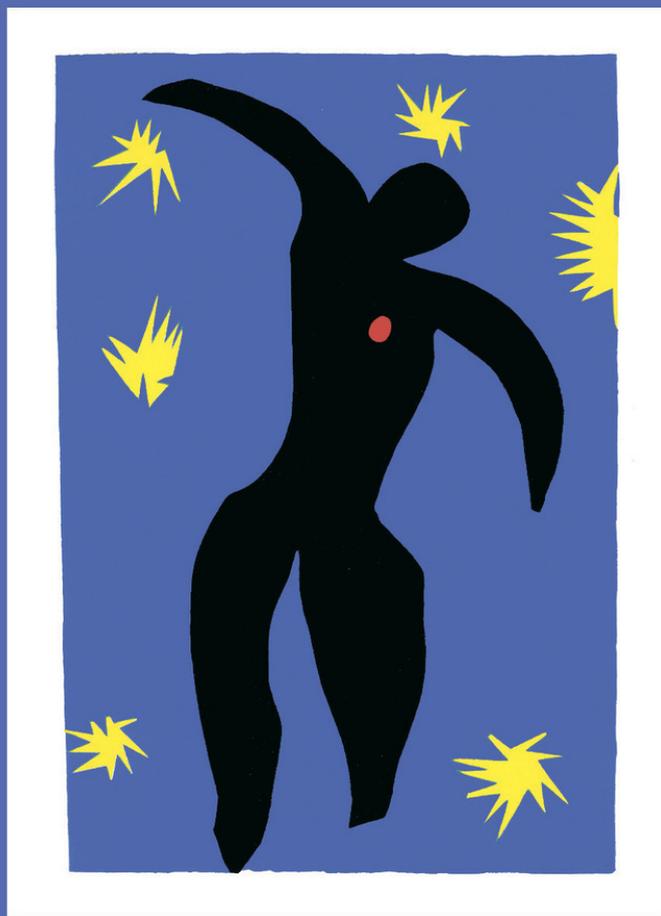


Б Е С С Е Л В А Н Д Е Р К О Л К

ТЕЛО ПОМНИТ ВСЕ

КАКУЮ РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАВМА ИГРАЕТ
В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА И КАКИЕ ТЕХНИКИ
ПОМОГАЮТ ЕЕ ПРЕОДОЛЕТЬ



«Необходимая книга для всех, кто интересуется природой
и лечением травматического стресса, а также масштабами
его воздействия на общество».

– **АЛЕКСАНДР МАКФАРЛЕЙН** –
директор Центра исследований травматического стресса

18+

Тело помнит все. Книги о лечении
психосоматических болезней и психотравм

Бессел ван дер Колк

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

«ЭКСМО»

2014

УДК 612.82
ББК 28.707

ван дер Колк Б.

Тело помнит все. Какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть / Б. ван дер Колк — «Эксмо», 2014 — (Тело помнит все. Книги о лечении психосоматических болезней и психотравм)

ISBN 978-5-04-099865-4

Все мы сталкивались с физическими травмами и имеем о них представление. А что мы знаем о психологических? Ведь, как бы банально это ни звучало, зачастую моральная травма накладывает бóльший отпечаток на нашу жизнь, чем рана на теле. Порез быстро затянется, перелом — срастется, а вот как проявит себя психологическая травма в сознательном возрасте, каким образом она способна помешать нормальной жизни и что с этим можно сделать? Доктор Бессел Ван дер Колк, один из самых известных в мире специалистов по травме, провел более 30 лет, изучая посттравматическое стрессовое расстройство. Объединяя все исследования в области травмы, свой опыт и истории пациентов, в этой книге он объясняет, как травма буквально меняет тело и мозг, лишая переживших ее нормальной жизни, близких отношений и самоконтроля. Но есть и хорошие новости — автор расскажет, как мы можем помочь себе и своим близким в этой ситуации. Исследуя различные возможности исцеления: от медитации, йоги и спорта до занятий в театральных кружках — доктор Бессел предлагает новые пути к выздоровлению, активируя естественную нейропластичность мозга. Тем самым доктор дарит надежду на выздоровление и полноценную жизнь тем, кто столкнулся с травмой. Внимание! Информация, содержащаяся в книге, не может служить заменой консультации врача. Перед совершением любых рекомендуемых действий необходимо проконсультироваться со специалистом. В формате a4.pdf сохранен издательский макет.

УДК 612.82

ББК 28.707

ISBN 978-5-04-099865-4

© ван дер Колк Б., 2014

© Эксмо, 2014

Содержание

Пролог. Перед лицом травмы	8
Часть I. Переосмысление травмы	11
Глава 1. Уроки от ветеранов Вьетнамской войны	11
Травма и потеря себя	15
Черствость	17
Перестройка восприятия	18
В плену травмы	20
Диагностика посттравматического стресса	21
Новое понимание	22
Глава 2. Революция в понимании разума и мозга	24
Предрассветная травма	25
Осмысление страданий	27
Неотвратимый шок	29
Зависимость от травмы: боль от утешения и утешение от боли	31
Утешение мозга	32
Триумф фармакологии	35
Адаптация или болезнь?	36
Глава 3. Заглядывая в мозг: нейробиологическая революция	38
Немой ужас	43
Сдвиг в одну сторону мозга	44
Застрявшие в режиме «бей или беги»	45
Часть II. Что травма делает с мозгом	47
Глава 4. Спасайся как можешь: анатомия выживания	47
Созданы для выживания	49
Мозг снизу-вверх	51
Себя как в зеркале я вижу: Межличностная нейробиология	53
Выявление опасности: повар и дымовой датчик	55
Управление стрессовой реакцией: сторожевая башня	57
Всадник и лошадь	58
Как травма повлияла на мозг Стена и Уте	59
Диссоциация и повторное переживание	60
Сбой хронометра	62
Отключение таламуса	63
Деперсонализация: утрата собственного «Я»	64
Учиться жить в настоящем	66
Глава 5. Связи между мозгом и телом	67
Окно в нервной системе	70
Нейронный любовный код	71
Безопасность и взаимность	72
Три уровня защищенности	73
Реакция «бей или беги» и оцепенение	75
Как мы стали людьми	76
Защищаться или расслабиться?	77
Новые подходы в лечении	77
Глава 6. Теряя тело, теряя себя	80

Теряя свое тело	81
Как мы понимаем, что живы?	82
Система самовосприятия	85
Самосознание под угрозой	86
Принадлежность: быть хозяином собственной жизни	87
Алекситимия: когда нет слов, чтобы описать чувства	89
Деперсонализация	90
Дружба со своим телом	91
Связь с собой, связь с остальными	92
Часть III. Детский разум	94
Глава 7. На одной волне: привязанность и подстройка	94
Мужчины без матерей	99
Надежная база	100
Танец подстройки	101
Конец ознакомительного фрагмента.	102

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

Bessel van der Kolk

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

© Чорный Иван, перевод на русский язык, 2019

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2020

Пролог. Перед лицом травмы

Чтобы встретиться с травмой, необязательно принимать участие в боевых действиях или посещать лагерь беженцев в Сирии или Конго. Травмы случаются с нами, нашими друзьями, родными и соседями. Исследование, проведенное Центрами по контролю и профилактике заболеваний США (Centers for Disease Control and Prevention, CDC. – *Прим. ред.*), показало, что каждый пятый американец подвергался сексуальному насилию в детстве; каждого четвертого избивали родители, и примерно в каждой третьей паре случается физическое насилие. У четверти из нас в детстве были близкие родственники-алкоголики, и каждый восьмой становился свидетелем того, как били его маму (1).

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

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

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

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

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

Посттравматические реакции кажутся необъяснимыми и всепоглощающими. Чувствуя потерю контроля над собой, люди, пережившие травму¹, 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 усваи-

¹ Здесь и далее под словом «травма» подразумевается психотравмирующая ситуация. – *Прим. ред.*

вают 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 мозга², 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

² Авторский термин. Вероятно, имеются в виду структуры головного мозга, которые участвуют в формировании чувства тревоги. – *Прим. ред.*

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, «Бегающий 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 независимости³ 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 беспамятства либо развезжая 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 удается выжить, пробираясь сквозь грязь под пулеметным огнем, они зачастую испытывают гордость за себя и своих сослуживцев.

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

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.*

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 ярим 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 операции⁵.

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

⁵ Операция немецких войск на Западном фронте в ходе Второй мировой войны. – *Прим. ред.*

он, – то я брошу своих товарищей, и их смерть окажется напрасной. Я должен хранить в себе воспоминания о тех, кто погиб во Вьетнаме».

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

Потребность Тома жить с вечной памятью о своих товарищах дала мне понять, что он страдал от куда более серьезной и сложной проблемы, чем просто неприятные воспоминания или нарушенные химические процессы в мозге – ну или поврежденный нейронный контур⁶, 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 фрустрацией⁷, 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 преддв-

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.*

рии ожидаемого наплыва контуженых и перенесших психологические травмы солдат, ставших жертвами Второй мировой войны (2).

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

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

Нам на самом деле не хочется знать, через что проходят на войне солдаты. Нам не хочется знать, как много детей становятся жертвами насилия в нашем обществе или сколько пар – почти треть – сталкиваются в своих отношениях с физическим насилием. Нам хочется считать свою семью безопасным островком в безжалостном мире, а свою страну – населенной просвященными, цивилизованными людьми.

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

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

Травма и потеря себя

Первое проведенное мной в клинике для ветеранов исследование началось с систематических расспросов пациентов о том, что случилось с ними во Вьетнаме. Мне хотелось понять, что именно довело их до крайности и почему некоторые из них сломились, 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 тягами 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 ранив людей вокруг него. Том рассказал, как наблюдал с беспомощным ужасом за тем, как все члены его взвода за считанные секунды были убиты или ранены. Одно воспоминание навсегда въелось ему в разум: затылок Алекса, рухнувшего лицом вниз на залитое водой поле с задранными вверх ногами.

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

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

Том продолжил исправно ходить ко мне на прием, так как я стал для него некой спасительной отдушиной – отцом, которого у него никогда не было, Алексом, пережившим засаду. Нужно проявить огромное доверие и смелость, чтобы позволить вспомнить все. Людям, пережившим психическую травму, пожалуй, сложнее всего разобраться со стыдом из-за своих проступков, 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 досажать 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 лесу⁸ либо как их вертолет подстрелили во вьетнамских джунглях.

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

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, занимаю-

щейся 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 приходится 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 санитаров 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 grimасой 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.

Предрасветная 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 пользующуюся 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 насилюют 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 спрашивали 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 насиловали 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 приятелями 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 устойчи-

вость. 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 близких приютов и лечебниц, где большинство из них и закон-

чили 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 Йегуда 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, назой-

ливый звук, мыши, выращенные в теплом гнезде с обилием пищи, немедленно убежали 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 эндорфины⁹ – 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 Джеффри 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

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.*

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 флуоксетин¹⁰, 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, обедаясь, 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 день¹¹. «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.

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.*

Было бы здорово оставить им приятные воспоминания о том, как мы вместе весело провели время». Это был пациент, которому каждый день давался с огромным трудом.

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

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

Все участники исследования – даже те, кто принимал плацебо, – пошли на поправку, во всяком случае в какой-то степени. В большинстве исследований пациентов с ПТСР эффект плацебо оказывает значительное влияние. Люди, которые набираются смелости, чтобы принять участие в исследовании, за которое им не платят, в ходе которого в них постоянно тычут иглами, при том, что лишь половина из них получает настоящее лекарство, по-настоящему мотивированы решить свою проблему. Возможно, им становится лучше лишь от уделяемого им внимания, от возможности ответить на вопросы о своих мыслях и самочувствии. С другой стороны, возможно, что мамы «волшебные» поцелуи, от которых у ребенка не так болят ссадины, – точно такое же плацебо¹².

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:

¹² Препарат-«пустышка», используется для имитации лекарственного средства в исследованиях, чтобы оценить реальную эффективность исследуемого препарата. – *Прим. ред.*

с повышением уровня серотонина многие пациенты становились менее подвержены бурным несоразмерным реакциям.

Триумф фармакологии

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

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

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

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

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

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

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

Третье место занял антидепрессант Симбалта, таблеток которого было продано больше чем на миллиард долларов, хотя ни одно исследование не показало его превосходства над предыдущими группами антидепрессантов, вроде Прозака, для которых доступны более дешевые аналоги. Государственная программа медицинской помощи для бедных Medicaid расходует на антипсихотические препараты больше денег, чем на какую-либо другую группу лекарств (26). В 2008 году – ближайший год, по которому имеется полная информация, – в рамках программы было выделено 3,6 миллиарда долларов на антипсихотические препараты, в то время как в 1999-м этот показатель составлял 1,65 миллиарда. Количество людей младше двадцати лет, получающих за счет государства антипсихотические препараты, утроилось в период между 1999 и 2008 годами. Четвертого ноября 2013 года компания «Johnson & Johnson» согласилась заплатить 2,2 миллиарда долларов штрафов, чтобы урегулировать иск из-за ненадлежащей рекламы препарата Риспердал для приема взрослыми, детьми и людьми с пороками развития (27). Вместе с тем врачей, которые выписывали этот препарат, к ответу никто призывать не собирается.

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

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

Так как продажа лекарств стала невероятно прибыльным бизнесом, ведущие медицинские журналы редко публикуют исследования немедикаментозных методов лечения психических проблем (31). Врачей, применяющих такие типы лечения, как правило, клеймят за приверженность к «альтернативной» медицине. На исследования немедикаментозных способов лечения деньги выделяются, лишь когда в них используется так называемые «пошаговые протоколы», позволяющие четко подстраиваться под потребности пациентов. Официальная медицина твердо привержена идее сделать жизнь лучше с помощью химии и редко когда рассматривает другие способы изменения психики и внутреннего равновесия человека.

Адаптация или болезнь?

В теории болезней мозга упускаются из виду четыре фундаментальные истины: (1) наша способность истреблять друг друга сопоставима с нашей способностью к взаимному исцелению

нию. Важнейшую роль в восстановлении здоровья играет восстановление социальных связей и отношений с близкими; (2) язык дает нам возможность менять себя и окружающих, делаясь своим опытом; он помогает нам формулировать наши знания и находить здравый смысл; (3) мы способны управлять своей собственной психикой, включая так называемые произвольные функции мозга и тела, с помощью таких простых вещей, как дыхание, движение и прикосновение; и (4) мы можем менять социальные условия, создавая такую среду, в которой дети и взрослые будут чувствовать себя в безопасности и смогут нормально жить и развиваться.

Игнорируя эти фундаментальные грани человеческой сущности, мы лишаем людей возможности исцеления травмы и восстановления самоконтроля. Когда люди становятся пациентами, не принимающими активного участия в своем лечебном процессе, они отделяются от своего окружения, равно как и своего внутреннего самосознания. Учитывая ограниченные возможности лекарств, я стал раздумывать над поисками более естественных способов помочь людям 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 Павлов¹³

*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.

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.*

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, любуясь холмами. Мы собирались использовать эти сценарии для второй томограммы, чтобы использовать ее в качестве точки отсчета.

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

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

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

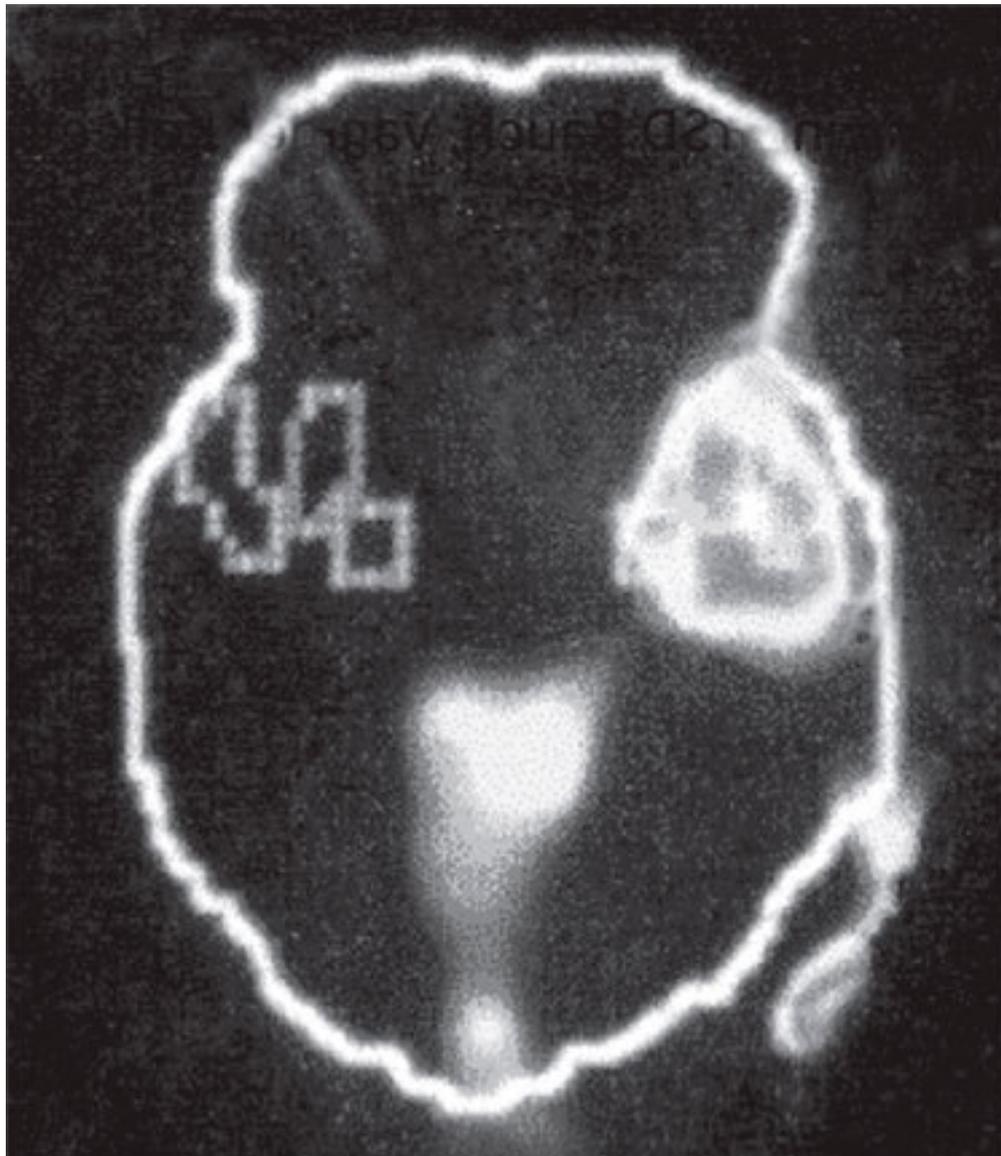
Несколько дней спустя участники пришли в кабинет томографии. Первым участником была Марша – сорокалетняя школьная учительница из пригорода Бостона. Ее сценарий возвращал ее на тринадцать лет назад, в тот день, когда она забрала свою пятилетнюю дочку Мелиссу из летнего лагеря. Когда они отъехали, Марша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

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

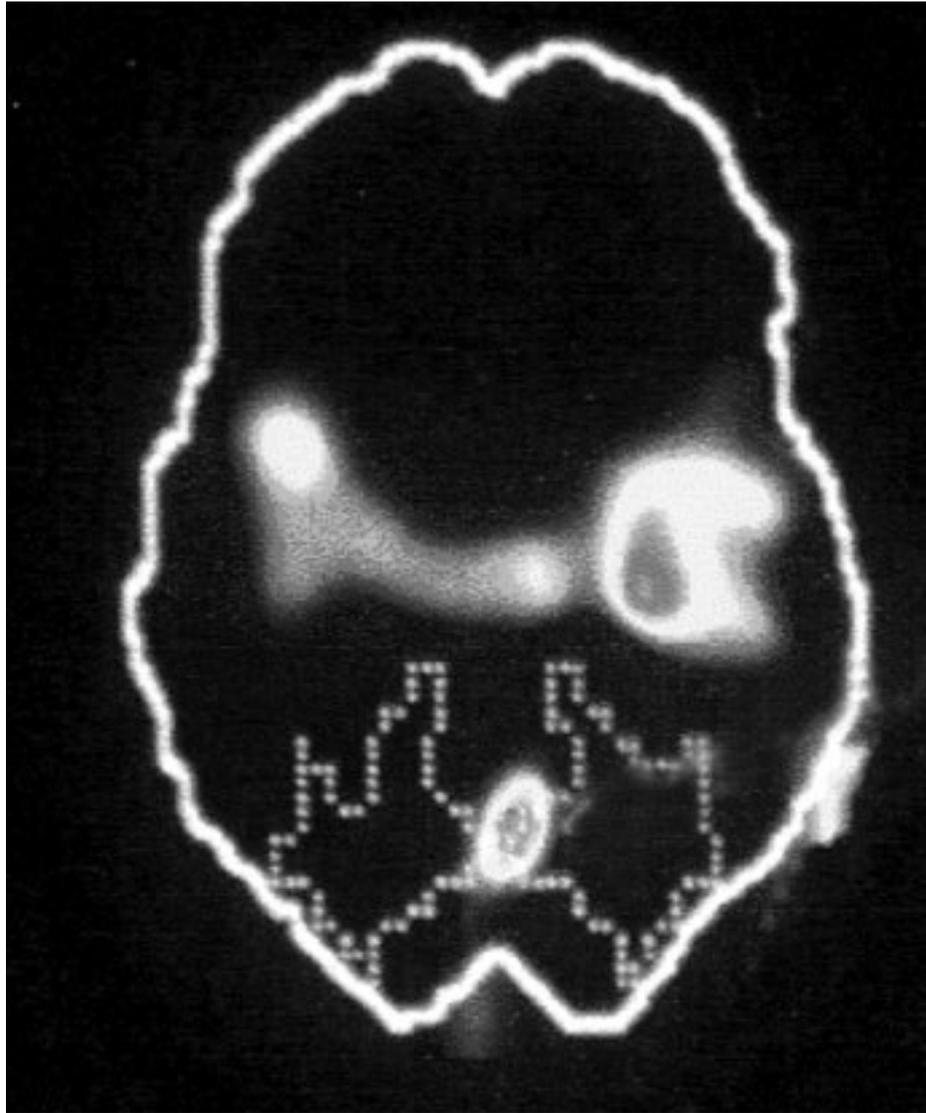
напрямую для нее было невыносимо – как и для многих пациентов, потерявших детей, их радостный смех провоцировал у нее бурную реакцию. Тем не менее каждый день, даже когда она пряталась за своими бумагами, давался ей с огромным трудом. В тщетной попытке сдержать свои чувства она стала работать по ночам.

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

А. Правая лимбическая область



Б. Зрительная кора



В. Зона Брока



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

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

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

На снимках были некоторые сбивающие с толку точки и цвета, однако самая яркая область активации мозга – большое красное пятно в правом нижнем центре мозга, известном как лимбическая область, или эмоциональный мозг, – никакого удивления не вызывала.

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 обществу. 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 19¹⁶ 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 загорается, 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).

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.*

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 половинок 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 выражать 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 выражаться 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, сгорают 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.

Застравшие 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, пере-

живших 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 немыслимое, 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 пры-

гающие 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 переварить 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.



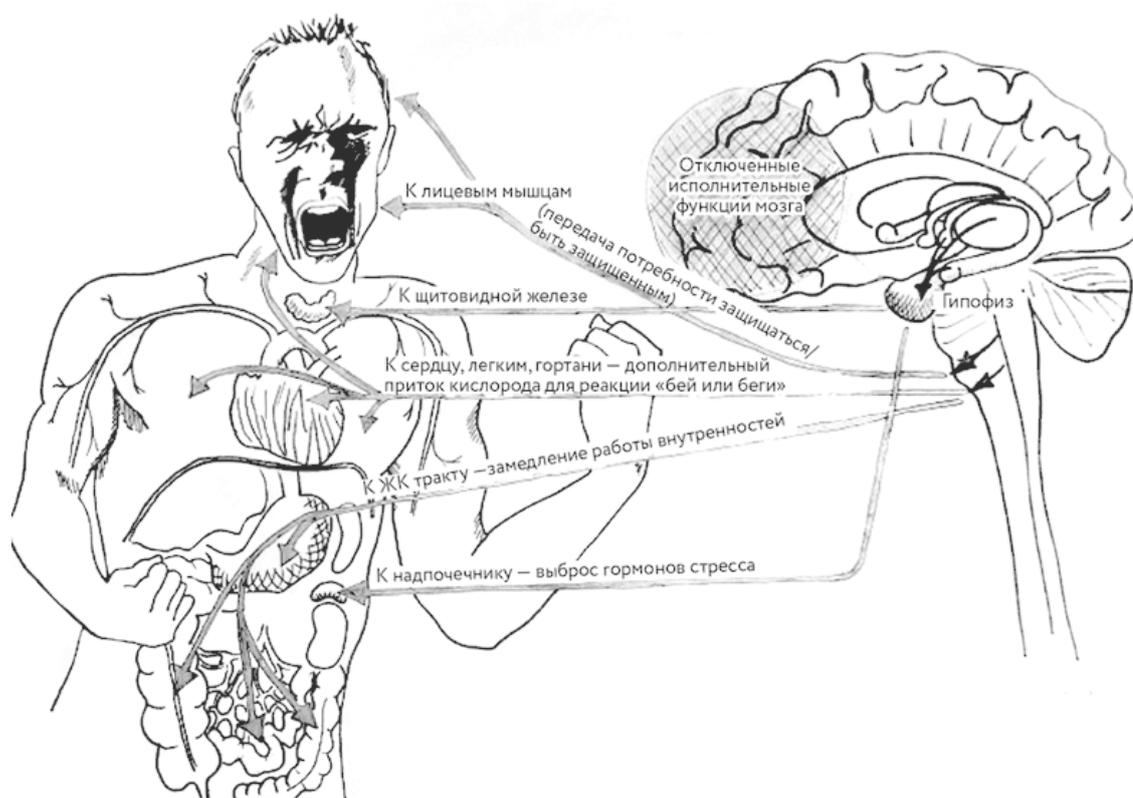
Рисунок пятилетнего Ноама, сделанный им после того, как он стал свидетелем атаки на Мировой торговый центр одиннадцатого сентября. Он воспроизвел зрительный образ, преследовавший столь многих выживших – людей, прыгающих из окон, чтобы спастись от пламени, – однако сделал одно спасительное дополнение: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

мую 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 беспомощности¹⁷. 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 вступают активизируются (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 необ-

¹⁷ Поведенческая реакция на неприятные раздражители, основанная на убежденности в беспомощности перед окружающим миром. – *Прим. пер.*

ходимо, 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 мозг¹⁸ 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 раздельных мозга¹⁹, 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

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.*

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, осознанием, 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 выращающих 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).

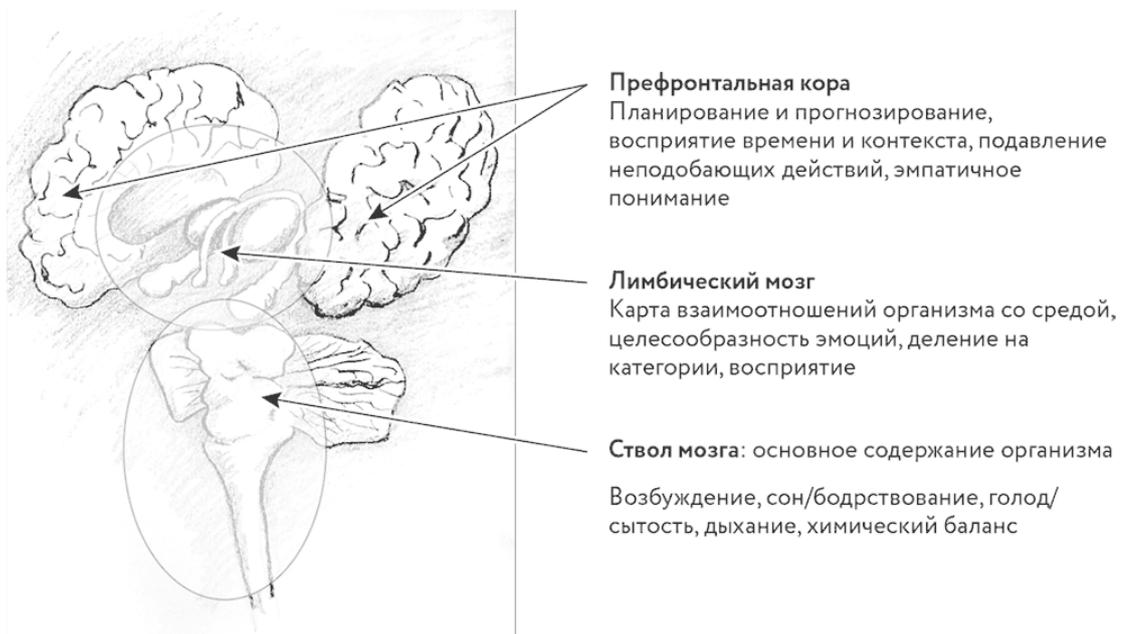
Они дают нам возможность выбора и лежат в основе нашей невероятной изобретательности. Поколения лобных долей своим усердным трудом создали культуру, которая привела нас от выдолбленных из дерева каноэ, лошадиных повозок и писем к реактивным самолетам, гибридным автомобилям и электронной почте. Они также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



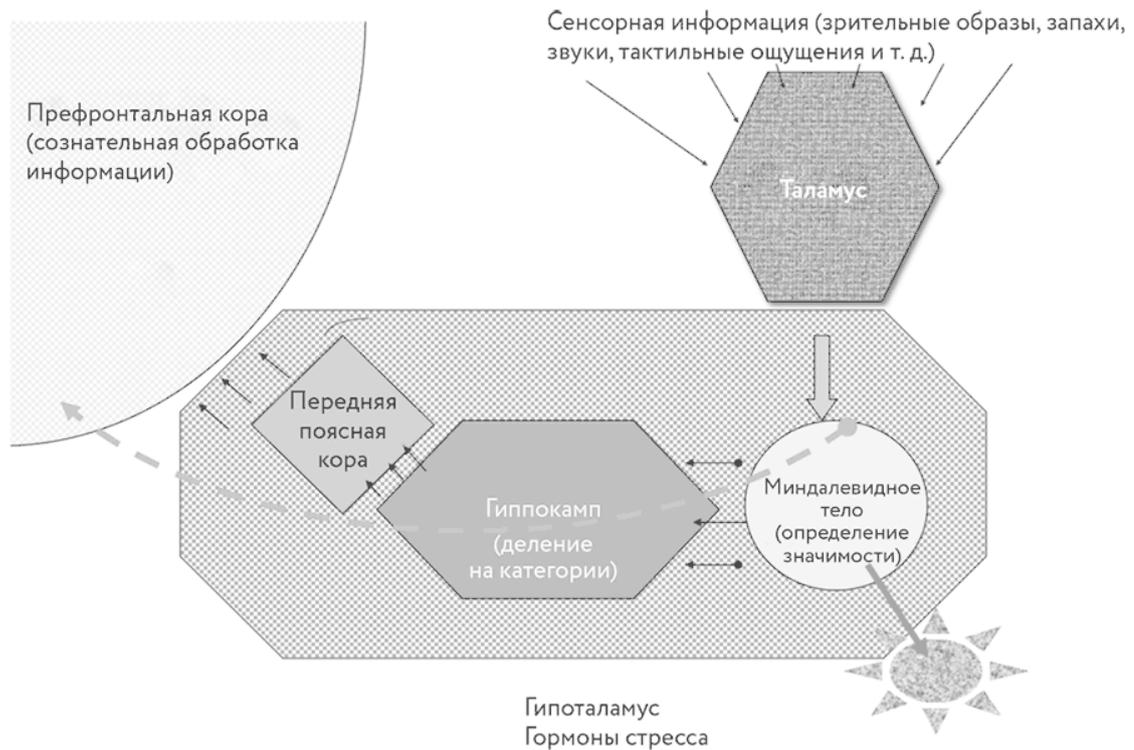
Триединый (трехсоставной) мозг. Мозг развивается снизу-вверх. Рептильный мозг развивается в утробе и управляет основными функциями жизнеобеспечения. Он чрезвычайно активно реагирует на угрозу на протяжении всей нашей жизни. Лимбическая система выстраивается главным образом в течение первых шести лет 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

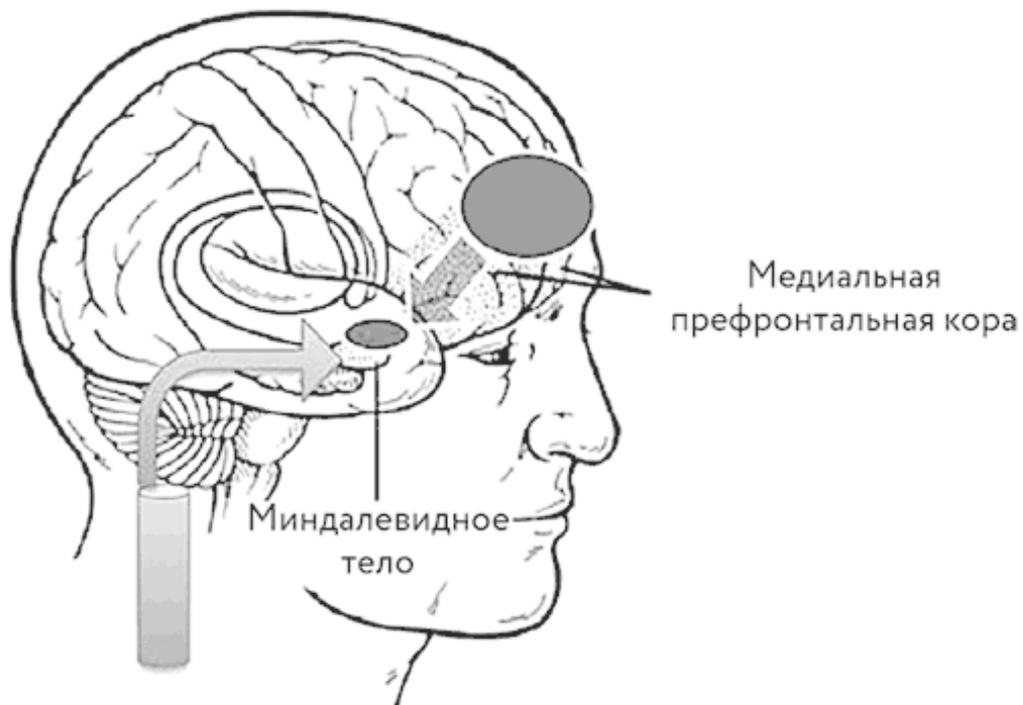
убежать. Когда опасность остается позади, организм достаточно быстро возвращается в свое нормальное состояние. Когда же этот обратный процесс оказывается невозможен, тело входит в режим самозащиты, из-за чего люди испытывают повышенное возбуждение.

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 сковородке? 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 лошадью (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 возделаем 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 разминув-

шись 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 сопротивляющихся им 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.

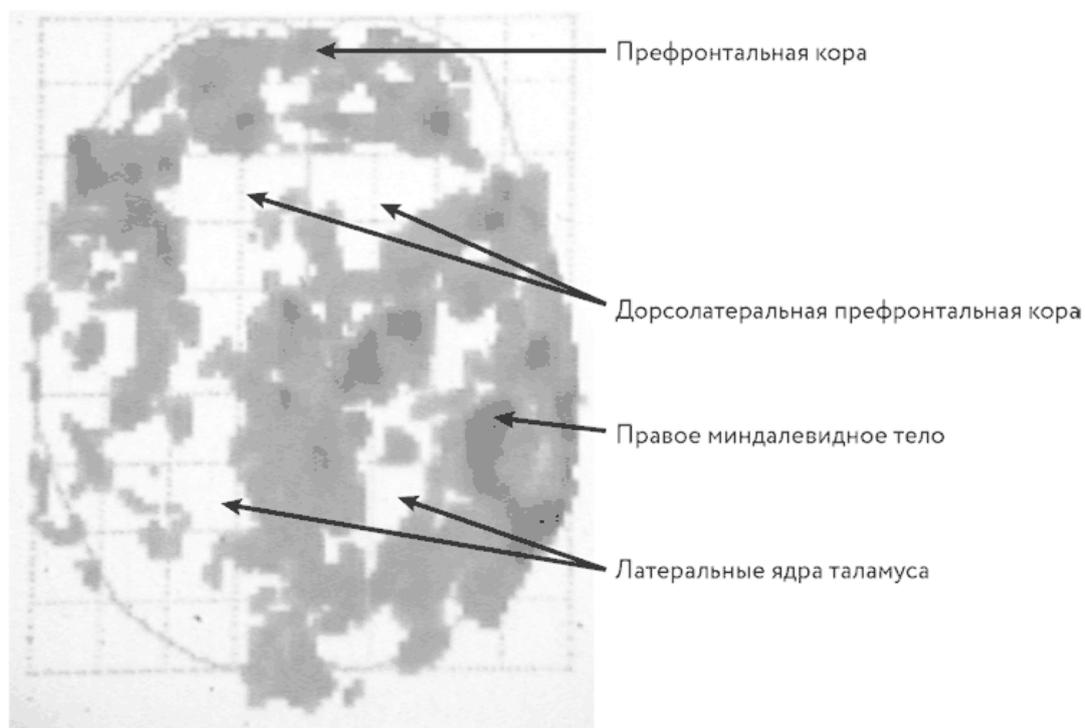
Спровоцированные реакции проявляются по-разному. Ветераны порой реагируют на малейший стимул – например, кочку на дороге или играющих на улице детей – так, словно они снова на войне. Ими мгновенно овладевают страх, ярость или оцепенение. Люди, перенесшие в детстве сексуальное насилие, могут подавлять собственную сексуальность и испытывать глубочайший стыд, когда они возбуждаются от ощущений или образов, напоминающих об их совращении, 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 другойотреагирует 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 почувуете 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 активизируются. 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).

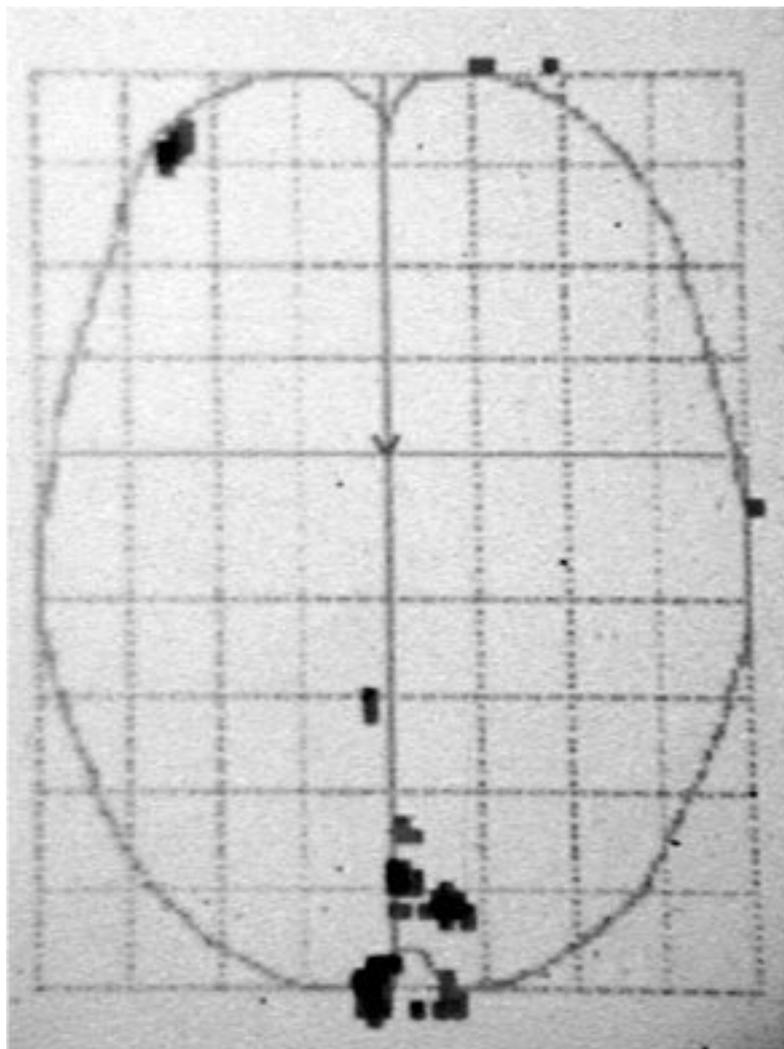
В нормальных обстоятельствах таламус также выступает в роли фильтра или контролера. Это делает его ключевой составляющей внимания, концентрации и получаемых новых знаний, на которые травма действует губительным образом. Читая эту книгу, вы можете слы-

шать 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 удается 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, рано 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.

Людям, 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. Десенсибилизация, может, и сделает 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

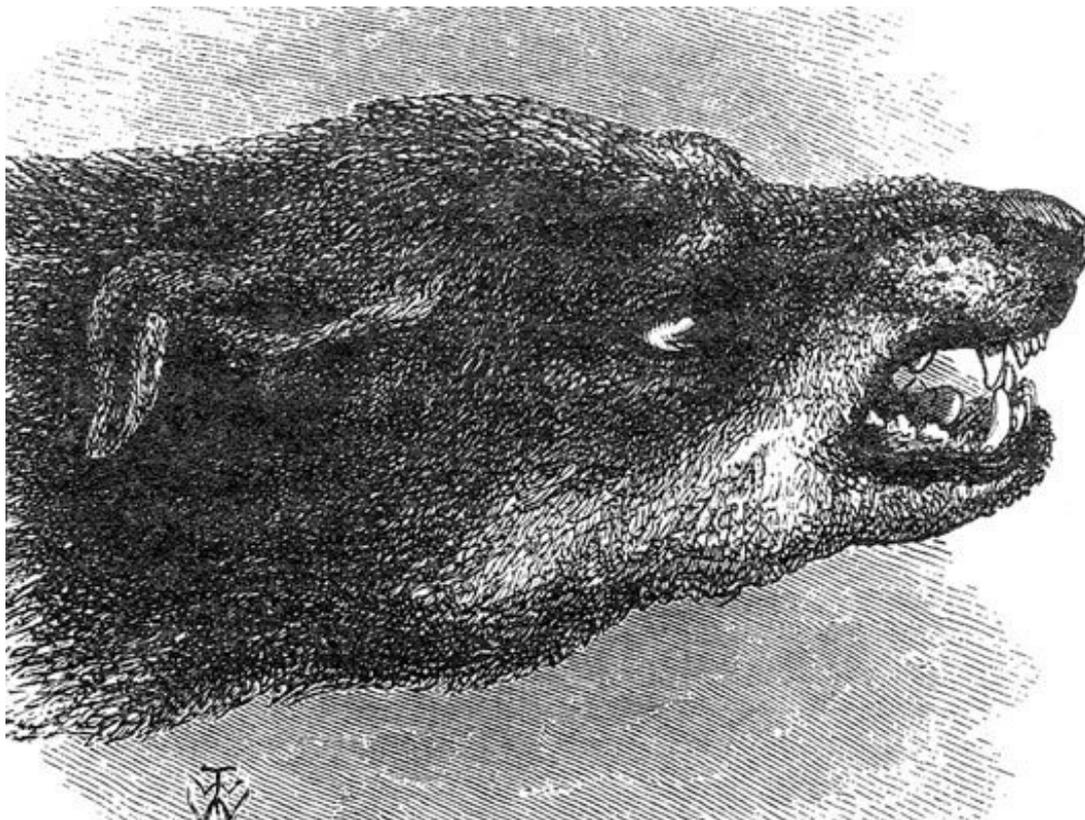
*В жизни главное ритм. Мы вибрируем, наши сердца перекачивают кровь. Мы – ритм-машины, вот кто мы такие.
Микки Харт*

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 антропоморфизме²⁰, 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 великодушные» (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.

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.*





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 запишетесь 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 взволнованны, 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 личности²¹. 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

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.*

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 учувствует 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 «обдываемся» 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 вселят 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 угрожаю-

щим 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, лежа-

щий у себя в постели и слышащий, как ваша мама кричит, избиваемая отчимом; когда вы видите, что вашего друга зажал 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 насиловали 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 защиты 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 приют²², 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

²² В США – дом, куда временно определяют приемного ребенка, ожидающего усыновления. – *Прим. пер.*

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 пси-

хологии, 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 мозга²³, 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.

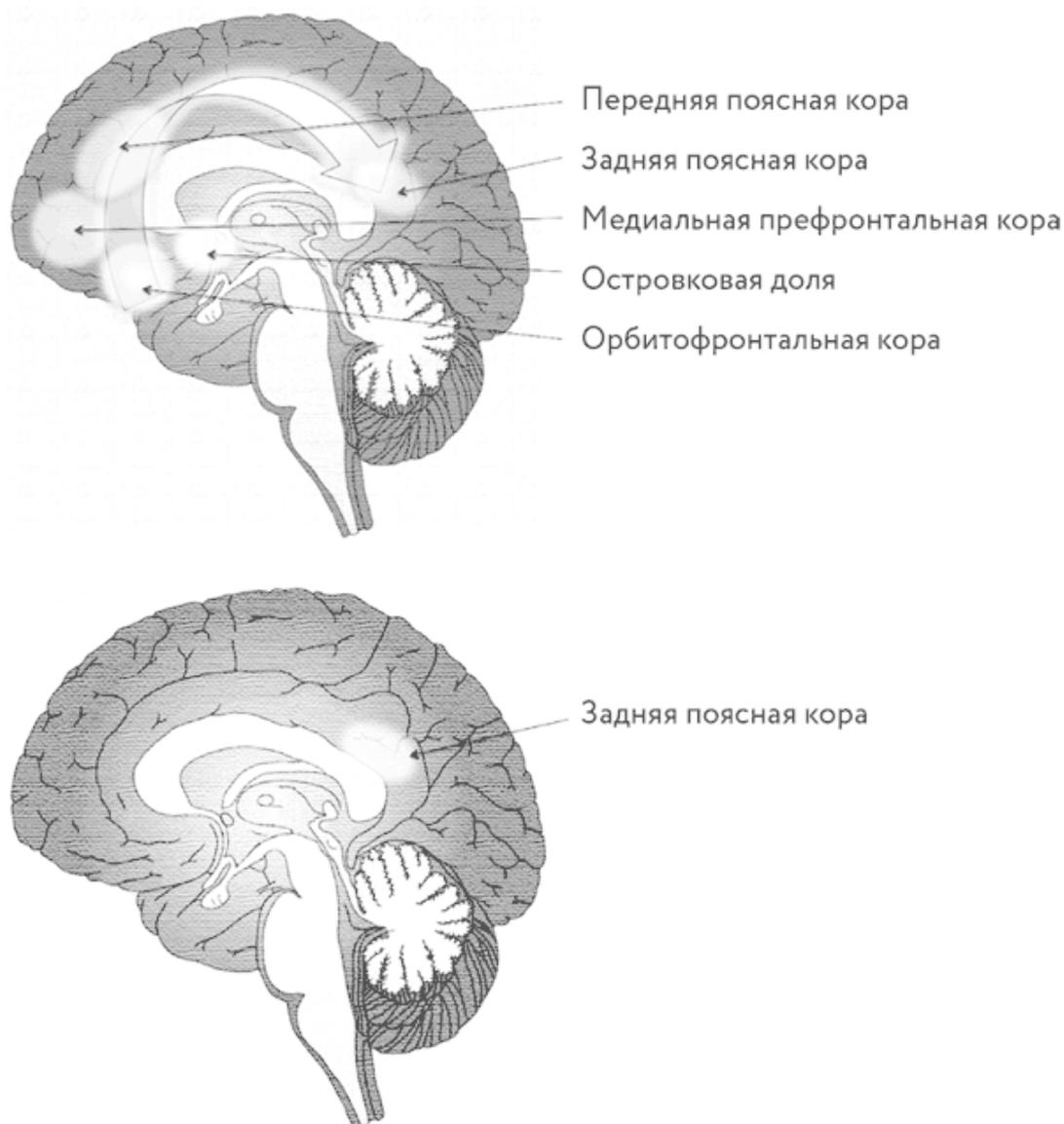
²³ К срединным структурам головного мозга относятся прозрачная перегородка между полушариями, третий желудочек головного мозга и эпифиз (железа, вырабатывающая мелатонин – гормон, регулирующий сон/бодрствование). Дисфункция срединных структур приводит к эмоциональным расстройствам, неуравновешенности поведения, резким перепадам настроения и вегетативным формам соматических нарушений. – *Прим. ред.*

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 самую травму и в попытке справиться с ужасом, не отпускаящим 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 самоосознанности, 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.

²⁴ Документальный французский фильм Люка Жаке о судьбе императорских пингвинов, каждый год совершающих путешествие в глубь Антарктики для выведения потомства. – *Прим. пер.*

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 «остолбенеть 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 компульсивного²⁵ выполнения чужих желаний.

²⁵ Компульсия – симптом, представляющий собой периодически возникающее навязчивое поведение и ритуалы. В данном случае «компульсивное» означает «навязчивое». – *Прим. ред.*

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 теть, 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 отвезил 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 Фрюн 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». Фрюн 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 приняли 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 издали... 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 переработанную 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 приходившие 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).

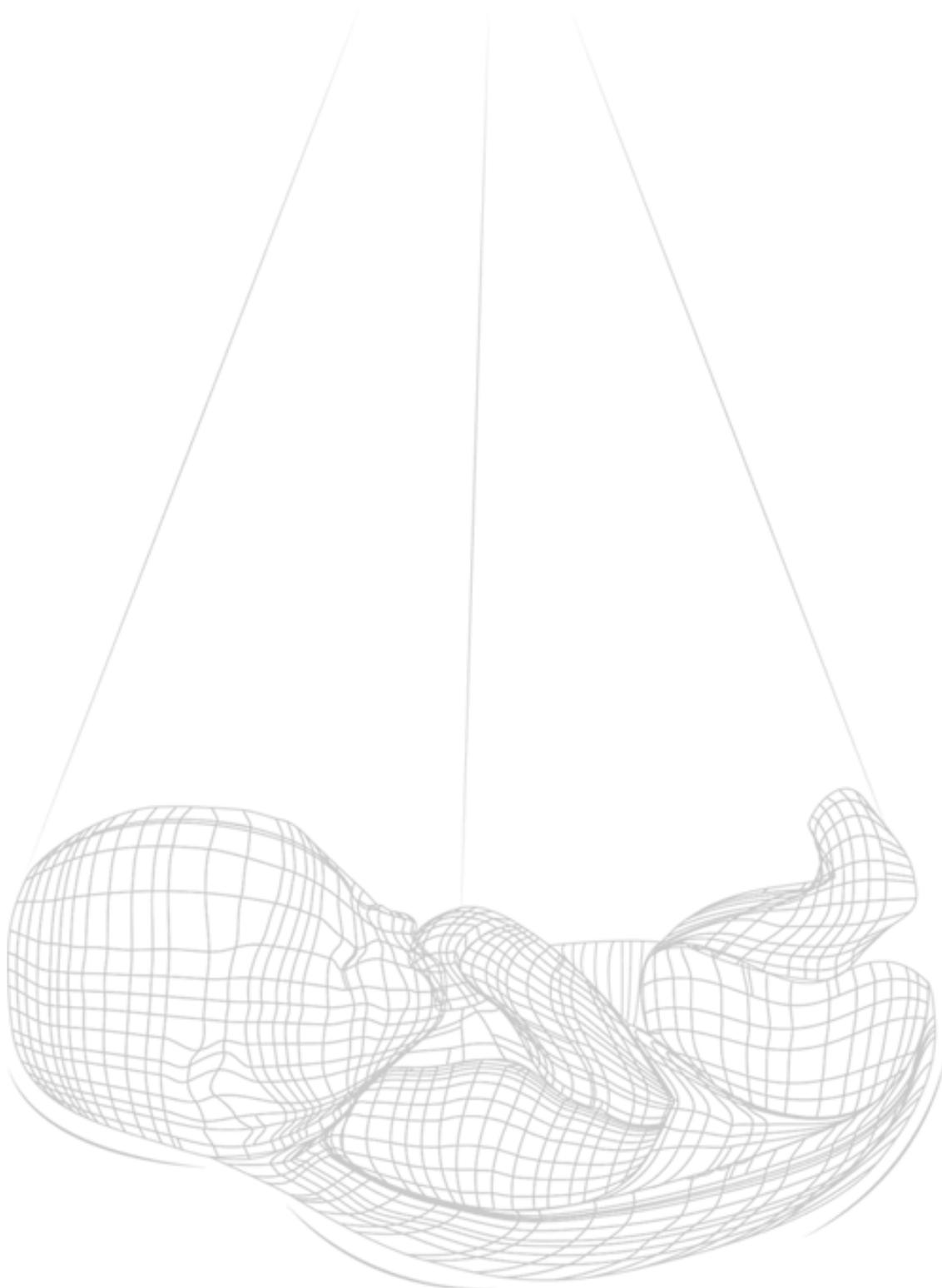
Самое поразительное различие между контрольной группой из «здоровых» людей и пережившими травму пациентами заключалось в активации префронтальной коры в ответ на прямой зрительный контакт.

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 несговорчивыми. 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 Пиаже²⁶ 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 бро-

²⁶ Швейцарский психолог и философ, известен работами по изучению психологии детей, создатель теории когнитивного развития. – *Прим. пер.*

сили 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 угрюмую развязку.

Одна из девочек сказала, что маленькая девочка на картинке собирается размозжить 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 Риталин²⁷ – 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.

²⁷ Риталин – психостимулирующий препарат, используемый для лечения СДВГ. Препарат принимают строго по назначению врача. – *Прим. ред.*



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 вызывали 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 вос-

приимчивые 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 вообразить 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 Восточ-

ного 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 Жане: «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 взаимообмена, 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.)

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

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

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