytic Association* 51, no. 3 (2003): 883-911.

40. L. Dutra, et al., "Quality of Early Care and Childhood Trauma: A Prospective Study of Developmental Pathways to Dissociation", *Journal of Nervous and Mental Disease* 197, no. 6 (2009): 383. См. также: K. Lyons-Ruth, et al., "Borderline Symptoms and Suicidality/Self-Injury in Late Adolescence: Prospectively Observed Relationship Correlates in Infancy and Childhood", *Psychiatry Research* 206, nos. 2-3 (April 30, 2013): 273-81.

41. Метаанализ относительного вклада беспорядочной привязанности и плохого обращения с детьми: C. Schuengel, et al., "Frightening Maternal Behavior Linking Unresolved Loss and Disorganized Infant Attachment", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, no. 1 (1999): 54.

42. K. Lyons-Ruth and D. Jacobvitz, "Attachment Disorganization: Genetic Factors, Parenting Contexts, and Developmental Transformation from Infancy to Adulthood", in *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, 2nd ed., ed. J. Cassidy and R. Shaver (New York: Guilford Press, 2008), 666-97. См. Также: E. O'Connor, et al., "Risks and Outcomes Associated with Disorganized/Controlling Patterns of Attachment at Age Three Years in the National Institute of Child Health & Human Development Study of Early Child Care and Youth Development", *Infant Mental Health Journal* 32, no. 4 (2011): 450-72; and K. Lyons-Ruth, et al., "Borderline Symptoms and Suicidality/Self-Injury".

43. На данный момент нам мало известно о том, какие факторы влияют на развитие этих ранних нарушений регуляции, однако, скорее всего, различные жизненные события, качество других отношений и даже, возможно, генетические факторы способны менять их со временем. Чрезвычайно важно изучить, насколько последовательное и сосредоточенное воспитание детей, столкнувшихся в раннем детстве с жестоким и пренебрежительным обращением, способно изменить их биологические системы.

44. E. Warner, et al., "Can the Body Change the Score? Application of Sensory Modulation Principles in the Treatment of Traumatized Adolescents in Residential Settings", *Journal of Family Violence* 28, no. 7 (2003): 729-38.

Глава 8. В ловушке отношений: цена жестокого и пренебрежительного обращения

1. W. H. Auden, *The Double Man* (New York: Random House, 1941).

2. S. N. Wilson, et al., "Phenotype of Blood Lymphocytes in PTSD Suggests Chronic Immune Activation", *Psychosomatics* 40, no. 3 (1999): 222-25. См. также: M. Uddin, et al., "Epigenetic and Immune Function Profiles Associated with Posttraumatic Stress Disorder", *Proceedings of the*

National Academy of Sciences of the United States of America 107, no. 20 (2010): 9470-75; M. Altemus, M. Cloitre, and F. S. Dhabhar, "Enhanced Cellular Immune Response in Women with PTSD Related to Childhood Abuse", *American Journal of Psychiatry* 160, no. 9 (2003): 1705-7; and N. Kawamura, Y. Kim, and N. Asukai, "Suppression of Cellular Immunity in Men with a Past History of Posttraumatic Stress Disorder", *American Journal of Psychiatry* 158, no. 3 (2001): 484-86.

3. R. Summit, "The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome", *Child Abuse & Neglect* 7 (1983): 177-93.

4. Исследование с использованием МРТ в Университете Лозанны в Швейцарии показало, что в момент этих внетелесных переживаний, когда люди смотрят на себя самих, словно паря под потолком, у них активируется верхняя височная кора мозга. O. Blanke, et al., "Linking Out-of-Body Experience and Self Processing to Mental Own-Body Imagery at the Temporoparietal Junction", *Journal of Neuroscience* 25, no. 3 (2005): 550-57. См. также: O. Blanke and T. Metzinger, "Full-Body Illusions and Minimal Phenomenal Selfhood", *Trends in Cognitive Sciences* 13, no. 1 (2009): 7-13.

5. Когда взрослый использует ребенка для сексуального удовлетворения, ребенок неизбежно попадает в запутанную ситуацию, и возникает конфликт привязанности: рассказав о насилии, он тем самым предаст обидчика и причинит ему боль (а в роли обидчика может выступать взрослый, от которого ребенок зависит, который должен его защищать), однако, скрывая насилие, он еще больше усиливает свой стыд и уязвимость. Эта дилемма впервые была сформулирована Сандором Ференси в 1933 в работе: "The Confusion of Tongues Between the Adult and the Child: The Language of Tenderness and the Language of Passion", *International Journal of Psychoanalysis* 30 no. 4 (1949): 225-30, и с тех пор была исследована многими другими авторами.

Глава 9. При чем тут любовь?

1. Gary Greenberg, *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry* (New York: Penguin, 2013).

2. <http://www.thefreedictionary.com/diagnosis>

3. С опросником можно ознакомиться на сайте Центра травмы: www.traumacenter.org/products/instruments.php.

4. J. L. Herman, J. C. Perry, and B. A. van der Kolk, "Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder", *American Journal of Psychiatry* 146, no. 4 (April 1989): 490-95.

5. Тейчер обнаружил значительные изменения в орбитофронтальной коре, участке мозга, задействованном в принятии решений и регуляции поведения, связанного с чувствительностью к требованиям общества. M. N. Teicher, et al., "The Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood Maltreatment", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 27, no. 1 (2003): 33-

44. См. также: M. H. Teicher, "Scars Tat Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse", *Scientific American* 286, no. 3 (2002): 54-61; M. Teicher, et al., "Sticks, Stones, and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment", *American Journal of Psychiatry* 163, no. 6 (2006): 993-1000; A. Bechara, et al., "Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex", *Cognition* 50 (1994): 7-15. Нарушения в работе этого участка мозга приводят к чрезмерным ругательствам, проблемам в социальных взаимодействиях, игровой зависимости, злоупотреблению спиртным и наркотиками, а также проблемам с эмпатией. M. L. Kringelbach and E. T. Rolls, «The Functional Neuroanatomy of the Human Orbitofrontal Cortex: Evidence from Neuroimaging and Neuropsychology», *Progress in Neurobiology* 72 (2004): 341-72. Другим проблемным участком, выявленным Тейчером, было предклинье - область мозга, задействованная в понимании себя, а также способности осознавать, что у других людей восприятие может отличаться. A. E. Cavanna and M. R. Trimble "The Precuneus: A Review of Its Functional Anatomy and Behavioural Correlates", *Brain* 129 (2006): 564-83.

6. S. Roth, et al., "Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Traumatic Stress* 10 (1997): 539-55; B. A. van der Kolk, et al., "Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma", *American Journal of Psychiatry* 153 (1996): 83-93; D. Pelcovitz, et al., "Development of a Criteria Set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES)", *Journal of Traumatic Stress* 10 (1997): 3-16; S. N. Ogata, et al., "Childhood Sexual and Physical Abuse in Adult Patients with Borderline Personality Disorder", *American Journal of Psychiatry* 147 (1990): 1008-13; M. C. Zanarini, et al., "Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder", *American Journal of Psychiatry* 155, no. 12 (December 1998): 1733-39; S. L. Shearer, et al., "Frequency and Correlates of Childhood Sexual and Physical Abuse Histories in Adult Female Borderline Inpatients", *American Journal of Psychiatry* 147 (1990): 214-16; D. Westen, et al., "Physical and Sexual Abuse in Adolescent Girls with Borderline Personality Disorder", *American Journal of Orthopsychiatry* 60 (1990): 55-66; M. C. Zanarini, et al., "Reported Pathological Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline Personality Disorder", *American Journal of Psychiatry* 154 (1997): 1101-6.

7. J. Bowlby, *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development* (New York: Basic Books, 2008), 103.

8. B. A. van der Kolk, J. C. Perry, and J. L. Herman, "Childhood Origins of Self-Destructive Behavior", *American Journal of Psychiatry* 148 (1991): 1665-71.

9. Эта идея получила дальнейшее подтверждение в работе нейробиолога по имени Яак Панксепп, который обнаружил, что у крысят, которых в первую неделю не вылизывала мать, не развивались опиоидные рецепторы передней поясной коры - участка мозга, связанного с формированием чувства защищенности. См.: E. E. Nelson and J. Panksepp, "Brain Substrates of Infant-Mother Attachment: Contributions of Opioids, Oxytocin, and Norepinephrine", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 22, no. 3 (1998):

437-52. См. также: J. Panksepp, et al., "Endogenous Opioids and Social Behavior", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 4, no. 4 (1981): 473-87; and J. Panksepp, E. Nelson, and S. Siviy, "Brain Opioids and Mother-Infant Social Motivation", *Acta paediatrica* 83, no. 397 (1994): 40-46.

10. Делегация к Роберту Спитцеру также включала Джуди Герман, Джима Чу и Дэвида Пелкович.

11. B. A. van der Kolk, et al., "Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma", *Journal of Traumatic Stress* 18, no. 5 (2005): 99. См. также: J. L. Herman, "Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma", *Journal of Traumatic Stress* 5, no. 3 (1992): 377-91; C. Zlotnick, et al., "The Long-Term Sequelae of Sexual Abuse: Support for a Complex Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Traumatic Stress* 9, no. 2 (1996): 195-205; S. Roth, et al., "Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Traumatic Stress* 10, no. 4 (1997): 539-55; and D. Pelcovitz, et al., "Development and Validation of the Structured Interview for Measurement of Disorders of Extreme Stress", *Journal of Traumatic Stress* 10 (1997): 3-16.

12. B. C. Stolbach, et al., "Complex Trauma Exposure and Symptoms in Urban Traumatized Children: A Preliminary Test of Proposed Criteria for Developmental Trauma Disorder", *Journal of Traumatic Stress* 26, no. 4 (August 2013): 483-91.

13. B. A. van der Kolk, et al., "Dissociation, Somatization and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma", *American Journal of Psychiatry* 153, suppl (1996): 83-93. См. также: D. G. Kilpatrick, et al., "Posttraumatic Stress Disorder Field Trial: Evaluation of the PTSD Construct-Criteria A Trough E", in: *DSM-IV Sourcebook*, vol. 4 (Washington, DC: American Psychiatric Press, 1998), 803-44; T. Luxenberg, J. Spinazzola, and B. A. van der Kolk, "Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment", *Directions in Psychiatry* 21, no. 25 (2001): 373-92; and B. A. van der Kolk, et al., "Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma", *Journal of Traumatic Stress* 18, no. 5 (2005): 389-99.

14. Эти вопросы доступны на сайте НДО: <http://acestudy.org/>

15. <http://www.cdc.gov/ace/findings.htm>; <http://acestudy.org/download>; V. Felitti, et al., "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study", *American Journal of Preventive Medicine* 14, no. 4 (1998): 245-58. См. также: R. Reading, "The Enduring Effects of Abuse and Related Adverse Experiences in Childhood: A Convergence of Evidence from Neurobiology and Epidemiology", *Child: Care, Health and Development* 32, no. 2 (2006): 253-56; V. J. Edwards, et al., "Experiencing Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health: Results from the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study", *American Journal of Psychiatry* 160, no. 8 (2003): 1453-60; S. R. Dube, et al., "Adverse Childhood Experiences and Personal Alcohol Abuse as an

Adult", *Addictive Behaviors* 27, no. 5 (2002): 713-25; S. R. Dube, et al., "Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study", *Pediatrics* 111, no. 3 (2003): 564-72.

16. S. A. Strassels, "Economic Burden of Prescription Opioid Misuse and Abuse", *Journal of Managed Care Pharmacy* 15, no. 7 (2009): 556-62.

17. C. B. Nemerof, et al., "Differential Responses to Psychotherapy Versus Pharmacotherapy in Patients with Chronic Forms of Major Depression and Childhood Trauma", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States America* 100, no. 24 (2003): 14293-96. См. также: C. Heim, P. M. Plotsky, and C. B. Nemerof, "Importance of Studying the Contributions of Early Adverse Experience to Neurobiological Findings in Depression", *Neuropsychopharmacology* 29, no. 4 (2004): 641-48.

18. B. E. Carlson, "Adolescent Observers of Marital Violence", *Journal of Family Violence* 5, no. 4 (1990): 285-99. См. также: B. E. Carlson, "Children's Observations of Interparental Violence", in *Battered Women and Their Families*, ed. A. R. Roberts (New York: Springer, 1984), 147-67; J. L. Edleson, "Children's Witnessing of Adult Domestic Violence", *Journal of Interpersonal Violence* 14, no. 8 (1999): 839-70; K. Henning, et al., "Long-Term Psychological and Social Impact of Witnessing Physical Conflict Between Parents", *Journal of Interpersonal Violence* 11, no. 1 (1996): 35-51; E. N. Jouriles, C. M. Murphy, and D. O'Leary, "Interpersonal Aggression, Marital Discord, and Child Problems", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57, no. 3 (1989): 453-55; J. R. Kolko, E. H. Blakely, and D. Engelman, "Children Who Witness Domestic Violence: A Review of Empirical Literature", *Journal of Interpersonal Violence* 11, no. 2 (1996): 281-93; and J. Wolak and D. Finkelhor, "Children Exposed to Partner Violence", in *Partner Violence: A Comprehensive Review of 20 Years of Research*, ed. J. L. Jasinski and L. Williams (Tousand Oaks, CA: Sage, 1998).

19. Большинство из этих заявлений основаны на разговорах с Винсентом Фелитти и дополнены Дж. Е. Стивенсом, "The Adverse Childhood Experiences Study-the Largest Public Health Study You Never Heard Of", *Huffington Post*, October 8, 2012, http://www.huffingtonpost.com/jane-ellen-stevens/the-adverse-childhood-exp_1_b_1943647.html

20. Характерный для популяции риск: часть общей популяции, чьи проблемы могут быть объяснены определенными факторами риска.

21. National Cancer Institute, "Nearly 800,000 Deaths Prevented Due to Declines in Smoking" (press release), 14 марта 2012, доступно по ссылке:

<http://www.cancer.gov/newscenter/newsfromnci/2012/TobaccoControlCISNET>

Глава 10. Травма развития: скрытая эпидемия

1. Эти случаи были частью исследования, проведенного совместно Джулианом Фордом, Джозефом Спинаццолой и мной.
2. H. J. Williams, M. J. Owen, and M. C. O'Donovan, "Schizophrenia Genetics: New Insights from New Approaches", *British Medical Bulletin* 91 (2009): 61-74. См. Также: P. V. Gejman, A. R. Sanders, and K. S. Kendler, "Genetics of Schizophrenia: New Findings and Challenges", *Annual Review of Genomics and Human Genetics* 12 (2011): 121-44; and A. Sanders, et al., "No Significant Association of 14 Candidate Genes with Schizophrenia in a Large European Ancestry Sample: Implications for Psychiatric Genetics", *American Journal of Psychiatry* 165, no. 4 (April 2008): 497-506.
3. R. Yehuda, et al., "Putative Biological Mechanisms for the Association Between Early Life Adversity and the Subsequent Development of PTSD", *Psychopharmacology* 212, no. 3 (October 2010): 405-17; K. C. Koenen, "Genetics of Posttraumatic Stress Disorder: Review and Recommendations for Future Studies", *Journal of Traumatic Stress* 20, no. 5 (October 2007): 737-50; M. W. Gilbertson, et al., "Smaller Hippocampal Volume Predicts Pathologic Vulnerability to Psychological Trauma", *Nature Neuroscience* 5 (2002): 1242-47.
4. Koenen, "Genetics of Posttraumatic Stress Disorder". См. также: R. F. P. Broekman, M. Olf, and F. Boer, "The Genetic Background to PTSD", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 31, no. 3 (2007): 348-62.
5. M. J. Meaney and A. C. Ferguson-Smith, "Epigenetic Regulation of the Neural Transcriptome: The Meaning of the Marks", *Nature Neuroscience* 13, no. 11 (2010): 1313-18. См. также: M. J. Meaney, "Epigenetics and the Biological Definition of Gene ? Environment Interactions", *Child Development* 81, no. 1 (2010): 41-79; and B. M. Lester, et al., "Behavioral Epigenetics", *Annals of the New York Academy of Sciences* 1226, no. 1 (2011): 14-33.
6. M. Szyf, "The Early Life Social Environment and DNA Methylation: DNA Methylation Mediating the Long-Term Impact of Social Environments Early in Life", *Epigenetics* 6, no. 8 (2011): 971-78.
7. Moshe Szyf, Patrick McGowan, and Michael J. Meaney, "The Social Environment and the Epigenome", *Environmental and Molecular Mutagenesis* 49, no. 1 (2008): 46-60.
8. На данный момент имеется огромное количество подтверждений того, что всевозможный жизненный опыт может менять экспрессию генов. Вот несколько примеров: D. Mehta et al., "Childhood Maltreatment Is Associated with Distinct Genomic and Epigenetic Profiles in Posttraumatic Stress Disorder", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 110, no. 20 (2013): 8302-7; P. O. McGowan, et al., "Epigenetic Regulation of the Glucocorticoid Receptor in Human Brain Associates with Childhood Abuse", *Nature Neuroscience* 12, no. 3 (2009): 342-48; M. N. Davies, et al., "Functional Annotation of the Human Brain Methylome Identifies Tissue-Specific Epigenetic Variation Across Brain and Blood", *Genome Biology* 13, no. 6 (2012): R43; M. Gunnar and K. Quevedo,

"The Neurobiology of Stress and Development", *Annual Review of Psychology* 58 (2007): 145-73; A. Sommershof, et al., "Substantial Reduction of Naive and Regulatory T Cells Following Traumatic Stress", *Brain, Behavior, and Immunity* 23, no. 8 (2009): 1117-24; N. Provencal, et al., "The Signature of Maternal Rearing in the Methylome in Rhesus Macaque Prefrontal Cortex and T Cells", *Journal of Neuroscience* 32, no. 44 (2012): 15626-42; B. Labonte, et al., "Genome-wide Epigenetic Regulation by Early-Life Trauma", *Archives of General Psychiatry* 69, no. 7 (2012): 722-31; A. K. Smith, et al., "Differential Immune System DNA Methylation and Cytokine Regulation in Post-traumatic Stress Disorder", *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics* 156B, no. 6 (2011): 700-8; M. Uddin, et al., "Epigenetic and Immune Function Profiles Associated with Posttraumatic Stress Disorder", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 107, no. 20 (2010): 9470-75.

9. C. S. Barr, et al., "The Utility of the Non-human Primate Model for Studying Gene by Environment Interactions in Behavioral Research", *Genes, Brain and Behavior* 2, no. 6 (2003): 336-40.

10. A. J. Bennett, et al., "Early Experience and Serotonin Transporter Gene Variation Interact to Influence Primate CNS Function", *Molecular Psychiatry* 7, no. 1 (2002): 118-22. См. также: C. S. Barr, et al., "Interaction Between Serotonin Transporter Gene Variation and Rearing Condition in Alcohol Preference and Consumption in Female Primates", *Archives of General Psychiatry* 61, no. 11 (2004): 1146; and C. S. Barr, et al., "Serotonin Transporter Gene Variation Is Associated with Alcohol Sensitivity in Rhesus Macaques Exposed to Early-Life Stress", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 27, no. 5 (2003): 812-17.

11. A. Roy, et al., "Interaction of FKBP5, a Stress-Related Gene, with Childhood Trauma Increases the Risk for Attempting Suicide", *Neuropsychopharmacology* 35, no. 8 (2010): 1674-83. См. также: M. A. Enoch, et al., "The Influence of GABRA2, Childhood Trauma, and Their Interaction on Alcohol, Heroin, and Cocaine Dependence", *Biological Psychiatry* 67 no. 1 (2010): 20-27; and A. Roy, et al., "Two HPA Axis Genes, CRHBP and FKBP5, Interact with Childhood Trauma to Increase the Risk for Suicidal Behavior", *Journal of Psychiatric Research* 46, no. 1 (2012): 72-79.

12. A. S. Masten and D. Cicchetti, "Developmental Cascades", *Development and Psychopathology* 22, no. 3 (2010): 491-95; S. L. Toth, et al., "Illogical Thinking and Thought Disorder in Maltreated Children", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 50, no. 7 (2011): 659-68; J. Willis, "Building a Bridge from Neuroscience to the Classroom", *Phi Delta Kappan* 89, no. 6 (2008): 424; I. M. Eigsti and D. Cicchetti, "The Impact of Child Maltreatment on Expressive Syntax at 60 Months", *Developmental Science* 7, no. 1 (2004): 88-102.

13. J. Spinazzola, et al., "Survey Evaluates Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents", *Psychiatric Annals* 35, no. 5 (2005): 433-39.

14. R. C. Kessler, C. B. Nelson, and K. A. McGonagle, "The Epidemiology of Co-occurring Addictive and Mental Disorders", *American Journal of Orthopsychiatry* 66, no. 1 (1996): 17-31. См. также: Institute of Medicine of the National Academies, *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder* (Washington: National Academies Press, 2008); and C. S. North, et al., "Toward Validation of the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder", *American Journal of Psychiatry* 166, no. 1 (2009): 34-40.

15. Joseph Spinazzola, et al., "Survey Evaluates Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents", *Psychiatric Annals* (2005).

16. Члены нашей рабочей группы: доктора Боб Пиноос, Фрэнк Путнэм, Гленн Сакс, Джулиан Форд, Джозеф Спинаццола, Мэрилин Клотр, Брэдли Столбах, Александр Макфарлейн, Алисия Либерман, Венди Д'Андреа, Мартин Тейхер и Данте Чиккетти.

17. Предложенные критерии для травматического расстройства развития можно найти в приложении.

18. <http://www.traumacenter.org/products/instruments.php>.

19. Подробнее про Сруфа можно прочитать на странице www.cehd.umn.edu/icd/people/faculty/cpsy/sroufe.html, а про долгосрочное исследование рисков и адаптаций в Миннесоте и связанных с ним публикациями по адресам: <http://www.cehd.umn.edu/icd/research/parent-child/> и <http://www.cehd.umn.edu/icd/research/parent-child/publications/>. См. также: L. A. Sroufe and W. A. Collins, *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood* (New York: Guilford Press, 2009); and L. A. Sroufe, "Attachment and Development: A Prospective, Longitudinal Study from Birth to Adulthood", *Attachment & Human Development* 7, no. 4 (2005): 349-67.

20. L. A. Sroufe, *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood* (New York: Guilford Press, 2005). Гарвардский исследователь Карлен Линос-Рут получила похожие данные с группой детей, которых она отслеживала на протяжении восемнадцати лет: беспорядочная привязанность, обратные роли и отсутствие взаимодействия с матерью в трехлетнем возрасте были главными факторами, предсказывающими наличие психических проблем в восемнадцатилетнем возрасте.

21. D. Jacobvitz and L. A. Sroufe, "The Early Caregiver-Child Relationship and Attention-Deficit Disorder with Hyperactivity in Kindergarten: A Prospective Study", *Child Development* 58, no. 6 (December 1987): 1496-504.

22. G. H. Elder Jr., T. Van Nguyen, and A. Caspi, "Linking Family Hardship to Children's Lives", *Child Development* 56, no. 2 (April 1985): 361-75.

23. У детей, которые пережили физическое насилие, вероятность диагностики расстройства поведения или вызывающего оппозиционного расстройства увеличивалась в три раза. Пренебрежение и сексуальное насилие удваивали вероятность развития тревожного расстройства. Психологическая

недоступность взрослых или сексуальное насилие удваивали вероятность развития ПТСР в будущем. Вероятность получения множественного диагноза составляла 54 процента для детей, переживших пренебрежение, 60 процентов в случае физического насилия и 73 процента в случае сексуального насилия.

24. Эта цитата была основана на работе Эмми Вернер, которая на протяжении сорока лет изучала 698 детей, родившихся на острове Куаи, начиная с 1955 года. Данное исследование показало, что у большинства детей, выросших в неустойчивых семьях, в будущем возникли проблемы с законом, психическим и физическим здоровьем, а также семейной стабильностью. Треть всех детей из группы повышенного риска продемонстрировали психологическую гибкость и стали заботливыми, состоявшимися и уверенными взрослыми. Среди защитных факторов можно было выделить: 1) Привлекательность ребенка, 2) сильная связь с кем-то из взрослых, помимо родителей (тетя, нянечка или учитель, например) и активное участие в жизни церкви или других общественных группах. E. E. Werner and R. S. Smith, *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood* (Ithaca, NY, and London: Cornell University Press, 1992)

25. P. K. Trickett, J. G. Noll, and F. W. Putnam, "The Impact of Sexual Abuse on Female Development: Lessons from a Multigenerational, Longitudinal Research Study", *Development and Psychopathology* 23 (2011): 453-76. См. также: J. G. Noll, P. K. Trickett, and F. W. Putnam, "A Prospective Investigation of the Impact of Childhood Sexual Abuse on the Development of Sexuality", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71 (2003): 575-86; P. K. Trickett, C. McBride-Chang, and F. W. Putnam, "The Classroom Performance and Behavior of Sexually Abused Females", *Development and Psychopathology* 6 (1994): 183-94; P. K. Trickett and F. W. Putnam, *Sexual Abuse of Females: Effects in Childhood* (Washington: National Institute of Mental Health, 1990-1993); F. W. Putnam and P. K. Trickett, *The Psychobiological Effects of Child Sexual Abuse* (New York: W. T. Grant Foundation, 1987).

26. Ни в одном из шестидесяти трех исследований расстройства регуляции настроения никто не задавал вопросы про привязанность, ПТСР, травму, детское насилие или пренебрежение. Слово «плохое обращение» вскользь употребляется лишь в одной из шестидесяти трех статей. Ничего не говорится про воспитание, семейную динамику или семейную психотерапию.

27. В приложении в конце руководства DSM можно найти так называемые V-коды: неофициальные диагнозы, которые не подлежат компенсации по страховке. Именно здесь и перечисляются жестокое и пренебрежительное обращение в детстве, физическое и сексуальное насилие над детьми.

28. Там же, p 121.

29. На момент написания данной книги руководство DSM-5 находилось на седьмом месте в списке самых продаваемых на «Амазоне» книг. Американская психиатрическая ассоциация заработала сто миллионов долларов на предыдущем издании справочника. Публикация этого руководства является основным источником дохода ассоциации.

30. Gary Greenberg, *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry* (New York: Penguin, 2013), 239.

31. В открытом письме АПА Дэвид Элкинс, председатель одного из подразделений АПА, пожаловался, что руководство DSM-5 было «основано на шатких доказательствах, небрежному отношению к здравоохранению, а также представлении психических расстройств как сугубо медицинских явлений». Его письмо было подписано почти пятью тысячами людей. Президент Американской ассоциации консультантов отправил письмо от имени 115 000 ее членов, покупающих это руководство, президенту АПА, также жалуюсь на недостаточную научную обоснованность руководства. Он призвал АПА «предоставить открытый доступ к работе научного редакционного комитета», назначенного ассоциацией для рассмотрения предложенных изменений, а также позволить оценку «всех имеющихся доказательств и данных внешними, независимыми экспертными группами».

32. Томан Инсел раньше проводил эксперименты по гормону привязанности окситоцину у приматов.

33. National Institute of Mental Health, "NIMH Research Domain Criteria (RDoC)", <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml>.

34. The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood (New York: Guilford Press, 2005).

35. B. A. van der Kolk, "Developmental Trauma Disorder: Toward a Rational Diagnosis for Children with Complex Trauma Histories", *Psychiatric Annals* 35, no. 5 (2005): 401-8; W. D'Andrea, et al., "Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis", *American Journal of Orthopsychiatry* 82 (2012): 187-200. J. D. Ford, et al., "Clinical Significance of a Proposed Developmental Trauma Disorder Diagnosis: Results of an International Survey of Clinicians", *Journal of Clinical Psychiatry* 74, no. 8 (2013): 841-49. Последние результаты исследования травматического расстройства развития доступны на нашем сайте: www.traumacenter.org.

36. J. J. Heckman, "Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children", *Science* 312, no. 5782 (2006): 1900-2.

37. D. Olds, et al., "Long-Term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior: 15-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial", *JAMA* 280, no. 14 (1998): 1238-44. См. также: J. Eckenrode, et al., "Preventing Child Abuse and Neglect with a Program of Nurse Home Visitation: The Limiting Effects of Domestic Violence", *JAMA* 284, no. 11 (2000): 1385-91; D. I. Lowell, et al., "A Randomized Controlled Trial of Child FIRST: A Comprehensive Home-Based Intervention Translating Research into Early Childhood Practice", *Child Development* 82, no. 1 (January/ February 2011): 193-208; S. T. Harvey and J. E. Taylor, "A Meta-Analysis of the Effects of Psychotherapy with Sexually Abused Children and Adolescents", *Clinical Psychology Review* 30, no. 5 (July 2010): 517-35; J. E. Taylor and S. T. Harvey, "A Meta-Analysis of the Effects of Psychotherapy with Adults Sexually Abused in Childhood", *Clinical Psychology Review* 30, no. 6 (August 2010): 749-67; Olds, Henderson, Chamberlin & Tatelbaum, 1986; B. C. Stolbach, et al., "Complex Trauma Exposure and Symptoms in Urban Traumatized Children: A

Preliminary Test of Proposed Criteria for Developmental Trauma Disorder", *Journal of Traumatic Stress* 26, no. 4 (August 2013): 483-91.

Глава 11. Раскрывая секреты. Проблема травматических воспоминаний

1. В отличие клинических консультаций, на которые распространяется врачебная тайна, судебные проверки являются публичными документами, которые предоставляются адвокатам, судам и судьям. Перед проведением судебной оценки я информирую об этом клиентов и предупреждаю, что все сказанное ими будет подлежать огласке.
2. K. A. Lee, et al., "A 50-Year Prospective Study of the Psychological Sequelae of World War II Combat", *American Journal of Psychiatry* 152, no. 4 (April 1995): 516-22.
3. J. L. McGaugh and M. L. Hertz, *Memory Consolidation* (San Fransisco: Albion Press, 1972); L. Cahill and J. L. McGaugh, "Mechanisms of Emotional Arousal and Lasting Declarative Memory", *Trends in Neurosciences* 21, no. 7 (1998): 294-99.
4. A. F. Arnsten, et al., "?-1 Noradrenergic Receptor Stimulation Impairs Prefrontal Cortical Cognitive Function", *Biological Psychiatry* 45, no. 1 (1999): 26-31. См. также: A. F. Arnsten, "Enhanced: The Biology of Being Frazzled", *Science* 280, no. 5370 (1998): 1711-12; S. Birnbaum, et al., "A Role for Norepinephrine in Stress-Induced Cognitive Deficits: ?-1-adrenoceptor Mediation in the Prefrontal Cortex", *Biological Psychiatry* 46, no. 9 (1999): 1266-74.
5. Y. D. Van Der Werf, et al. "Special Issue: Contributions of Talamic Nuclei to Declarative Memory Functioning", *Cortex* 39 (2003): 1047-62. См. также: B. M. Elzinga and J. D. Bremner, "Are the Neural Substrates of Memory the Final Common Pathway in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)?" *Journal of Affective Disorders* 70 (2002): 1-17; L. M. Shin, et al., "A Functional Magnetic Resonance Imaging Study of Amygdala and Medial Prefrontal Cortex Responses to Overtly Presented Fearful Faces in Posttraumatic Stress Disorder", *Archives of General Psychiatry* 62 (2005): 273-81; L. M. Williams, et al., "Trauma Modulates Amygdala and Medial Prefrontal Responses to Consciously Attended Fear", *NeuroImage* 29 (2006): 347-57; R. A. Lanius, et al., "Brain Activation During Script-Driven Imagery Induced Dissociative Responses in PTSD: A Functional Magnetic Resonance Imaging Investigation", *Biological Psychiatry* 52 (2002): 305-11; H. D Critchley, C. J. Mathias, and R. J. Dolan, "Fear Conditioning in Humans: The Influence of Awareness and Autonomic Arousal on Functional Neuroanatomy", *Neuron* 33 (2002): 653-63; M. Beauregard, J. Levesque, and P. Bourgouin, "Neural Correlates of Conscious Self-Regulation of Emotion", *Journal of Neuroscience* 21 (2001): RC165; K. N. Ochsner, et al., "For Better or for Worse: Neural Systems Supporting the Cognitive Down-and Up-Regulation of Negative Emotion", *NeuroImage* 23 (2004): 483-99; M. A. Morgan, L. M. Romanski, and J. E. LeDoux, et al., "Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex", *Neuroscience Letters* 163 (1993): 109-13; M. R. Milad and G. J. Quirk,

"Neurons in Medial Prefrontal Cortex Signal Memory for Fear Extinction", Nature 420 (2002): 70-74; and J. Amat, et al., "Medial Prefrontal Cortex Determines How Stressor Controllability Affects Behavior and Dorsal Raphe Nucleus", Nature Neuroscience 8 (2005): 365-71.

6. B. A. van der Kolk and R. Fisler, "Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study", Journal of Traumatic Stress 8, no. 4 (1995): 505-25.

7. Определение истерии словарем Free Dictionary, <http://www.thefreedictionary.com/hysteria>.

8. A. Young, The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1997). См. также: H. F. Ellenberger, The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry (New York: Basic Books, 2008).

9. T. Ribot, Diseases of Memory (New York: Appleton, 1887), 108-9; Ellenberger, Discovery of the Unconscious.

10. J. Breuer and S. Freud, "The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena", in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (London: Hogarth Press, 1893).

11. A. Young, Harmony of Illusions.

12. J. L. Herman, Trauma and Recovery (New York: Basic Books, 1997), 15.

13. A. Young, Harmony of Illusions. См. также: J. M. Charcot, Clinical Lectures on Certain Diseases of the Nervous System, vol. 3 (London: New Sydenham Society, 1888).

14. [http://en.wikipedia.org/wiki/File: Jean-Martin_Charcot_chronophotography.jpg](http://en.wikipedia.org/wiki/File:Jean-Martin_Charcot_chronophotography.jpg)

15. P. Janet, L'Automatisme psychologique (Paris: Felix Alcan, 1889).

16. Онно ван дер Харт познакомил меня с работой Жана и, пожалуй, является его величайшим живым последователем. Мне посчастливилось тесно сотрудничать с Онно в работе по краткому изложению идей Жана. B. A. van der Kolk and O. van der Hart, "Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma", American Journal of Psychiatry 146 (1989): 1530-40; B. A. van der Kolk and O. van der Hart, "The Intrusive Past: The Flexibility of Memory and the Engraving of Trauma", Imago 48 (1991): 425-54.

17. P. Janet, "L'amnesie et la dissociation des souvenirs par l'emotion" [Amnesia and the dissociation of memories by emotions], Journal de Psychologie 1 (1904): 417-53.

18. P. Janet, Psychological Healing (New York: Macmillan, 1925), 660.

19. P. Janet, L'Etat mental des hysteriques, 2nd ed. (Paris: Felix Alcan, 1911; repr. Marseille, France: Lafitte Reprints, 1983); P. Janet, The

Major Symptoms of Hysteria (London and New York: Macmillan, 1907; repr. New York: Hafner, 1965); P. Janet, *L'évolution de la memoire et de la notion du temps* (Paris: A. Chahine, 1928).

20. J. L. Titchener, "Posttraumatic Decline: A Consequence of Unresolved Destructive Drives", *Trauma and Its Wake* 2 (1986): 5-19.

21. J. Breuer and S. Freud, "The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena".

22. S. Freud and J. Breuer, "The Etiology of Hysteria", in the Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 3, ed. J. Strachy (London: Hogarth Press, 1962): 189-221.

23. З. Фрейд, «Три очерка по теории сексуальности». В стандартном издании "the Complete Psychological Works of Sigmund Freud", vol. 7 (London: Hogarth Press, 1962): 190: Для него проявления сексуальной деятельности имеют значение внутренние причины и внешние поводы; в случаях невротического заболевания можно угадать и те, и другие по форме симптомов, а при помощи психоаналитического исследования открыть полностью и те, и другие. О внутренних причинах речь будет ниже; случайные внешние поводы к этому времени приобретают большое и долго длящееся значение. На первом месте находится влияние соблазна, который относится к ребенку как к сексуальному объекту, и знакомит его при оставляющих глубокое впечатление обстоятельствах с удовлетворением, исходящим из генитальной зоны: впоследствии ребенок оказывается вынужденным онанистическим путем возобновлять это удовлетворение. Такое влияние может исходить от взрослых или от других детей; не могу не признать, что в моей статье в 1896 г. "Ueber die Aetiologie der Hysterie", я переоценил частоту или значение этого влияния, хотя еще не знал тогда, что и оставшиеся здоровыми индивиды могли иметь в детском возрасте такие же переживания, и потому придавал соблазну больше значения, чем факторам данной сексуальной конструкции и развития. Само собой разумеется, что нет необходимости в соблазне, чтобы пробудить сексуальную жизнь ребенка, что такое пробуждение возможно само по себе по внутренним причинам.

24. S. Freud, *Inhibitions Symptoms and Anxiety* (1914), 150. См. также: Strachey, *Standard Edition of the Complete Psychological Works*.

25. B. A. van der Kolk, *Psychological Trauma* (Washington, DC: American Psychiatric Press, 1986).

26. B. A. van der Kolk, "The Compulsion to Repeat the Trauma", *Psychiatric Clinics of North America* 12, no. 2 (1989): 389-411.

Глава 12. Невыносимая тяжесть воспоминаний

1. A. Young, *The Harmony of Illusions: Inventing Post-traumatic Stress Disorder* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1997), 84.

2. F. W. Mott, "Special Discussion on Shell Shock Without Visible Signs of Injury", *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 9 (1916): i - xliv. См. также: C. S. Myers, "A Contribution to the Study of Shell Shock", *Lancet* 1 (1915): 316-20; T. W. Salmon, "The Care and Treatment of Mental Diseases and War Neuroses ('Shell Shock') in the British Army", *Mental Hygiene* 1 (1917): 509-47; and E. Jones and S. Wessely, *Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf* (Hove, UK: Psychology Press, 2005).
3. J. Keegan, *The First World War* (New York: Random House, 2011).
4. A. D. Macleod, "Shell Shock, Gordon Holmes and the Great War". *Journal of the Royal Society of Medicine* 97, no. 2 (2004): 86-89; M. Eckstein, *Rites of Spring: The Great War and the Birth of the Modern Age* (Boston: Houghton Mifin, 1989).
5. Lord Southborough, *Report of the War Office Committee of Enquiry into "Shell-Shock"* (London: His Majesty's Stationery Office, 1922).
6. Лауреат Букеровской премии Пэт Баркер написал трогательную трилогию про работу армейского психиатра Уильяма Хэлс Риверса: P. Barker, *Regeneration* (London: Penguin UK, 2008); P. Barker, *The Eye in the Door* (New York: Penguin, 1995); P. Barker, *The Ghost Road* (London: Penguin UK, 2008). Дальнейшее обсуждение последствий Первой Мировой войны: A. Young, *Harmony of Illusions* and B. Shephard, *A War of Nerves, Soldiers and Psychiatrists 1914-1994* (London: Jonathan Cape, 2000).
7. J. H. Bartlett, *The Bonus March and the New Deal* (1937); R. Daniels, *The Bonus March: An Episode of the Great Depression* (1971).
8. E. M. Remarque, *All Quiet on the Western Front*, trans. A. W. Wheen (London: GP Putnam's Sons, 1929).
9. Там же, стр. 192-93.
10. Рассказ можно прочитать по ссылке:
<http://motlc.wiesenthal.com/site/pp.asp?c=gvKVLcMVIuG&b=395007>.
11. C. S. Myers, *Shell Shock in France 1914-1918* (Cambridge UK: Cambridge University Press, 1940).
12. A. Kardiner, *The Traumatic Neuroses of War* (New York: Hoeber, 1941).
13. [http://en.wikipedia.org/wiki/Let_There_Be_Light_\(film\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Let_There_Be_Light_(film)).
14. G. Greer and J. Oxenbould, *Daddy, We Hardly Knew You* (London: Penguin, 1990).
15. A. Kardiner and H. Spiegel, *War Stress and Neurotic Illness* (Oxford, UK: Hoeber, 1947).

16. D. J. Henderson, "Incest", in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2nd ed., eds. A. M. Freedman and H. I. Kaplan (Baltimore: Williams & Wilkins, 1974), 1536.

17. W. Sargent and E. Slater, "Acute War Neuroses", *The Lancet* 236, no. 6097 (1940): 1-2. См. также: G. Debenham, et al., "Treatment of War Neurosis", *The Lancet* 237, no. 6126 (1941): 107-9; and W. Sargent and E. Slater, "Amnesic Syndromes in War", *Proceedings of the Royal Society of Medicine (Section of Psychiatry)* 34, no. 12 (October 1941): 757-64.

18. В ходе каждого исследования воспоминаний о детском сексуальном насилии выяснялось, что определенный процент переживших сексуальное насилие людей забывали, а потом вспоминали о нем. См., например: B. A. van der Kolk and R. Fisler, "Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study", *Journal of Traumatic Stress* 8 (1995): 505-25; J. W. Hopper and B. A. van der Kolk, "Retrieving, Assessing, and Classifying Traumatic Memories: A Preliminary Report on Tree Case Studies of a New Standardized Method", *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 4 (2001): 33-71; J. J. Freyd and A. P. DePrince, eds., *Trauma and Cognitive Science* (Binghamton, NY: Haworth Press, 2001), 33-71; A. P. DePrince and J. J. Freyd, "The Meeting of Trauma and Cognitive Science: Facing Challenges and Creating Opportunities at the Crossroads", *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 4, no. 2 (2001): 1-8; D. Brown, A. W. Schefin, and D. Corydon Hammond, *Memory, Trauma Treatment and the Law* (New York: Norton, 1997); K. Pope and L. Brown, *Recovered Memories of Abuse: Assessment, Therapy, Forensics* (Washington, DC: American Psychological Association, 1996); and L. Terr, *Unchained Memories: True Stories of Traumatic Memories, Lost and Found* (New York: Basic Books, 1994).

19. E. F. Loftus, S. Polonsky, and M. T. Fullilove, "Memories of Childhood Sexual Abuse: Remembering and Repressing", *Psychology of Women Quarterly* 18, no. 1 (1994): 67-84. L. M. Williams, "Recall of Childhood Trauma: A Prospective Study of Women's Memories of Child Sexual Abuse", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, no. 6 (1994): 1167-76.

20. L. M. Williams, "Recall of Childhood Trauma".

21. L. M. Williams, "Recovered Memories of Abuse in Women with Documented Child Sexual Victimization Histories", *Journal of Traumatic Stress* 8, no. 4 (1995): 649-73.

22. The prominent neuroscientist Jaak Panksepp states in his most recent book: "Abundant preclinical work with animal models has now shown that memories that are retrieved tend to return to their memory banks with modifications". J. Panksepp and L. Biven, *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology (New York: W. W. Norton, 2012).

23. E. F. Loftus, "The Reality of Repressed Memories", *American Psychologist* 48, no. 5 (1993): 518-37. См. также: E. F. Loftus and K. Ketcham, *The Myth of Repressed Memory: False Memories and Allegations of Sexual Abuse* (New York: Macmillan, 1996).

24. J. F. Kihlstrom, "The Cognitive Unconscious", *Science* 237, no. 4821 (1987): 1445-52.
25. E. F. Loftus, "Planting Misinformation in the Human Mind: A 30-Year Investigation of the Malleability of Memory", *Learning & Memory* 12, no. 4 (2005): 361-66.
26. B. A. van der Kolk and R. Fisler, "Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study", *Journal of Traumatic Stress* 8, no. 4 (1995): 505-25.
27. Мы подробнее поговорим об этом в четырнадцатой главе.
28. L. L. Langer, *Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory* (New Haven, CT: Yale University Press, 1991).
29. Там же, с. 5.
30. L. L. Langer, Указанная публикация., с. 21.
31. L. L. Langer, Указанная публикация., с. 34.
32. J. Osterman and B. A. van der Kolk, "Awareness During Anaesthesia and Posttraumatic Stress Disorder", *General Hospital Psychiatry* 20 (1998): 274-81. См. также: K. Kiviniemi, "Conscious Awareness and Memory During General Anesthesia", *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists* 62 (1994): 441-49; A. D. Macleod and E. Maycock, "Awareness During Anesthesia and Post Traumatic Stress Disorder", *Anesthesia and Intensive Care* 20, no. 3 (1992) 378-82; F. Guerra, "Awareness and Recall: Neurological and Psychological Complications of Surgery and Anesthesia", in *International Anesthesiology Clinics*, vol. 24. ed. B. T. Hindman (Boston: Little, Brown, 1986), 75-99; J. Eldor and D. Z. N. Frankel, "Intra-anesthetic Awareness", *Resuscitation* 21 (1991): 113-19; J. L. Breckenridge and A. R. Aitkenhead, "Awareness During Anesthesia: A Review", *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 65, no. 2 (1983), 93.

Глава 13. Исцеление от травмы: владение самим собой

1. «Самоуправление» – это термин, использованный Диком Шварцем в терапии внутренних семейных систем, которой посвящена семнадцатая глава.
2. Исключение составляет методики Пессо и Шварца подробно описанные в семнадцатой и восемнадцатой главах. Я сам их практикую, и лично мне они помогли, хотя я не занимался их научным изучением – пока еще.
3. A. F. Arnsten, "Enhanced: The Biology of Being Frazzled", *Science* 280, no. 5370 (1998): 1711-12; A. Arnsten, "Stress Signalling Pathways Tat

Impair Prefrontal Cortex Structure and Function", *Nature Reviews Neuroscience* 10, no. 6 (2009): 410-22.

4. D. J. Siegel, *The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration* (New York: W. W. Norton, 2010).

5. J. E. LeDoux, "Emotion Circuits in the Brain", *Annual Review of Neuroscience* 23, no. 1 (2000): 155-84. См. также: M. A. Morgan, L. M. Romanski, and J. E. LeDoux, "Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex", *Neuroscience Letters* 163, no. 1 (1993): 109-13; and J. M. Moscarello and J. E. LeDoux, "Active Avoidance Learning Requires Prefrontal Suppression of Amygdala-Mediated Defensive Reactions", *Journal of Neuroscience* 33, no. 9 (2013): 3815-23.

6. S. W. Porges, "Stress and Parasympathetic Control", *Stress Science: Neuroendocrinology* 306 (2010). См. также: S. W. Porges, "Reciprocal Influences Between Body and Brain in the Perception and Expression of Affect", in *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology (New York: W. W. Norton, 2009), 27.

7. B. A. van der Kolk, et al., "Yoga as an Adjunctive Treatment for PTSD", *Journal of Clinical Psychiatry* 75, no. 6 (June 2014): 559-65.

8. Sebern F. Fisher, *Neurofeed back in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain* (New York: W. W. Norton & Company, 2014).

9. R. P. Brown and P. L. Gerbarg, "Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression-Part II: Clinical Applications and Guidelines", *Journal of Alternative & Complementary Medicine* 11, no. 4 (2005): 711-17. См. также: C. L. Mandle, et al., "The Efficacy of Relaxation Response Interventions with Adult Patients: A Review of the Literature", *Journal of Cardiovascular Nursing* 10 (1996): 4-26; and M. Nakao, et al., "Anxiety Is a Good Indicator for Somatic Symptom Reduction Through Behavioral Medicine Intervention in a Mind/Body Medicine Clinic", *Psychotherapy and Psychosomatics* 70 (2001): 50-57.

10. C. Hannaford, *Smart Moves: Why Learning Is Not All in Your Head* (Arlington, VA: Great Ocean Publishers, 1995), 22207-3746.

11. J. Kabat-Zinn, *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness* (New York: Bantam Books, 2013). См. также: D. Fosha, D. J. Siegel, and M. Solomon, eds., *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*, Norton Series on Interpersonal Neurobiology (New York: W. W. Norton, 2011); and B. A. van der Kolk, "Posttraumatic Therapy in the Age of Neuroscience", *Psychoanalytic Dialogues* 12, no. 3 (2002): 381-92.

12. Как мы видели в пятой главе, на снимках мозга пациентов с ПТСР видно изменение активности в участках, связанных с сетью по умолчанию, которая задействована в автобиографической памяти и самовосприятии.

13. P. A. Levine, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness* (Berkeley, CA: North Atlantic, 2010).
14. P. Ogden, *Trauma and the Body* (New York: Norton, 2009). См. также: A. Y. Shalev, "Measuring Outcome in Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Clinical Psychiatry* 61, supp. 5 (2000): 33-42.
15. I. Kabat-Zinn, *Full Catastrophe Living*. стр. xx.
16. S. G. Hofmann, et al., "The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78, no. 2 (2010): 169-83; J. D. Teasdale, et al., "Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (2000): 615-23. См. также: Britta K. Holzel, et al., "How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective", *Perspectives on Psychological Science* 6, no. 6 (2011): 537-59; and P. Grossman, et al., "Mindfulness-Based Stress Reduction and Health Benefits: A Meta-Analysis", *Journal of Psychosomatic Research* 57, no. 1 (2004): 35-43.
17. Нейронные контуры мозга, задействованные в медитации самоосознанности, хорошо известны, они улучшают регуляцию внимания и помогают не мешать эмоциональным реакциям выполнять задачи, требующие концентрации внимания. См.: L. E. Carlson, et al., "One Year Pre-Post Intervention Follow-up of Psychological, Immune, Endocrine and Blood Pressure Outcomes of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in Breast and Prostate Cancer Outpatients", *Brain, Behavior, and Immunity* 21, no. 8 (2007): 1038-49; and R. J. Davidson, et al., "Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation", *Psychosomatic Medicine* 65, no. 4 (2003): 564-70.
18. Бритта Хейцель вместе с коллегами подробно исследовала медитацию и функции мозга, показав, что она задействует дорсомедиальную префронтальную кору, вентролатеральную префронтальную кору и ростральный отдел передней поясной коры. См.: B. K. Holzel, et al., "Stress Reduction Correlates with Structural Changes in the Amygdala", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 5 (2010): 11-17; B. K. Holzel, et al., "Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density", *Psychiatry Research* 191, no. 1 (2011): 36-43; B. K. Holzel, et al., "Investigation of Mindfulness Meditation Practitioners with Voxel-Based Morphometry", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 3, no. 1 (2008): 55-61; and B. K. Holzel, et al., "Differential Engagement of Anterior Cingulate and Adjacent Medial Frontal Cortex in Adept Meditators and Non-meditators", *Neuroscience Letters* 421, no. 1 (2007): 16-21.
19. Основной задействованной структурой мозга является передняя островковая доля. См.: A. D. Craig, "Interoception: The Sense of the Physiological Condition of the Body", *Current Opinion on Neurobiology* 13 (2003): 500-5; Critchley, Wiens, Rotshtein, Ohman, and Dolan, 2004; N. A. S. Farb, Z. V. Segal, H. Mayberg, J. Bean, D. McKeon, Z. Fatima, et al., "Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2 (2007): 313-22.; J. A. Grant, J. Courtemanche, E. G. Duerden, G. H.

Duncan, and P. Rainville, "Cortical Tickness and Pain Sensitivity in Zen Meditators", *Emotion* 10, no. 1 (2010): 43-53.

20. S. J. Banks, et al., "Amygdala-Frontal Connectivity During Emotion-Regulation", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2, no. 4 (2007): 303-12. См. также: M. R. Milad, et al., "Tickness of Ventromedial Prefrontal Cortex in Humans Is Correlated with Extinction Memory", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 102, no. 30 (2005): 10706-11; and S. L. Rauch, L. M. Shin, and E. A. Phelps, "Neurocircuitry Models of Posttraumatic Stress Disorder and Extinction: Human Neuroimaging Research - Past, Present, and Future", *Biological Psychiatry* 60, no. 4 (2006): 376-82.

21. A. Freud and D. T. Burlingham, *War and Children* (New York: New York University Press, 1943).

22. Люди по-разному справляются с невыносимыми переживаниями: с помощью диссоциации (отключки, отрешенности), деперсонализации (когда такое чувство, что это происходит не с тобой) и дереализации (когда кажется, что происходящее нереально).

23. Мои коллеги из Justice Resource Institute создали лечебную программу для подростков, в которой используются многие обсужденные в этой книги методы лечения травмы, включая йогу, сенсорную интеграцию, нейробиологическую обратную связь и театр. <http://www.jri.org/vanderkolk/about>. Всеобъемлющая терапевтическая модель - привязанность, саморегуляция и компетенция (ARC) была разработана моими коллегами Маргарет Блаустейн и Кристин Киннебург. Margaret E. Blaustein, and Kristine M. Kinniburgh, *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to Foster Resilience Through Attachment, Self-Regulation, and Competency* (New York: Guilford Press, 2012).

24. C. K. Chandler, *Animal Assisted Therapy in Counseling* (New York: Routledge, 2011). См. также: A. J. Cleveland, "Therapy Dogs and the Dissociative Patient: Preliminary Observations", *Dissociation* 8, no. 4 (1995): 247-52; and A. Fine, *Handbook on Animal Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice* (San Diego: Academic Press, 2010).

25. E. Warner, et al., "Can the Body Change the Score? Application of Sensory Modulation Principles in the Treatment of Traumatized Adolescents in Residential Settings", *Journal of Family Violence* 28, no. 7 (2013): 729-38. См. также: A. J. Ayres, *Sensory Integration and Learning Disorders* (Los Angeles: Western Psychological Services, 1972); H. Hodgdon, et al., "Development and Implementation of Trauma-Informed Programming in Residential Schools Using the ARC Framework", *Journal of Family Violence* 27, no. 8 (2013); J. LeBel, et al., "Integrating Sensory and Trauma-Informed Interventions: A Massachusetts State Initiative, Part 1", *Mental Health Special Interest Section Quarterly* 33, no. 1 (2010): 1-4.

26. Казалось, они активировали вестибулярно-мозжечковую систему мозга, которая, судя по всему, задействована в саморегуляции и может быть повреждена пренебрежительным отношением в раннем детстве.

27. Aaron R. Lyon and Karen S. Budd, "A Community Mental Health Implementation of Parent - Child Interaction Therapy (PCIT)", *Journal of Child and Family Studies* 19, no. 5 (2010): 654-68. См. также: Anthony J. Urquiza and Cheryl Bodiford McNeil, "Parent-Child Interaction Therapy: An Intensive Dyadic Intervention for Physically Abusive Families", *Child Maltreatment* 1, no 2 (1996): 134-44; J. Borrego Jr., et al. "Research Publications", *Child and Family Behavior Therapy* 20: 27-54.

28. B. A. van der Kolk, et al., "Fluoxetine in Post Traumatic Stress", *Journal of Clinical Psychiatry* (1994): 517-22.

29. P. Ogden, K. Minton, and C. Pain, *Trauma and the Body* (New York: Norton, 2010); P. Ogden and J. Fisher, *Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment* (New York: Norton, 2014).

30. P. Levine, *In an Unspoken Voice* (Berkeley, CA: North Atlantic Books); P. Levine, *Waking the Tiger* (Berkeley, CA: North Atlantic Books).

31. Подробнее об этой методике читайте по ссылке:
<http://modelmugging.org/>.

32. S. Freud, *Remembering, Repeating, and Working Through* (Further Recommendations on the Technique of Psychoanalysis II), standard ed. (London: Hogarth Press, 1914), p. 371.

33. E. Santini, R. U. Muller, and G. J. Quirk, "Consolidation of Extinction Learning Involves Transfer from NMDA-Independent to NMDA-Dependent Memory", *Journal of Neuroscience* 21 (2001): 9009-17.

34. E. B. Foa and M. J. Kozak, "Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information", *Psychological Bulletin* 99, no. 1 (1986): 20-35.

35. C. R. Brewin, "Implications for Psychological Intervention", in *Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive, and Clinical Perspectives*, ed. J. J. Vasterling and C. R. Brewin (New York: Guilford, 2005), 272.

36. T. M. Keane, "The Role of Exposure Therapy in the Psychological Treatment of PTSD", *National Center for PTSD Clinical Quarterly* 5, no. 4 (1995): 1-6.

37. E. B. Foa and R. J. McNally, "Mechanisms of Change in Exposure Therapy", in *Current Controversies in the Anxiety Disorders*, ed. R. M. Rapee (New York: Guilford, 1996), 329-43.

38. J. D. Ford and P. Kidd, "Early Childhood Trauma and Disorders of Extreme Stress as Predictors of Treatment Outcome with Chronic PTSD", *Journal of Traumatic Stress* 18 (1998): 743-61. См. также: A. McDonagh-Coyle, et al., "Randomized Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73, no. 3 (2005): 515-24; Institute of Medicine of the National Academies, *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of*

the Evidence (Washington, DC: National Academies Press, 2008); and R. Bradley, et al., "A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD", *American Journal of Psychiatry* 162, no. 2 (2005): 214-27.

39. J. Bisson, et al., "Psychological Treatments for Chronic Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis", *British Journal of Psychiatry* 190 (2007): 97-104. См. также: L. H. Jaycox, E. B. Foa, and A. R. Morrall, "Influence of Emotional Engagement and Habituation on Exposure Therapy for PTSD", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66 (1998): 185-92.

40. «Количество выбывших участников: при методе продолжительного воздействия: (n = 53 [38 %]); при терапии, сосредоточенной на настоящем (n = 30 [21 %]) (P = 0,002). В контрольной группе также был высокий уровень жертв: две смерти не от самоубийств, 9 психиатрических госпитализаций и три попытки самоубийства». P. P. Schnurr, et al., "Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Women", *JAMA* 297, no. 8 (2007): 820-30.

41. R. Bradley, et al., "A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD", *American Journal of Psychiatry* 162, no. 2 (2005): 214-27.

42. J. H. Jaycox and E. B. Foa, "Obstacles in Implementing Exposure Therapy for PTSD: Case Discussions and Practical Solutions", *Clinical Psychology and Psychotherapy* 3, no. 3 (1996): 176-84. См. также: E. B. Foa, D. Hearst-Ikeda, and K. J. Perry, "Evaluation of a Brief Cognitive-Behavioral Program for the Prevention of Chronic PTSD in Recent Assault Victims", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63 (1995): 948-55.

43. Личный разговор с Александром Макфарлейном.

44. R. K. Pitman, et al., "Psychiatric Complications During Flooding Therapy for Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Clinical Psychiatry* 52, no. 1 (January 1991): 17-20.

45. Jean Decety, Kalina J. Michalska, and Katherine D. Kinzler, "The Contribution of Emotion and Cognition to Moral Sensitivity: A Neurodevelopmental Study", *Cerebral Cortex* 22, no. 1 (2012): 209-20; Jean Decety and C. Daniel Batson, "Neuroscience Approaches to Interpersonal Sensitivity", *Social Neuroscience*, 2, nos. 3-4 (2007).

46. K. H. Seal, et al., "VA Mental Health Services Utilization in Iraq and Afghanistan Veterans in the First Year of Receiving New Mental Health Diagnoses", *Journal of Traumatic Stress* 23 (2010): 5-16.

47. L. Jerome, "(+/-)-3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "Ecstasy") Investigator's Brochure", December 2007, доступно по ссылке:

www.maps.org/research/mdma/protocol/ib_mdma_new08.pdf (ссылка была доступна 16 августа 2012).

48. John H. Krystal, et al. "Chronic 3, 4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) use: Effects on mood and neuropsychological function", *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 18.3 (1992): 331-341.

49. Michael C. Mithoefer, et al., "The Safety and Efficacy of \pm 3,4-methylenedioxy methamphetamine-assisted Psychotherapy in Subjects with Chronic, Treatment-resistant Posttraumatic Stress Disorder: The First Randomized Controlled Pilot Study", *Journal of Psychopharmacology* 25.4 (2011): 439-452; M. C. Mithoefer, et al., "Durability of Improvement in Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Absence of Harmful Effects or Drug Dependency after 3,4-Methylenedioxy methamphetamine-Assisted Psychotherapy: A Prospective Long-Term Follow-up Study", *Journal of Psychopharmacology* 27, no. 1 (2013): 28-39.

50. J. D. Bremner, "Neurobiology of Posttraumatic Stress Disorder", in *Posttraumatic Stress Disorder: A Critical Review*, ed. R. S. Rynoos (Lutherville, MD: Sidran Press, 1994), 43-64.

51.

<http://cdn.nextgov.com/nextgov/interstitial.html?v=2.1.1&rf=http%3A%2F%2Fwww.nextgov.com%2Fhealth%2F2011%2F01%2Fmilitarys-drug-policy-threatens-troops-health-doctors-say%2F48321%2F>.

52. J. R. T. Davidson, "Drug Therapy of Posttraumatic Stress Disorder", *British Journal of Psychiatry* 160 (1992): 309-14. См. также: R. Famularo, R. Kinscherf, and T. Fenton, "Propranolol Treatment for Childhood Posttraumatic Stress Disorder Acute Type", *American Journal of Disorders of Childhood* 142 (1988): 1244-47; F. A. Fesler, "Valproate in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Clinical Psychiatry* 52 (1991): 361-64; B. H. Herman, et al., "Naltrexone Decreases Self-Injurious Behavior", *Annals of Neurology* 22 (1987): 530-34; and B. A. van der Kolk, et al., "Fluoxetine in Posttraumatic Stress Disorder".

53. B. Van der Kolk, et al., "A Randomized Clinical Trial of EMDR, Fluoxetine and Pill Placebo in the Treatment of PTSD: Treatment Effects and Long-Term Maintenance", *Journal of Clinical Psychiatry* 68 (2007): 37-46.

54. R. A. Bryant, et al., "Treating Acute Stress Disorder: An Evaluation of Cognitive Behavior Therapy and Supportive Counseling Techniques", *American Journal of Psychiatry* 156, no. 11 (November 1999): 1780-86; N. P. Roberts, et al., "Early Psychological Interventions to Treat Acute Traumatic Stress Symptoms", *Cochran Database of Systematic Reviews* 3 (March 2010).

55. Сюда относится антагонист альфа-1 рецептора празозин, антагонист альфа-2 рецептора клонидин, антагонист бета-рецептора пропранолол. См.: M. J. Friedman and J. R. Davidson, "Pharmacotherapy for PTSD", in *Handbook of PTSD: Science and Practice*, ed. M. J. Friedman, T. M. Keane, and P. A. Resick (New York: Guilford Press, 2007), 376.

56. M. A. Raskind, et al., "A Parallel Group Placebo Controlled Study of Prazosin for Trauma Nightmares and Sleep Disturbance in Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder", *Biological Psychiatry* 61, no. 8

(2007): 928-34; F. B. Taylor, et al., "Prazosin Effects on Objective Sleep Measures and Clinical Symptoms in Civilian Trauma Posttraumatic Stress Disorder: A Placebo-Controlled Study", *Biological Psychiatry* 63, no. 6 (2008): 629-32.

57. Литий, ламотригин, карбамазепин, дивалпроэкс, габапентин и топирамат могут помочь справиться со связанной с травмой агрессией и раздражительностью. Вальпроат показал себя эффективным в некоторых зарегистрированных случаях пациентов с ПТСР, включая ветеранов с хроническим ПТСР. Friedman and Davidson, "Pharmacotherapy for PTSD"; F. A. Fesler, "Valproate in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Clinical Psychiatry* 52, no. 9 (1991): 361-64. Следующее исследование показало снижение баллов по шкале симптомов ПТСР на 37,4 процента: S. Akuchekian and S. Amanat, "The Comparison of Topiramate and Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized, Double-Blind Study", *Journal of Research in Medical Sciences* 9, no. 5 (2004): 240-44.

58. G. Bartzokis, et al., "Adjunctive Risperidone in the Treatment of Chronic Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder", *Biological Psychiatry* 57, no. 5 (2005): 474-79. См. также: D. B. Reich, et al., "A Preliminary Study of Risperidone in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Abuse in Women", *Journal of Clinical Psychiatry* 65, no. 12 (2004): 1601-6.

59. Другие методы включают те, что обычно помогают травмированным людям уснуть, такие как антидепрессант тразодон, приложения с бинауральными ритмами, свето-звуковые машины, такие как Proteus (www.brainmachines.com), мониторы ВРС, такие как hearthmath (<http://www.hearthmath.com>) и iRest, а также эффективные методики на основе йоги (<http://www.iorest.us>).

60. D. Wilson, "Child's Ordeal Shows Risks of Psychosis Drugs for Young", *New York Times*, September 1, 2010, доступно по ссылке:

http://www.nytimes.com/2010/09/02/business/02kids.html?pagewanted=all&_r=0

61. M. Olfson, et al., "National Trends in the Ofce-Based Treatment of Children, Adolescents, and Adults with Antipsychotics", *Archives of General Psychiatry* 69, no. 12 (2012): 1247-56.

62. E. Harris, et al., "Perspectives on Systems of Care: Concurrent Mental Health Therapy Among Medicaid-Enrolled Youths Starting Antipsychotic Medications", *FOCUS* 10, no. 3 (2012): 401-7.

63. B. A. van der Kolk, "The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress", *Harvard Review of Psychiatry* 1, no. 5 (1994): 253-65.

64. B. Brewin, "Mental Illness Is the Leading Cause of Hospitalization for Active-Duty Troops", *Nextgov.com*, May 17, 2012, <http://www.nextgov.com/health/2012/05/mental-illness-leading-cause-hospitalization-active-duty-troops/55797/>.

65. Mental health drug expenditures, Department of Veterans affairs.

<http://www.veterans.senate.gov/imo/media/doc/For%20the%20Record%20-%20CCHR%204.30.14.pdf>.

Глава 14. Слова: чудо и тирания

1. Dr. Spencer Eth to Bessel A. van der Kolk, March 2002.

2. J. Breuer and S. Freud, "The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena", in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (London: Hogarth Press, 1893). J. Breuer and S. Freud, *Studies on Hysteria* (New York: Basic Books, 2009).

3. T. E. Lawrence, *Seven Pillars of Wisdom* (New York: Doubleday, 1935).

4. E. B. Foa, et al., "The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation", *Psychological Assessment* 11, no. 3 (1999): 303-14.

5. K. Marlantes, *What It Is Like to Go to War* (New York: Grove Press, 2011).

6. Там же, стр. 114.

7. Там же, стр. 129.

8. H. Keller, *The World I Live In* (1908), ed. R. Shattuck (New York: NYRB Classics, 2004). См. также: R. Shattuck, "A World of Words", *New York Review of Books*, February 26, 2004.

9. H. Keller, *The Story of My Life*, ed. R. Shattuck and D. Herrmann (New York: Norton, 2003).

10. W. M. Kelley, et al., "Finding the Self? An Event-Related fMRI Study", *Journal of Cognitive Neuroscience* 14, no. 5 (2002): 785-94. См. также: N. A. Farb, et al., "Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2, no. 4 (2007): 313-22. P. M. Niedenthal, "Embodying Emotion", *Science* 316, no. 5827 (2007): 1002-5; and J. M. Allman, "The Anterior Cingulate Cortex", *Annals of the New York Academy of Sciences* 935, no. 1 (2001): 107-17.

11. J. Kagan, dialogue with the Dalai Lama, Massachusetts Institute of Technology, 2006. <http://www.mindandlife.org/about/history/>.

12. A. Goldman and F. de Vignemont, "Is Social Cognition Embodied?" *Trends in Cognitive Sciences* 13, no. 4 (2009): 154-59. См. также: A. D. Craig, "How Do You Feel-Now? The Anterior Insula and Human Awareness", *Nature Reviews Neuroscience* 10 (2009): 59-70; H. D. Critchley, "Neural

Mechanisms of Autonomic, Affective, and Cognitive Integration", *Journal of Comparative Neurology* 493, no. 1 (2005): 154-66; T. D. Wager, et al., "Prefrontal-Subcortical Pathways Mediating Successful Emotion Regulation", *Neuron* 59, no. 6 (2008): 1037-50; K. N. Ochsner, et al., "Rethinking Feelings: An fMRI Study of the Cognitive Regulation of Emotion", *Journal of Cognitive Neuroscience* 14, no. 8 (2002): 1215-29; A. D'Argembeau, et al., "Self-Reflection Across Time: Cortical Midline Structures Differentiate Between Present and Past Selves", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 3, no. 3 (2008): 244-52; Y. Ma, et al., "Sociocultural Patterning of Neural Activity During Self-Reflection", *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 9, no. 1 (2014): 73-80; R. N. Spreng, R. A. Mar, and A. S. Kim, "The Common Neural Basis of Autobiographical Memory, Propection, Navigation, Theory of Mind, and the Default Mode: A Quantitative Meta-Analysis", *Journal of Cognitive Neuroscience* 21, no. 3 (2009): 489-510; H. D. Critchley, "The Human Cortex Responds to an Interoceptive Challenge", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 101, no. 17 (2004): 6333-34; and C. Lamm, C. D. Batson, and J. Decety, "The Neural Substrate of Human Empathy: Effects of Perspective-Taking and Cognitive Appraisal", *Journal of Cognitive Neuroscience* 19, no. 1 (2007): 42-58.

13. J. W. Pennebaker, *Opening Up: The Healing Power of Expressing Emotions* (New York: Guilford Press, 2012), 12.

14. Там же, стр. 19.

15. Там же, стр. 35.

16. Там же, стр. 50.

17. J. W. Pennebaker, J. K. Kiecolt-Glaser, and R. Glaser, "Disclosure of Traumas and Immune Function: Health Implications for Psychotherapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56, no. 2 (1988): 239-45.

18. D. A. Harris, "Dance/ Movement Therapy Approaches to Fostering Resilience and Recovery Among African Adolescent Torture Survivors", *Torture* 17, no. 2 (2007): 134-55; M. Bensimon, D. Amir, and Y. Wolf, "Drumming Through Trauma: Music Therapy with Posttraumatic Soldiers", *Arts in Psychotherapy* 35, no. 1 (2008): 34-48; M. Weltman, "Movement Therapy with Children Who Have Been Sexually Abused", *American Journal of Dance Therapy* 9, no. 1 (1986): 47-66; H. Englund, "Death, Trauma and Ritual: Mozambican Refugees in Malawi", *Social Science & Medicine* 46, no. 9 (1998): 1165-74; H. Teferi, *Building on Traditional Strengths: The Unaccompanied Refugee Children from South Sudan* (1996); D. Tolfree, *Restoring Playfulness: Different Approaches to Assisting Children Who Are Psychologically Affected by War or Displacement* (Stockholm: Radda Barnen, 1996), 158-73; N. Boothby, "Mobilizing Communities to Meet the Psychosocial Needs of Children in War and Refugee Crises", in *Minefields in Their Hearts: The Mental Health of Children in War and Communal Violence*, ed. R. Apfel and B. Simon (New Haven, CT: Yale University Press, 1996), 149-64; S. Sandel, S. Chaiklin, and A. Lohn, *Foundations of Dance/ Movement Therapy: The Life and Work of Marian Chace* (Columbia, MD: American Dance Therapy Association, 1993); K. Callaghan, "Movement Psychotherapy with Adult Survivors of Political Torture and Organized

Violence", *Arts in Psychotherapy* 20, no. 5 (1993): 411-21; A. E. L. Gray, "The Body Remembers: Dance Movement Therapy with an Adult Survivor of Torture", *American Journal of Dance Therapy* 23, no. 1 (2001): 29-43.

19. A. M. Krantz, and J. W. Pennebaker, "Expressive Dance, Writing, Trauma, and Health: When Words Have a Body", *Whole Person Healthcare* 3 (2007): 201-29.

20. P. Fussell, *The Great War and Modern Memory* (London: Oxford University Press, 1975).

21. Эти результаты были повторно получены в следующих исследованиях: J. D. Bremner, "Does Stress Damage the Brain?" *Biological Psychiatry* 45, no. 7 (1999): 797-805; I. Liberzon, et al., "Brain Activation in PTSD in Response to Trauma-Related Stimuli", *Biological Psychiatry* 45, no. 7 (1999): 817-26; L. M. Shin, et al., "Visual Imagery and Perception in Posttraumatic Stress Disorder: A Positron Emission Tomographic Investigation", *Archives of General Psychiatry* 54, no. 3 (1997): 233-41; L. M. Shin, et al., "Regional Cerebral Blood Flow During Script-Driven Imagery in Childhood Sexual Abuse - Related PTSD: A PET Investigation", *American Journal of Psychiatry* 156, no. 4 (1999): 575-84.

22. Не уверен, от кого пошел этот термин - от меня или от Питера Левина. У меня есть видео, на котором он утверждает, что от меня, однако большую часть того, что знаю о раскачивании, я узнал от него.

23. Существует немного доказательств того, что сенсорная/акупунктурная стимуляция дает лучший результат, чем традиционные методики релаксации (www.vetcases.com). D. Church, et al., "Single-Session Reduction of the Intensity of Traumatic Memories in Abused Adolescents After EFT: A Randomized Controlled Pilot Study", *Traumatology* 18, no. 3 (2012): 73-79; and D. Feinstein and D. Church, "Modulating Gene Expression Through Psychotherapy: The Contribution of Noninvasive Somatic Interventions", *Review of General Psychology* 14, no. 4 (2010): 283-95.

24. T. Gil, et al., "Cognitive Functioning in Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Traumatic Stress* 3, no. 1 (1990): 29-45; J. J. Vasterling, et al., "Attention, Learning, and Memory Performances and Intellectual Resources in Vietnam Veterans: PTSD and No Disorder Comparisons", *Neuropsychology* 16, no. 1 (2002): 5.

25. В ходе исследования с применением методов нейровизуализации у пациентов с ПТСР в ответ на нейтральные слова деактивировались речевые центры мозга, область Брока. Другими словами, снижение активности области Брока, обнаруженное нами у пациентов с ПТСР (см. третью главу), происходило не только в ответ на травматические воспоминания, но и когда их просили обратить внимание на нейтральные слова. Это означает, что пациентам с ПТСР гораздо сложнее выразить свои чувства и мысли о рядовых событиях. Кроме того, у группы с ПТСР была заниженная активность медиальной префронтальной коры, участка лобной доли, который, как мы уже видели, отвечает за самосознание и подавляет активацию миндалевидного тела, дымового датчика нашего мозга. Из-за этого им сложнее бороться с реакцией страха своего мозга в ответ на простейшую речевую задачу, и, как следствие, им сложнее концентрировать свое внимание и жить своей жизнью.

См.: K. A. Moores, C. R. Clark, A. C. McFarlane, G. C. Brown, A. Puce, and D. J. Taylor, "Abnormal Recruitment of Working Memory Updating Networks During Maintenance of Trauma-neutral Information in Posttraumatic Stress Disorder", *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 163(2), 156-170.

26. J. Breuer and S. Freud, "The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena", in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (London: Hogarth Press, 1893).

27. D. L. Schacter, *Searching for Memory* (New York: Basic Books, 1996).

Глава 15. Отпуская прошлое

1. F. Shapiro, *EMDR: The Breakthrough Eye Movement Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma* (New York: Basic Books, 2004).

2. B. A. van der Kolk, et al., "A Randomized Clinical Trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Fluoxetine, and Pill Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Treatment Effects and Long-Term Maintenance", *Journal of Clinical Psychiatry* 68, no. 1 (2007): 37-46.

3. J. G. Carlson, et al., "Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Traumatic Stress* 11, no. 1 (1998): 3-24.

4. J. D. Payne, et al., "Sleep Increases False Recall of Semantically Related Words in the Deese-Roediger-McDermott Memory Task", *Sleep* 29 (2006): A373.

5. B. A. van der Kolk and C. P. Ducey, "The Psychological Processing of Traumatic Experience: Rorschach Patterns in PTSD", *Journal of Traumatic Stress* 2, no. 3 (1989): 259-74.

6. M. Jouvet, *The Paradox of Sleep: The Story of Dreaming*, trans. Laurence Garey (Cambridge, MA: MIT Press, 1999).

7. R. Greenwald, "Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): A New Kind of Dreamwork?" *Dreaming* 5, no. 1 (1995): 51-55.

8. R. Cartwright, et al., "REM Sleep Reduction, Mood Regulation and Remission in Untreated Depression", *Psychiatry Research* 121, no. 2 (2003): 159-67. См. также: R. Cartwright, et al., "Role of REM Sleep and Dream Affect in Overnight Mood Regulation: A Study of Normal Volunteers", *Psychiatry Research* 81, no. 1 (1998): 1-8.

9. R. Greenberg, C. A. Pearlman, and D. Gampel, "War Neuroses and the Adaptive Function of REM Sleep", *British Journal of Medical Psychology* 45, no. 1 (1972): 27-33. Рамон Гринберг и Честер Перлмен, равно как и наша лаборатория, обнаружили, что травмированные ветераны просыпаются,

как только у них начинается БДГ-сон. В то время как многие травмированные люди пьют спиртное, чтобы уснуть, они лишают себя пользы сновидений (интеграция и трансформация воспоминаний), что мешает исцелению от ПТСР.

10. B. van der Kolk, et al., "Nightmares and Trauma: A Comparison of Nightmares After Combat with Lifelong Nightmares in Veterans", *American Journal of Psychiatry* 141, no. 2 (1984): 187-90.

11. N. Breslau, et al., "Sleep Disturbance and Psychiatric Disorders: A Longitudinal Epidemiological Study of Young Adults", *Biological Psychiatry* 39, no. 6 (1996): 411-18.

12. R. Stickgold, et al., "Sleep-Induced Changes in Associative Memory", *Journal of Cognitive Neuroscience* 11, no. 2 (1999): 182-93. См. также: R. Stickgold, "Of Sleep, Memories and Trauma", *Nature Neuroscience* 10, no. 5 (2007): 540-42; and B. Rasch, et al., "Odor Cues During Slow-Wave Sleep Prompt Declarative Memory Consolidation", *Science* 315, no. 5817 (2007): 1426-29.

13. E. J. Wamsley, et al., "Dreaming of a Learning Task Is Associated with Enhanced Sleep-Dependent Memory Consolidation", *Current Biology* 20, no. 9 (May 11, 2010): 850-55.

14. R. Stickgold, "Sleep-Dependent Memory Consolidation", *Nature* 437 (2005): 1272-78.

15. R. Stickgold, et al., "Sleep-Induced Changes in Associative Memory", *Journal of Cognitive Neuroscience* 11, no. 2 (1999): 182-93.

16. J. Williams, et al., "Bizarreness in Dreams and Fantasies: Implications for the Activation-Synthesis Hypothesis", *Consciousness and Cognition* 1, no. 2 (1992): 172-85. См. также: Stickgold, et al., "Sleep - Induced Changes in Associative Memory".

17. M. P. Walker, et al., "Cognitive Flexibility Across the Sleep-Wake Cycle: REM-Sleep Enhancement of Anagram Problem Solving", *Cognitive Brain Research* 14 (2002): 317-24.

18. R. Stickgold, "EMDR: A Putative Neurobiological Mechanism of Action", *Journal of Clinical Psychology* 58 (2002): 61-75.

19. Было проведено несколько исследований того, как движение глаз помогает перерабатывать и трансформировать травматические воспоминания. M. Sack, et al., "Alterations in Autonomic Tone During Trauma Exposure Using Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) - Results of a Preliminary Investigation", *Journal of Anxiety Disorders* 22, no. 7 (2008): 1264-71; B. Letizia, F. Andrea, and C. Paolo, "Neuroanatomical Changes After Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment in Posttraumatic Stress Disorder", *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 19, no. 4 (2007): 475-76; P. Levin, S. Lazrove, and B. van der Kolk, "What Psychological Testing and Neuroimaging Tell Us About the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing", *Journal of Anxiety Disorders* 13, nos. 1-2, 159-72; M. L. Harper, T. Rasolkhani Kalhorn, J.

F. Drozd, "On the Neural Basis of EMDR Therapy: Insights from Qeeg Studies", *Traumatology* 15, no. 2 (2009): 81-95; K. Lansing, D. G. Amen, C. Hanks, and L. Rudy, "High-Resolution Brain SPECT Imaging and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Police Officers with PTSD", *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 17, no. 4 (2005): 526-32; T. Ohtani, K. Matsuo, K. Kasai, T. Kato, and N. Kato, "Hemodynamic Responses of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Posttraumatic Stress Disorder". *Neuroscience Research* 65, no. 4 (2009): 375-83; M. Pagani, G. Hogberg, D. Salmaso, D. Nardo, O. Sundin, C. Jonsson, and T. Hallstrom, "Effects of EMDR Psychotherapy on 99mTc-HMPAO Distribution in Occupation-Related Post-Traumatic Stress Disorder", *Nuclear Medicine Communications* 28 (2007): 757-65; H. P. Sondergaard and U. Elofsson, "Psychophysiological Studies of EMDR", *Journal of EMDR Practice and Research* 2, no. 4 (2008): 282-88.

Глава 16. Как заново овладеть своим телом: йога

1. Акупунктура и акупрессура широко применяются врачами, специализирующимися на психологической травме. Эффективность этих методов в лечении клинического ПТСР сейчас начинает систематически изучаться. M. Hollifield, et al., "Acupuncture for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Pilot Trial", *Journal of Nervous and Mental Disease* 195, no. 6 (2007): 504-13. В исследованиях, где фМРТ применяется для измерения воздействия акупунктуры на участки мозга, связанные со страхом, было продемонстрировано, что акупунктура способствует быстрой регуляции этих участков мозга. K. K. Hui, et al., "The Integrated Response of the Human Cerebro-Cerebellar and Limbic Systems to Acupuncture Stimulation at ST 36 as Evidenced by fMRI", *NeuroImage* 27 (2005): 479-96; J. Fang, et al., "The Salient Characteristics of the Central Effects of Acupuncture Needling: Limbic-Paralimbic-Neocortical Network Modulation", *Human Brain Mapping* 30 (2009): 1196-206; D. Feinstein, "Rapid Treatment of PTSD: Why Psychological Exposure with Acupoint Tapping May Be Effective", *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 47, no. 3 (2010): 385-402; D. Church, et al., "Psychological Trauma Symptom Improvement in Veterans Using EFT (Emotional Freedom Technique): A Randomized Controlled Trial", *Journal of Nervous and Mental Disease* 201 (2013): 153-60; D. Church, G. Yount, and A. J. Brooks, "The Effect of Emotional Freedom Techniques (EFT) on Stress Biochemistry: A Randomized Controlled Trial", *Journal of Nervous and Mental Disease* 200 (2012): 891-96; R. P. Dhond, N. Kettner, and V. Napadow, "Neuroimaging Acupuncture Effects in the Human Brain", *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 13 (2007): 603-16; K. K. Hui, et al., "Acupuncture Modulates the Limbic System and Subcortical Gray Structures of the Human Brain: Evidence from fMRI Studies in Normal Subjects", *Human Brain Mapping* 9 (2000): 13-25.

2. M. Sack, J. W. Hopper, and F. Lamprecht, "Low Respiratory Sinus Arrhythmia and Prolonged Psychophysiological Arousal in Posttraumatic Stress Disorder: Heart Rate Dynamics and Individual Differences in

Arousal Regulation", *Biological Psychiatry* 55, no. 3 (2004): 284-90. См. также: H. Cohen, et al., "Analysis of Heart Rate Variability in Posttraumatic Stress Disorder Patients in Response to a Trauma-Related Reminder", *Biological Psychiatry* 44, no. 10 (1998): 1054-59; H. Cohen, et al., "Long-Lasting Behavioral Effects of Juvenile Trauma in an Animal Model of PTSD Associated with a Failure of the Autonomic Nervous System to Recover", *European Neuropsychopharmacology* 17, no. 6 (2007): 464-77; and H. Wahbeh and B. S. Oken, "Peak High-Frequency HRV and Peak Alpha Frequency Higher in PTSD", *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 38, no. 1 (2013): 57-69.

3. J. W. Hopper, et al., "Preliminary Evidence of Parasympathetic Influence on Basal Heart Rate in Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of Psychosomatic Research* 60, no. 1 (2006): 83-90.

4. Эксперименты Арье Шалев из медицинской школы Хадасса в Иерусалиме и Роджера Питмэна также это подтверждают: A. Y. Shalev, et al., "Auditory Startle Response in Trauma Survivors with Posttraumatic Stress Disorder: A Prospective Study", *American Journal of Psychiatry* 157, no. 2 (2000): 255-61; R. K. Pitman, et al., "Psychophysiological Assessment of Posttraumatic Stress Disorder Imagery in Vietnam Combat Veterans", *Archives of General Psychiatry* 44, no. 11 (1987): 970-75; A. Y. Shalev, et al., "A Prospective Study of Heart Rate Response Following Trauma and the Subsequent Development of Posttraumatic Stress Disorder", *Archives of General Psychiatry* 55, no. 6 (1998): 553-59.

5. P. Lehrer, Y. Sasaki, and Y. Saito, "Zazen and Cardiac Variability", *Psychosomatic Medicine* 61, no. 6 (1999): 812-21. См. также: R. Sovik, "The Science of Breathing: The Yogic View", *Progress in Brain Research* 122 (1999): 491-505; P. Philippot, G. Chapelle, and S. Blairy, "Respiratory Feedback in the Generation of Emotion", *Cognition & Emotion* 16, no. 5 (2002): 605-27; A. Michalsen, et al., "Rapid Stress Reduction and Anxiolysis Among Distressed Women as a Consequence of a Three-Month Intensive Yoga Program", *Medical Science Monitor* 11, no. 12 (2005): 555-61; G. Kirkwood, et al., "Yoga for Anxiety: A Systematic Review of the Research Evidence", *British Journal of Sports Medicine* 39 (2005): 884-91; K. Pilkington, et al., "Yoga for Depression: The Research Evidence", *Journal of Affective Disorders* 89 (2005): 13-24; and P. Gerbarg and R. Brown, "Yoga: A Breath of Relief for Hurricane Katrina Refugees", *Current Psychiatry* 4 (2005): 55-67.

6. B. Cuthbert, et al., "Strategies of Arousal Control: Biofeedback, Meditation, and Motivation", *Journal of Experimental Psychology* 110 (1981): 518-46. См. также: S. B. S. Khalsa, "Yoga as a Therapeutic Intervention: A Bibliometric Analysis of Published Research Studies", *Indian Journal of Physiology and Pharmacology* 48 (2004): 269-85; M. M. Delmonte, "Meditation as a Clinical Intervention Strategy: A Brief Review", *International Journal of Psychosomatics* 33 (1986): 9-12; I. Becker, "Uses of Yoga in Psychiatry and Medicine", in *Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry*, vol. 19, ed. P. R. Muskin (Washington, DC: American Psychiatric Press, 2008); L. Bernardi, et al., "Slow Breathing Reduces Chemoreflex Response to Hypoxia and Hypercapnia, and Increases Baroreflex Sensitivity", *Journal of Hypertension* 19, no. 12 (2001): 2221-29; R. P. Brown and P. L. Gerbarg, "Sudarshan Kriya Yogic

Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression: Part I: Neurophysiologic Model", *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 11 (2005): 189-201; R. P. Brown and P. L. Gerbarg, "Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression: Part II: Clinical Applications and Guidelines", *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 11 (2005): 711-17; C. C. Streeter, et al., "Yoga Asana Sessions Increase Brain GABA Levels: A Pilot Study", *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 13 (2007): 419-26; and C. C. Streeter, et al., "Effects of Yoga Versus Walking on Mood, Anxiety, and Brain GABA Levels: A Randomized Con-trolled MRS Study", *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 16 (2010): 1145-52.

7. Были опубликованы десятки научных статей, демонстрирующих положительные эффекты от йоги при различных болезнях. Вот лишь некоторые примеры: S. B. Khalsa, "Yoga as a Therapeutic Intervention"; P. Grossman, et al., "Mindfulness-Based Stress Reduction and Health Benefits: A Meta-Analysis", *Journal of Psychosomatic Research* 57 (2004): 35-43; K. Sherman, et al., "Comparing Yoga, Exercise, and a Self-Care Book for Chronic Low Back Pain: A Randomized, Controlled Trial", *Annals of Internal Medicine* 143 (2005): 849-56; K. A. Williams, et al., "Effect of Iyengar Yoga Therapy for Chronic Low Back Pain", *Pain* 115 (2005): 107-17; R. B. Saper, et al., "Yoga for Chronic Low Back Pain in a Predominantly Minority Population: A Pilot Randomized Controlled Trial", *Alternative Therapies in Health and Medicine* 15 (2009): 18-27; J. W. Carson, et al., "Yoga for Women with Metastatic Breast Cancer: Results from a Pilot Study", *Journal of Pain and Symptom Management* 33 (2007): 331-41.

8. B. A. van der Kolk, et al., "Yoga as an Adjunctive Therapy for PTSD", *Journal of Clinical Psychiatry* 75, no. 6 (June 2014): 559-65.

9. Калифорнийская компания HeartMath, разработала превосходные устройства и компьютерные игры, которые одновременно увлекательные и эффективные в улучшении ВСП. На данный момент никто не исследовал, способны ли простые устройства, вроде разработанных HeartMath, приводить к уменьшению симптомов ПТСР, однако это вполне вероятно (См. www.heart-math.org.)

10. На момент написания книги в iTunes были найдены двадцать четыре приложения, которые якобы помогают увеличить ВСП, такие как emWave, HeartMath и GPS4Soul.

11. B. A. van der Kolk, "Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD", *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071, no. 1 (2006): 277-93.

12. S. Telles, et al., "Alterations of Auditory Middle Latency Evoked Potentials During Yogic Consciously Regulated Breathing and Attentive State of Mind", *International Journal of Psychophysiology* 14, no. 3 (1993): 189-98. См. также: P. L. Gerbarg, "Yoga and Neuro-Psychoanalysis", in *Bodies in Treatment: The Unspoken Dimension*, ed. Frances Sommer Anderson (New York: Analytic Press, 2008), 127-50.

13. D. Emerson and E. Hopper, *Overcoming Trauma Through Yoga: Reclaiming Your Body* (Berkeley, CA: North Atlantic Books, 2011).

14. A. Damasio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness* (New York: Harcourt, 1999).

15. «Интероцепция» – это новый научный термин для этой базовой способности самовосприятия. Исследования травмированных людей с применением методов нейровизуализации многократно показывали наличие проблем в областях мозга, связанных с физическим самовосприятием, в особенности в так называемом островке. J. W. Hopper, et al., "Neural Correlates of Reexperiencing, Avoidance, and Dissociation in PTSD: Symptom Dimensions and Emotion Dysregulation in Responses to Script-Driven Trauma Imagery", *Journal of Traumatic Stress* 20, no. 5 (2007): 713-25. См. также: I. A. Strigo, et al., "Neural Correlates of Altered Pain Response in Women with Posttraumatic Stress Disorder from Intimate Partner Violence", *Biological Psychiatry* 68, no. 5 (2010): 442-50; G. A. Fonzo, et al., "Exaggerated and Disconnected Insular-Amygdalar Blood Oxygenation Level-Dependent Response to Treat-Related Emotional Faces in Women with Intimate-Partner Violence Posttraumatic Stress Disorder", *Biological Psychiatry* 68, no. 5 (2010): 433-41; P. A. Frewen, et al., "Social Emotions and Emotional Valence During Imagery in Women with PTSD: Affective and Neural Correlates", *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2, no. 2 (2010): 145-57; K. Felmingham, et al., "Dissociative Responses to Conscious and Nonconscious Fear Impact Underlying Brain Function in Posttraumatic Stress Disorder", *Psychological Medicine* 38, no. 12 (2008): 1771-80; A. N. Simmons, et al., "Functional Activation and Neural Networks in Women with Posttraumatic Stress Disorder Related to Intimate Partner Violence", *Biological Psychiatry* 64, no. 8 (2008): 681-90; R. J. L. Lindauer, et al., "Effects of Psychotherapy on Regional Cerebral Blood Flow During Trauma Imagery in Patients with Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial", *Psychological Medicine* 38, no. 4 (2008): 543-54 and A. Etkin and T. D. Wager, "Functional Neuroimaging of Anxiety: A Meta-Analysis of Emotional Processing in PTSD, Social Anxiety Disorder, and Specific Phobia", *American Journal of Psychiatry* 164, no. 10 (2007): 1476-88.

16. J. C. Nemiah and P. E. Sifneos, "Psychosomatic Illness: A Problem in Communication", *Psychotherapy and Psychosomatics* 18, no. 1-6 (1970): 154-60. См. также: G. J. Taylor, R. M. Bagby, and J. D. A. Parker, *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness* (Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1997).

17. A. R. Damasio, *The Feeling of What Happens: Body and Emotion and the Making of Consciousness* (New York: Random House, 2000), 28.

18. B. A. van der Kolk, "Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD", *Annals of the New York Academy of Sciences* 1071, no. 1 (2006): 277-93. См. также: B. K. Holzel, et al., "How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective", *Perspectives on Psychological Science* 6, no. 6 (2011): 537-59.

19. B. K. Holzel, et al., "Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density", *Psychiatry Research: Neuroimaging* 191, no. 1 (2011): 36-43. См. также: B. K. Holzel, et al., "Stress Reduction Correlates with Structural Changes in the Amygdala", *Social*

Cognitive and Affective Neuroscience 5, no. 1 (2010): 11-17; and S. W. Lazar, et al., "Meditation Experience Is Associated with Increased Cortical Thickness", NeuroReport 16 (2005): 1893-97.

Глава 17. Самоуправление

1. R. A. Goulding and R. C. Schwartz, *The Mosaic Mind: Empowering the Tormented Selves of Child Abuse Survivors* (New York: Norton, 1995), 4.
2. J. G. Watkins and H. H. Watkins, *Ego States* (New York: Norton, 1997). Юнг называет составные части личности архетипами и комплексами; в когнитивной психологии и литературе на тему диссоциативного расстройства личности они называются альтер-эго. См. также: J. G. Watkins and H. H. Watkins, "Theory and Practice of Ego State Therapy: A Short-Term Therapeutic Approach", *Short-Term Approaches to Psychotherapy* 3 (1979): 176-220; J. G. Watkins and H. H. Watkins, "Ego States and Hidden Observers", *Journal of Altered States of Consciousness* 5, no. 1 (1979): 3-18; and C. G. Jung, *Lectures: Psychology and Religion* (New Haven, CT: Yale University Press, 1960).
3. W. James, *The Principles of Psychology* (New York: Holt, 1890), 206.
4. C. Jung, *Collected Works*, vol. 9, *The Archetypes and the Collective Unconscious* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1955/ 1968), 330.
5. C. Jung, *Collected Works*, vol. 10, *Civilization in Transition* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1957/ 1964), 540.
6. Там же, стр. 133.
7. M. S. Gazzaniga, *The Social Brain: Discovering the Networks of the Mind* (New York: Basic Books, 1985), 90.
8. Там же, стр. 356.
9. M. Minsky, *The Society of Mind* (New York: Simon & Schuster, 1988), 51.
10. Goulding and Schwartz, *Mosaic Mind*, 290.
11. O. van der Hart, E. R. Nijenhuis, and K. Steele, *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization* (New York: W. W. Norton, 2006); R. P. Kluft, *Shelter from the Storm* (self-published, 2013).
12. R. Schwartz, *Internal Family Systems Therapy* (New York: Guilford Press, 1995).
13. Там же, стр. 34.
14. Там же, стр. 19.

15. Goulding and Schwartz, *Mosaic Mind*, 63.
16. Д.Д. Уоткинс, 1997, использует это в качестве примера персонифицированной депрессии: «Нам нужно знать, каков зрительный образ депрессии, и кто, с каким характером, от нее страдает».
17. Ричард Шварц, личное общение.
18. Goulding and Schwartz, *Mosaic Mind*, 33.
19. A. W. Evers, et al., "Tailored Cognitive-Behavioral Therapy in Early Rheumatoid Arthritis for Patients at Risk: A Randomized Controlled Trial", *Pain* 100, no. 1-2 (2002): 141-53; E. K. Pradhan, et al., "Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in Rheumatoid Arthritis Patients", *Arthritis & Rheumatology* 57, no. 7 (2007): 1134-42; J. M. Smyth, et al., "Effects of Writing About Stressful Experiences on Symptom Reduction in Patients with Asthma or Rheumatoid Arthritis: A Randomized Trial", *JAMA* 281, no. 14 (1999): 1304-9; L. Sharpe, et al., "Long-Term Efficacy of a Cognitive Behavioral Treatment from a Randomized Controlled Trial for Patients Recently Diagnosed with Rheumatoid Arthritis", *Rheumatology (Oxford)* 42, no. 3 (2003): 435-41; H. A. Zangi, et al., "A Mindfulness-Based Group Intervention to Reduce Psychological Distress and Fatigue in Patients with Inflammatory Rheumatic Joint Diseases: A Randomized Controlled Trial", *Annals of the Rheumatic Diseases* 71, no. 6 (2012): 911-17.

Глава 18. Заполнение пустоты: создание структур

1. Pesse Boyden System Psychomotor. См.: <http://pbsp.com/>.
2. D. Goleman, *Social Intelligence: The New Science of Human Relationships* (New York: Random House Digital, 2006).
3. A. Pesse, "PBSP: Pesse Boyden System Psychomotor", in *Getting in Touch: A Guide to Body-Centered Therapies*, ed. S. Caldwell (Wheaton, IL: Theosophical Publishing House, 1997); A. Pesse, *Movement in Psychotherapy: Psychomotor Techniques and Training* (New York: New York University Press, 1969); A. Pesse, *Experience in Action: A Psychomotor Psychology* (New York: New York University Press, 1973); A. Pesse and J. Crandell, eds., *Moving Psychotherapy: Theory and Application of Pesse System/Psychomotor* (Cambridge, MA: Brookline Books, 1991); M. Scarf, *Secrets, Lies, and Betrayals* (New York: Ballantine Books, 2005); M. van Attekum, *Aan Den Lijve* (Netherlands: Pearson Assessment, 2009); and A. Pesse, "The Externalized Realization of the Unconscious and the Corrective Experience", in *Handbook of Body-Psychotherapy / Handbuch der Körperpsychotherapie*, ed. H. Weiss and G. Marlock (Stuttgart, Germany: Schattauer, 2006).
4. Luiz Pessoa and Ralph Adolphs, "Emotion Processing and the Amygdala: from a 'Low Road' to 'Many Roads' of Evaluating Biological Significance". *Nature Reviews Neuroscience* 11, no. 11 (2010): 773-83.

Глава 19. Перестройка мозга: нейробиологическая обратная связь

1. H. H. Jasper, P. Solomon, and C. Bradley, "Electroencephalographic Analyses of Behavior Problem Children", *American Journal of Psychiatry* 95 (1938): 641-58; P. Solomon, H. H. Jasper, and C. Braley, "Studies in Behavior Problem Children", *American Neurology and Psychiatry* 38 (1937): 1350-51.
2. Мартин Тейчер из Гарвардской медицинской школы провел масштабное исследование, подтвердившее нарушения работы височных долей у взрослых, которые столкнулись с насилием в детстве: M. H. Teicher, et al., "The Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood Maltreatment", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 27, no. 1-2 (2003): 33-44; M. H. Teicher, et al., "Early Childhood Abuse and Limbic System Ratings in Adult Psychiatric Outpatients", *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences* 5, no. 3 (1993): 301-6; M. H. Teicher, et al., "Sticks, Stones and Hurtful Words: Combined Effects of Childhood Maltreatment Matter Most", *American Journal of Psychiatry* (2012).
3. Sebern F. Fisher, *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain* (New York: Norton, 2014).
4. J. N. Demos, *Getting Started with Neurofeedback* (New York: W. W. Norton, 2005). См. также: R. J. Davidson, "Affective Style and Affective Disorders: Prospectives from Affective Neuroscience", *Cognition and Emotion* 12, no. 3 (1998): 307-30; and R. J. Davidson, et al., "Regional Brain Function, Emotion and Disorders of Emotion", *Current Opinion in Neurobiology* 9 (1999): 228-34.
5. J. Kamiya, "Conscious Control of Brain Waves", *Psychology Today*, April 1968, 56-60. См. также: D. P. Nowlis, and J. Kamiya, "The Control of Electroencephalographic Alpha Rhythms Through Auditory Feedback and the Associated Mental Activity", *Psychophysiology* 6, no. 4 (1970): 476-84; and D. Lantz and M. B. Stermann, "Neuropsychological Assessment of Subjects with Uncontrolled Epilepsy: Effects of EEG Feedback Training", *Epilepsia* 29, no. 2 (1988): 163-71.
6. M. B. Stermann, L. R. Macdonald, and R. K. Stone, "Biofeedback Training of the Sensorimotor Electroencephalogram Rhythm in Man: Effects on Epilepsy", *Epilepsia* 15, no. 3 (1974): 395-416. Проведенный недавно метаанализ восьмидесяти семи исследований показал, что нейробиологическая обратная связь приводит к значительному уменьшению частоты судорожных приступов примерно у 80 процентов эпилептиков, прошедших обучение. Gabriel Tan, et al., "Meta-Analysis of EEG Biofeedback in Treating Epilepsy", *Clinical EEG and Neuroscience* 40, no. 3 (2009): 173-79.

7. Это является частью того же самого контура самосознания, про который говорилось в пятой главе. Альваро Паскуаль-Леоне показал, как при временном отключении участка мозга над медиальной префронтальной корой с помощью транскраниальной магнитной стимуляции люди временно перестают узнавать себя в зеркале. J. Pascual-Leone, "Mental Attention, Consciousness, and the Progressive Emergence of Wisdom", *Journal of Adult Development* 7, no. 4 (2000): 241-54.

8. <http://www.eegspectrum.com/intro-to-neurofeedback/>.

9. S. Rauch, et al., "Symptom Provocation Study Using Positron Emission Tomography and Script Driven Imagery", *Archives of General Psychiatry* 53 (1996): 380-87. Три других исследования, в которых использовалась новая методика визуализации мозга под названием магнитоэнцефалография (МЭТ), показали, что люди с ПТСР страдают от повышенной активности правой височной коры: С. Catani, et al., "Pattern of Cortical Activation During Processing of Aversive Stimuli in Traumatized Survivors of War and Torture", *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259, no. 6 (2009): 340-51; В. Е. Engdahl, et al., "Posttraumatic Stress Disorder: A Right Temporal Lobe Syndrome?" *Journal of Neural Engineering* 7, no. 6 (2010): 066005; А. Р. Georgopoulos, et al., "The Synchronous Neural Interactions Test as a Functional Neuromarker for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): A Robust Classification Method Based on the Bootstrap", *Journal of Neural Engineering* 7, no. 1 (2010): 016011.

10. По клинической шкале ПТСР (CAPS).

11. В соответствии с каталогом измененных внутренних способностей Джона Брира (IASC).

12. Задний и центральный альфа-ритмы генерируются таламокортикальной сетью; бета-ритмы, судя по всему, генерируются локальной кортикальной сетью; в то время как фронтально-срединные тета-ритмы (единственные здоровые тета-ритмы человеческого мозга) в теории генерируются септо-гиппокампальной нейронной сетью. Свежий обзор: J. Kropotov, *Quantitative EEG, ERP's and Neurotherapy* (Amsterdam: Elsevier, 2009).

13. Н. Benson, "The Relaxation Response: Its Subjective and Objective Historical Precedents and Physiology", *Trends in Neurosciences* 6 (1983): 281-84.

14. Tobias Egner and John H. Gruzelier, "Ecological Validity of Neurofeedback: Modulation of Slow Wave EEG Enhances Musical Performance", *Neuroreport* 14, no. 9 (2003): 1221-24; David J. Vernon, "Can Neurofeedback Training Enhance Performance? An Evaluation of the Evidence with Implications for Future Research", *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 30, no. 4 (2005): 347-64.

15. "Vancouver Canucks Race to the Stanley Cup - Is It All in Their Minds?" *Bio-Medical.com*, June 2, 2011, <http://bio-medical.com/news/2011/06/vancouver-canucks-race-to-the-stanley-cup-is-it-all-in-their-minds/>.

16. М. Beauregard, *Brain Wars* (New York: HarperCollins, 2013), стр. 33.

17. J. Gruzelier, T. Egner, and D. Vernon, "Validating the Efficacy of Neurofeedback for Optimizing Performance", *Progress in Brain Research* 159 (2006): 421-31. См. также: D. Vernon and J. Gruzelier, "Electroencephalographic Biofeedback as a Mechanism to Alter Mood, Creativity and Artistic Performance", in *Mind-Body and Relaxation Research Focus*, ed. B. N. De Luca (New York: Nova Science, 2008), 149-64.

18. See, e.g., M. Arns, et al., "Efficacy of Neurofeedback Treatment in ADHD: The Effects on Inattention, Impulsivity and Hyperactivity: A Meta-Analysis", *Clinical EEG and Neuroscience* 40, no. 3 (2009): 180-89; T. Rossiter, "The Effectiveness of Neurofeedback and Stimulant Drugs in Treating AD/ HD: Part I: Review of Methodological Issues", *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 29, no. 2 (June 2004): 95-112; T. Rossiter, "The Effectiveness of Neurofeedback and Stimulant Drugs in Treating AD/ HD: Part II: Replication", *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 29, no. 4 (2004): 233-43; and L. M. Hirshberg, S. Chiu, and J. A. Frazier, "Emerging Brain-Based Interventions for Children and Adolescents: Overview and Clinical Perspective", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 14, no. 1 (2005): 1-19.

19. Подробнее про кЭЭГ читайте по ссылке:
<http://thebrainlabs.com/qeeg.shtml>.

20. N. N. Boutros, M. Torello, and T. H. McGlashan, "Electrophysiological Aberrations in Borderline Personality Disorder: State of the Evidence", *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 15 (2003): 145-54.

21. В семнадцатой главе мы видели, насколько важно развивать состояние стабильного, спокойного наблюдения за собой, которое в ВСС-терапии называется состоянием «нахождения в себе». Дик Шварц утверждает, что при определенной тренировке любой может достигнуть такого состояния, и действительно, мне доводилось видеть, как он помогает это сделать людям с тяжелой психологической травмой. Я не настолько опытный, и многие из моих пациентов с тяжелой травмой начинают нервничать или отключаться, когда мы затрагиваем чувствительную для них тему. Другие настолько потеряли чувство контроля, что им сложно найти какое-то постоянное чувство «Я». В большинстве случаев в психиатрических клиниках таким пациентам дают лекарства, чтобы их стабилизировать. Иногда это срабатывает, однако многие пациенты теряют свою мотивацию и энергию. В ходе нашего рандомизированного исследования нейробиологической обратной связи у пациентов с тяжелой психологической травмой наблюдалось уменьшение баллов по шкале симптомов ПТСР на тридцать процентов, а также значительное улучшение исполнительных функций и эмоционального контроля (van der Kolk et al., submitted 2014).

22. Травмированным детям с проблемой с сенсорной интеграцией нужны программы, разработанные специально для них. В настоящий момент лидером в этой области являются мои коллеги из нашего Центра травмы Элизабет Уорнер и Адель Даймонд из Университета Британской Колумбии.

23. R. J. Castillo, "Culture, Trance, and the Mind-Brain", *Anthropology of Consciousness* 6, no. 1 (March 1995): 17-34. См. также: B. Inglis, *Trance: A Natural History of Altered States of Mind* (London: Paladin,

1990); N. F. Grafn, W. J. Ray, and R. Lundy, "EEG Concomitants of Hypnosis and Hypnotic Susceptibility", *Journal of Abnormal Psychology* 104, no. 1 (1995): 123-31; D. L. Schacter, "EEG Teta Waves and Psychological Phenomena: A Review and Analysis", *Biological Psychology* 5, no. 1 (1977): 47-82; and M. E. Sabourin, et al., "EEG Correlates of Hypnotic Susceptibility and Hypnotic Trance: Spectral Analysis and Coherence", *International Journal of Psychophysiology* 10, no. 2 (1990): 125-42.

24. E. G. Peniston and P. J. Kulkosky, "Alpha-Teta Brainwave Neuro-Feedback Therapy for Vietnam Veterans with Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder", *Medical Psychotherapy* 4 (1991): 47-60.

25. T. M. Sokhadze, R. L. Cannon, and D. L. Trudeau, "EEG Biofeedback as a Treatment for Substance Use Disorders: Review, Rating of Efficacy and Recommendations for Further Research", *Journal of Neurotherapy* 12, no. 1 (2008): 5-43.

26. R. C. Kessler, "Posttraumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to Society", *Journal of Clinical Psychiatry* 61, suppl. 5 (2000): 4-14. См. также: R. Acierno, et al., "Risk Factors for Rape, Physical Assault, and Posttraumatic Stress Disorder in Women: Examination of Differential Multivariate Relationships", *Journal of Anxiety Disorders* 13, no. 6 (1999): 541-63; and H. D. Chilcoat and N. Breslau, "Investigations of Causal Pathways Between PTSD and Drug Use Disorders", *Addictive Behaviors* 23, no. 6 (1998): 827-40.

27. S. L. Fahrion, et al., "Alterations in EEG Amplitude, Personality Factors, and Brain Electrical Mapping After Alpha-Teta Brainwave Training: A Controlled Case Study of an Alcoholic in Recovery", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 16, no. 3 (June 1992): 547-52; R. J. Goldberg, J. C. Greenwood, and Z. Taintor, "Conditioning as an Adjunct Treatment for Drug Dependence: Part 1", *International Journal of Addiction* 11, no. 6 (1976): 1085-89; R. F. Kaplan, et al., "Power and Coherence Analysis of the EEG in Hospitalized Alcoholics and Nonalcoholic Controls", *Journal of Studies on Alcohol* 46 (1985): 122-27; Y. Lamontagne et al., "Alpha and EMG Feedback Training in the Prevention of Drug Abuse: A Controlled Study", *Canadian Psychiatric Association Journal* 22, no. 6 (October 1977): 301-10; Saxby and E. G. Peniston, "Alpha-Teta Brainwave Neurofeedback Training: An Effective Treatment for Male and Female Alcoholics with Depressive Symptoms", *Journal of Clinical Psychology* 51, no. 5 (1995): 685-93; W. C. Scott, et al., "Effects of an EEG Biofeedback Protocol on a Mixed Substance Abusing Population", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 31, no. 3 (2005): 455-69; and D. L. Trudeau, "Applicability of Brain Wave Biofeedback to Substance Use Disorder in Adolescents", *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 14, no. 1 (January 2005): 125-36.

28. E. G. Peniston, "EMG Biofeedback-Assisted Desensitization Treatment for Vietnam Combat Veterans Posttraumatic Stress Disorder", *Clinical Biofeedback and Health* 9 (1986): 35-41.

29. Eugene G. Peniston and Paul J. Kulkosky, "Alpha-Teta Brainwave Neurofeedback for Vietnam Veterans with Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder", *Medical Psychotherapy* 4, no. 1 (1991): 47-60.
30. Похожие результаты были получены другой группой семь лет спустя: W. C. Scott, et al., "Effects of an EEG Biofeedback Protocol on a Mixed Substance Abusing Population", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 31, no. 3 (2005): 455-69.
31. D. L. Trudeau, T. M. Sokhadze, and R. L. Cannon, "Neurofeedback in Alcohol and Drug Dependency", in *Introduction to Quantitative EEG and Neurofeedback: Advanced Theory and Applications*, ed. T. Budzynski, et al. (Amsterdam: Elsevier, 1999), 241-68; F. D. Arani, R. Rostami, and M. Nostratabadi, "Effectiveness of Neurofeedback Training as a Treatment for Opioid-Dependent Patients", *Clinical EEG and Neuroscience* 41, no. 3 (2010): 170-77; F. Dehghani-Arani, R. Rostami, and H. Nadali, "Neurofeedback Training for Opiate Addiction: Improvement of Mental Health and Craving", *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 38, no. 2 (2013): 133-41; J. Luigjes, et al., "Neuromodulation as an Intervention for Addiction: Over-view and Future Prospects", *Tijdschrift voor psychiatrie* 55, no. 11 (2012): 841-52.
32. S. Othmer, "Remediating PTSD with Neurofeedback", October 11, 2011, http://hannokirk.com/files/Remediating-PTSD_10-01-11.pdf.
33. F. H. Dufy, "The State of EEG Biofeedback Therapy (EEG Operant Conditioning) in 2000: An Editor's Opinion", an editorial in *Clinical Electroencephalography* 31, no. 1 (2000): v - viii.
34. Tomas R. Insel, "Faulty Circuits", *Scientific American* 302, no. 4 (2010): 44-51.
35. T. Insel, "Transforming Diagnosis", National Institute of Mental Health, Director's Blog, April 29, 2013, <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>.
36. Joshua W. Buckholz and Andreas Meyer-Lindenberg, "Psychopathology and the Human Connectome: Toward a Transdiagnostic Model of Risk for Mental Ill-ness", *Neuron* 74, no. 4 (2012): 990-1004.
37. F. Collins, "The Symphony Inside Your Brain", NIH Director's Blog, November 5, 2012, <http://directorsblog.nih.gov/2012/11/05/the-symphony-inside-your-brain/>.

Глава 20. Когда обретаешь голос: коллективный ритм и театр

1. F. Butterfeld, "David Mamet Lends a Hand to Homeless Vietnam Veterans", *New York Times*, October 10, 1998. Подробнее о новом приюте по ссылке: <http://www.nechv.org/historyatnechv.html>.

2. P. Healy, "The Anguish of War for Today's Soldiers, Explored by Sophocles", New York Times, November 11, 2009. Подробнее о проекте читайте по ссылке:

<http://www.outsidethewirellc.com/projects/theater-of-war/overview>.

3. Sara Krulwich, "The Teater of War", New York Times, November 11, 2009.

4. W. H. McNeill, *Keeping Together in Time: Dance and Drill in Human History* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997).

5. Plutarch, *Lives*, vol. 1 (Digireads.com, 2009), 58.

6. M. Z. Seitz, "The Singing Revolution", New York Times, December 14, 2007.

7. Подробнее про Urban Improv читайте по ссылке:

<http://www.urbanimprov.org/>.

8. На нашем сайте подробно описана программа "Urban Improv" для четвероклассников, которую могут использовать учителя по всей стране:

<http://www.traumacenter.org/initiatives/psychosocial.php>.

9. Подробнее о проекте «Возможность» читайте по ссылке: <http://the-possibility-project.org/>.

10. Подробнее о проекте «Шекспир в суде» читайте по ссылке:

<http://www.shakespeare.org/education/for-youth/shakespeare-courts/>.

11. C. Kisiel, et al., "Evaluation of a Teater-Based Youth Violence Prevention Program for Elementary School Children", *Journal of School Violence* 5, no. 2 (2006): 19-36.

12. Руководили совместным проектом Эми Алли, доктор наук, Маргарет Блаустейн, доктор наук, Тоби Дьюи, М.А., Рон Джонс, Мерл Перкинс, Кевин Смит, Фэйт Солоуэй, Джозеф Спинаццола, доктор наук.

13. H. Epstein and T. Packer, *The Shakespeare & Company Actor Training Experience* (Lenox MA, Plunkett Lake Press, 2007); H. Epstein, Tina Packer *Builds a Theater* (Lenox, MA: Plunkett Lake Press, 2010).

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.

17

Поведенческая реакция на неприятные раздражители, основанная на убежденности в беспомощности перед окружающим миром. – Прим. пер.

18

Когнитивный мозг – мозговые структуры, благодаря которым человек осуществляет психические функции. Анатомически к нему относятся кора (серое вещество) больших полушарий головного мозга и мозжечок. Эволюционно это наиболее молодая часть мозга (также называемая неокортексом). – Прим. ред.

19

Авторская формулировка. Под так называемым «рациональным мозгом» (читай: большими полушариями) с анатомической точки зрения находится еще четыре (а не два) отдела мозга. Исходя из указанных функций, вероятно, имеются в виду промежуточный мозг (к нему относится, в частности, гипоталамус, где вырабатывается большое количество гормонов, ответственных за поддержание стабильного состояния человека; там же находятся центры голода, жажды и насыщения, сна и бодрствования, терморегуляции) и продолговатый мозг, где

сосредоточены центры регуляции кровообращения и дыхания. Возможно, если автор имел в виду только эволюционную точку зрения, то речь о архикортексе и палеокортексе, но когда речь идет о человеческом мозге, то обычно функции архи- и палеокортекса рассматриваются вместе, кроме того, структуры архи- и палеокортекса не выполняют всех функций, указанных автором в данном абзаце. – Прим. ред.

20

Перенесение человеческого образа и его свойств на неодушевленные предметы, на одушевленных существ, на явления и силы природы, на сверхъестественных существ, на абстрактные понятия и др. – Прим. пер.

21

Дезорганизация личности – состояние, при котором индивид не может эффективно функционировать из-за внутреннего замешательства, возникающего вследствие того, что он принимает противоречащие друг другу стандарты поведения, противоречивые роли, социальные нормы и проявляет лояльность по отношению к разным группам. – Прим. пер.

22

В США – дом, куда временно определяют приемного ребенка, ожидающего усыновления. – Прим. пер.

23

К срединным структурам головного мозга относятся прозрачная перегородка между полушариями, третий желудочек головного мозга и эпифиз (железа, вырабатывающая мелатонин – гормон, регулирующий сон/бодрствование). Дисфункция срединных структур приводит к эмоциональным расстройствам, неуравновешенности поведения, резким перепадам настроения и вегетативным формам соматических нарушений. – Прим. ред.

24

Документальный французский фильм Люка Жаке о судьбе императорских пингвинов, каждый год совершающих путешествие в глубь Антарктики для выведения потомства. – Прим. пер.

25

Компульсия – симптом, представляющий собой периодически возникающее навязчивое поведение и ритуалы. В данном случае «компульсивное» означает «навязчивое». – Прим. ред.

26

Швейцарский психолог и философ, известен работами по изучению психологии детей, создатель теории когнитивного развития. – Прим. пер.

27

Риталин – психостимулирующий препарат, используемый для лечения СДВГ. Препарат принимают строго по назначению врача. – Прим. ред.

28

Аутоиммунное заболевание – заболевание, развивающееся вследствие выработки организмом антител (белков, в норме вырабатываемых организмом в ответ на попадание в организм чужеродных и потенциально опасных веществ, например бактерий и вирусов) против собственных клеток организма. Другими словами, организм начинает атаковать сам себя. – Прим. ред.

29

«Mindfulness». – Прим. пер.

30

Одна из разновидностей сомнамбулизма, когда человек, не просыпаясь, встает, идет на кухню и объедается, ничего не помня об этом наутро. – Прим. пер.

31

Хирургическое лечение ожирения, которое включает бандажирование желудка, желудочное шунтирование и другие виды операций. – Прим. пер.

32

Это государственное учреждение, которое в том числе занимается деятельностью по исполнению уголовных наказаний, альтернативных лишению свободы, которые осужденные отбывают в обществе (условные наказания, принудительные работы). – Прим. ред.

33

Биполярное расстройство – психическое расстройство, протекающее в виде смены маниакальных и депрессивных эпизодов. Маниакальное состояние – состояние с повышенным настроением, психическим возбуждением и ускорением мышления и речи. – Прим. ред.

34

Синдром эпизодического нарушения контроля – заболевание, характеризующееся неконтролируемыми, внезапными и рецидивирующими приступами ярости в ответ на незначительные провоцирующие стимулы. – Прим. ред.

35

Вызывающее оппозиционное расстройство – расстройство поведения у детей и подростков с негативистским, враждебным, вызывающим поведением и неповиновением взрослым. – Прим. ред.

36

Несмотря на отсутствие единой генетической комбинации, на данный момент открыто 108 генов, связанных с развитием шизофрении. Наличие подобных генов у человека не всегда приводит к развитию заболевания, однако увеличивает вероятность шизофрении в десятки раз. – Прим. ред.

37

Дисциплина, изучающая генетически обусловленное поведение (инстинкты) животных и людей. – Прим. ред.

38

Аллели – различные формы одного и того же гена, расположенные в одинаковых участках гомологичных хромосом (парные, одинаковые по размеру, форме и набору генов хромосомы). – Прим. ред.

39

Пигментная дегенерация сетчатки – наследственное заболевание глаз, при котором в сетчатке откладывается пигмент, что в итоге приводит к ухудшению зрения и слепоте. – Прим. ред.

40

Группы испытуемых составляют в настоящем и наблюдают их в будущем. – Прим. ред.

41

Перевод Ю.Н. Афонькина. – Прим. пер.

42

Диссоциативная амнезия – нарушение памяти, обусловленное частичным или полным блокированием личной информации о травмирующем событии. – Прим. ред.

43

Перевод с немецкого Ю. Афонькина. – Прим. пер.

44

Weighted blanket, например, «Gravity Blanket» – специальные утяжеленные одеяла, весящие 7–12 % от веса тела, чтобы человек чувствовал во сне его «объятия» – выделяется окситоцин (гормон любви и привязанности), человек лучше высыпается и т. д. – во всяком случае, так заявлено на сайте производителя. – Прим. пер.

45

Рisperидон – антипсихотический препарат, чаще всего используется при лечении шизофрении и психозов. Препарат принимают строго по назначению врача. – Прим. ред.

46

Сероквель – препарат из группы антидепрессантов. Препарат принимают строго по назначению врача. – Прим. ред.

47

Метод Фельденкрайза – двигательная практика, разработанная Моше Фельденкрайзом и ставящая целью развитие человека через осознание себя в процессе работы над движениями собственного тела. – Прим. ред.

48

Краниосакральная терапия – основной метод остеопатии, суть которого в лечении множества заболеваний через мягкие, почти незаметные прикосновения пальцев специалиста к голове или спине больного. – Прим. ред.

49

Рассеянный склероз – аутоиммунное заболевание центральной нервной системы, при котором разрушается миелиновая оболочка нервных волокон головного и спинного мозга. Особенностью заболевания является поражение сразу нескольких отделов нервной системы, что приводит к появлению у больного нескольких симптомов одновременно. – Прим. ред.

50

Перевод С.М. Соловьева. – Прим. пер.

51

Перевод мой. – Прим. пер.

52

Видимо, речь о том, что ординатор хотел заработать дополнительные «очки» перед старшим врачом, так как знал, что автор интересуется темой сексуального насилия в детстве. – Прим. пер.

53

«Естественные киллеры» – крупные лимфоциты, обладающие цитотоксичностью (то есть способностью убивать клетки), опухолевые клетки и клетки, пораженные вирусом. – Прим. ред.

54

В психиатрии и неврологии состояние, когда больной не отвечает на вопросы и даже не дает понять знаками, что он согласен вступить с окружающими в контакт, при этом в принципе способность разговаривать и понимать речь окружающих у него сохранена. – Прим. пер.

55

Перевод Евгения Витковского. – Прим. пер.

56

Гипнагогические галлюцинации (в тексте используется слово «образы») – воображаемые ощущения и образы, которые кажутся реальными, и возникающие у человека перед засыпанием. – Прим. пер.

57

Акт наблюдения за интимными действиями других людей. – Прим. ред.

58

Арахнофобия. – Прим. пер.

59

ВСР – изменения временных интервалов между сердечными сокращениями, которые появляются вследствие воздействия внешних и внутренних факторов. – Прим. ред.

60

В контексте описанной выше терминологии. – Прим. пер.

61

Ревматоидный артрит – системное аутоиммунное заболевание соединительной ткани, преимущественно поражающее мелкие суставы. – Прим. ред.

62

Головная боль тензионного типа, или головная боль напряжения, – головная боль, возникающая из-за стрессовых ситуаций, усталости, физического или нервного перенапряжения. Является самым распространенным типом головной боли. – Прим. ред.

63

То есть часть мозга, обрабатывающая информацию об относительном положении в пространстве, про которую говорилось выше. – Прим. пер.

64

Налтрексон – препарат из группы антагонистов опиоидных рецепторов. В основном применяется для лечения наркотической опиоидной зависимости (например, героиновой) и алкоголизма. Препарат принимают строго по назначению врача. – Прим. ред.

65

We Shall Overcome. – Прим. пер.

66

«В едином ритме». – Прим. пер.

67

Заболевания, передающиеся половым путем. – Прим. ред.

68

<https://www.youtube.com/watch?v=PjOVkoqf0TA> – Прим. пер.

69

Детская игра, в которой участвуют от трех человек, популярная прежде всего в англоговорящих странах. Один игрок, ведущий, берет на себя роль «Саймона» и отдает приказы остальным игрокам в таком ключе: «Саймон говорит: сделай то-то»; как правило, это простые активные действия, например, «подпрыгни», «похлопай в ладоши» и т. п. Остальные игроки должны не задумываясь исполнить приказ. Суть состоит в том, что приказ должен обязательно начинаться со слов «Саймон говорит...», в противном случае его исполнять нельзя, и если кто-то из игроков сделает это, он выбывает.