Мальчик, которого растили как собаку

Автор:
Брюс Салавиц

Мальчик, которого растили как собаку

Брюс Перри

Майя Салавиц

Травма и исцеление. Истории психотерапевтов

Новое издание мирового бестселлера о детской травме, переведенного на 26 языков. Известный психиатр Брюс Перри рассказывает десять историй своих маленьких пациентов, которые пережили страшные потрясения: стали жертвами физического или сексуального насилия, свидетелями убийств, воспитывавшимися в секте или пережившими геноцид. Случаи из его практики и многолетние научные исследования доказывают: психологические травмы имеют колоссальное влияние на развитие ребенка и его психику, и дети ничего не забывают, как считали специалисты раньше. Но своевременная и профессиональная помощь может вернуть таких детей к нормальной жизни и позволить им вырасти здоровыми взрослыми. В своей книге доктор Перри раскрывает удивительные способности мозга и психики к восстановлению и дарит надежду на исцеление.

Брюс Перри, Майя Салавиц

Мальчик, которого растили как собаку

Брюс Д. Перри

Членам моего семейного клана: Барбаре, Джею, Эмили, Мэдди, Бенджи, Элизабет, Кэти, Марте, Гранту и Робби.

Памяти Арлис Дикемы Перри (1955–1974)

Майя Салавиц

Моей матери, Норе Стаффанелл

© Савельев К.А., перевод на русский, 2021

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2021

Предисловие

Дополненное и обновленное издание книги «Мальчик, которого растили как собаку» всемирно известного психотерапевта Брюса Перри и удостоенной наград журналистки Майи Салавиц – это кладезь бесценных знаний о детстве. В семьях, школах, детских садах, педагогических и психологических вузах, органах опеки и попечительства, учреждениях для сирот, кабинетах чиновников сферы защиты детства книга должна быть настольной.

Реальные истории, изложенные доктором Перри, вне сомнений, станут для педагогов, специалистов и родителей лакмусовой бумажкой их отношения к детям. Взрослые узнают много нового о самих себе. Я искренне завидую каждому, кто возьмет эту книгу в руки впервые: перед вами раскроются многие тайны и проявятся новые грани жизни.

До недавнего времени во всем мире – Россия не стала исключением – был популярен опасный миф о «пластичности детской психики». Взрослые считали, что события раннего детства не оказывают на ребенка никакого влияния: «Поплачет, и забудет». Накричали? Наказали физически? Оставил отец?

Лишился семьи? «Он маленький, вырастет, и не вспомнит». Даже ученые и специалисты до 90-х годов прошлого века чаще всего считали, что возможности и особенности мозга человека обусловлены лишь генетическими факторами. Ни среда, ни события, происходящие с ребенком, на функции мозга якобы не влияют.

Брюс Перри и его коллеги раз и навсегда положили конец этому чудовищному заблуждению. Практическая работа с травмированными детьми помогла показать обществу многие связи между событиями в жизни детей и их поведением. Доктор Перри доказывает влияние травмы на развитие, самоощущение, здоровье ребенка и его реализацию в будущем. Он настаивает на том, что маленького человека формирует не только генетика, но и окружение, среда, события, которые ему довелось пережить. А главное, отношение самых близких людей.

Современной России не хватает знаний о детской психологической травме для внесения качественных изменений в сферу защиты детства.

Парадоксально, но факт – люди, которые работают с травмированными детьми в комиссиях по делам несовершеннолетних, соответствующих подразделениях отделов полиции, судах, в исправительных учреждениях, приютах, детских домах, органах опеки и попечительства, центрах социальной помощи семье и детям, не получают даже базовых знаний по этой теме.

Психологической детской травмы как предмета нет в психологических и педагогических вузах нашей страны. Педагогам эта информация недоступна. Будущие психологи прикасаются к детской травме лишь в рамках других разделов программы.

От отсутствия знаний проистекают и многие ошибочные решения на уровне государства, касающиеся детей.

Широко распространенная практика помещения травмированных детей вместе наносит гигантский ущерб психическому здоровью нации. «Еще одно важное следствие «зеркальной» биологии человека, – пишет Брюс Перри, – состоит в том, что очень неразумно содержать детей с агрессивным или непредсказуемым поведением в больших группах, поскольку они будут проецировать и усиливать такое поведение, а не успокаивать друг друга». Однако именно так содержатся

сегодня дети России в приютах, детских домах, исправительных медучреждениях и колониях. Вместо реабилитации проблемы усиливаются.

Детей, потерявших семьи (а это страшная психологическая травма для ребенка), в стране порядка 500 000. Из них 70 000 живут в детских домах по причине утраты попечения родителей, а также по заявлению матери или отца. Нет системной работы по ранней профилактике социального сиротства.

Не только потеря семьи делает детей в нашей стране уязвимыми. Само понимание родителями «воспитательных мер» нуждается в серьезной коррекции. Исследования, инициированные Национальным институтом защиты детства в рамках проекта «Дом под зонтом» в 2019 году, показали, что каждый третий житель нашей страны считает допустимым использование методов физического наказания. По данным этого исследования, 68 % россиян склонны применять «мягкие» формы: подзатыльник и шлепок даже не рассматриваются ими как «жестокое обращение». В итоге оказывать физическое воздействие на ребенка считают правильным около 90 % россиян.

Однако грань между шлепками и насилием невероятно тонка.

Единых цифр в публичном пространстве нет – Следственный комитет ведет свою статистику, ГУВД свою, МВД свою – но ежегодно огромное количество детей подвергается жестокому обращению, физическому и сексуальному насилию. То, что становится достоянием общественности – всего лишь верхушка айсберга. По неофициальным данным, регулярным избиениям со стороны родителей подвергается порядка 2,5 миллиона детей до 14 лет. Примерно 50 тысяч из них убегают из дома от побоев. Порядка 30–40 % всех преступлений в стране происходят в семье и 50 % из них затрагивают детей. Примерно 60–70 % детей, которые подвергаются жестокому обращению, как следствие, отстают в развитии, страдают приобретенными физическими, психическими и эмоциональными расстройствами. В будущем негативный детский опыт увеличивает риск онкологии, сердечно-сосудистых, аутоиммунных заболеваний, а также зависимостей, криминального поведения и суицидов.

Очевидно, что нам еще только предстоит научиться защищать своих детей. Сегодня государство в рамках «Десятилетия детства» ищет для этого инструменты. Но поиск будет успешен лишь при условии знаний: нет смысла «тушить пожары» и не работать над устранением первопричин.

Книгу Брюса Перри и Майи Салавиц мне посчастливилось прочесть в 2017 году. С тех пор я перечитывала ее много раз. Как травма влияет на детскую психику? Что происходит с мозгом ребенка? Как помочь травмированным детям вернуть психическое и физическое здоровье? Эти знания оказались бесценны. Особенно в воспитании детей, которых мы с мужем приняли в свою семью из детских домов.

Сегодня мы как учредители некоммерческой организации «Азбука семьи» видим свой вклад в том, чтобы делиться знаниями. Доносить до общества ключевые смыслы. «Чуткие и заботливые отношения с детьми имеют важнейшее значение для их умственного и психического здоровья», – утверждает Брюс Перри. И в этом – залог благополучного будущего в мире.

Диана Машкова, писатель,

основатель АНО «Азбука семьи», мама 5 детей

Авторское примечание

Все истории в этой книге являются подлинными, но в целях конфиденциальности мы изменили некоторые подробности. Имена детей и взрослых членов их семей были изменены в тех случаях, если это было необходимо для сохранения анонимности. Все остальные имена взрослых людей являются подлинными, кроме отмеченных звездочкой. Несмотря на эти вынужденные изменения, основные элементы каждой истории изложены точно, насколько это возможно. Например, разговоры воспроизведены на основе непосредственных событий и/или рукописных заметок, аудио- и видеозаписей.

Печальная истина состоит в том, что эти истории – лишь крошечная часть того, что мы могли бы рассказать. За последние десять лет наша клиническая группа в «Академии детской травмы» (The ChildTrauma Academy) приняла участие в лечении более ста детей, которые были свидетелями убийства родителей. Мы работали с сотнями детей, переживших ранний опыт полного пренебрежения в детских учреждениях, а также в родных или приемных семьях. Мы надеемся, что смогли передать на этих страницах силу духа детей, истории которых описаны в книге – как и многих других, претерпевших похожую участь.

Предисловие к изданию 2017 года

Ранним вечером весной 2001 года я сидел в аэропорту Миннеаполис/Сент-Пол и слушал голосовую почту. Весь день я провел за разговорами: сначала за деловым завтраком с руководителями местных сообществ, потом на курсах подготовки клиницистов, работающих с детьми, которые подвергались жестокому обращению, и наконец, на совещании с учеными коллегами, организовавшими мой визит. После четырнадцатичасовых разговоров мне меньше всего хотелось говорить по телефону. Я решил ответить только на один звонок, а с другими разобраться попозже.

Популяризатор науки и репортер Майя Салавиц хотела узнать мои соображения по поводу книги, которую она писала. Мы с Майей уже беседовали раньше. Мне она нравилась. Майя была очень любознательна, хорошо подготовлена, задавала отличные вопросы и, насколько это возможно для популярной прессы, точно передавала контекст и содержание наших разговоров в своих сочинениях. В отличие от большинства журналистов, с которыми мне приходилось встречаться, она всегда знакомилась с основной научной литературой, связанной с ее сюжетами, и была готова читать еще больше. Она также никогда не нарушала дедлайн.

Я уже не помню, о чем мы говорили, но в конце концов она сказала: «Вам нужно написать книгу».

«Я думал об этом, но у меня просто нет времени. Кроме того, валютой в научных кругах считаются исследовательские статьи и гранты. Признаться, мне хотелось бы когда-нибудь написать книгу, но сейчас я слишком занят».

«Я могу помочь, и тогда мы напишем книгу вместе».

Этот разговор привел к ряду долгих бесед, многолетнему сотрудничеству и созданию книги «Мальчик, которого растили как собаку».

Принявшись за работу, мы не имели представления о грядущих изменениях в области травматологии, – о том, как много людей стремится к пониманию

последствий травмы для разума и мозга и какой огромный интерес скоро возникнет к «осведомленному уходу» за травмированными людьми. Мы не знали, что наша книга будет использоваться как учебник для старшекурсников и бакалавров, изучающих социологию, неврологию, психологию, криминологию и многие другие дисциплины.

Хотя мы, разумеется, надеялись произвести некоторое впечатление, но не ожидали целого потока откликов от множества молодых и взрослых людей, столкнувшихся с психическими травмами или пренебрежением. Родители, учителя, работники социальной сферы, военнослужащие, специалисты по охране детского здоровья, сотрудники ювенальной юстиции, судьи, инструкторы, медсестры, психиатры, психологи и педиатры – практически все, кто живет или работает с людьми, пережившими травму или жестокое обращение, связывались с нами, писали и говорили о том, что читали и пользовались концепциями из нашей книги в своей работе.

За последние десять лет осознание важности перенесенной в детстве травмы и «неблагоприятного детского опыта» (теперь известного под аббревиатурой НДО) испытало почти взрывной рост в области психического, физического и даже общественного здоровья, – от небольших груп клиницистов и исследователей до социальных систем и широкого круга людей. Государственные и частные системы образования, детского благополучия, психического и физического здоровья, ювенальной юстиции, а также многие другие, занимаются внедрением инициатив «осведомленного ухода», «осознания травмы», «сосредоточенности на психических травмах» и «понимания НДО». Книга «Мальчик, которого растили как собаку», оказалась полезным введением ко многим основным концепциям, принципам и практическим элементам осведомленного подхода к травме.

Но когда мы начинали, я на самом деле не знал, что делаю, – по крайней мере, как писатель. В отличие от Майи, я никогда не писал книг. Мы решили воспользоваться рядом клинических описаний историй пациентов (по сути дела, рассказов из реальной жизни), чей опыт и переживания служили примером ключевых концепций о мозге, развитии или детской травме. Мы находились в поиске равновесия между этими подробными, индивидуальными историями и подачей научного материала. Мы хотели, чтобы читатели были увлечены, но не ошеломлены сложностями развития мозга или эмоциональной интенсивностью болезненных детских историй. Это была тонкая грань, и, как выяснилось, для некоторых читателей сложность или эмоциональная интенсивность оказалась

чрезмерной. В связи с этим прошу обратить внимание: если вы впервые читаете эту книгу и сами пережили травмирующее событие, нужно отдавать себе отчет, что в ней содержатся чрезвычайно тяжелые и даже шокирующие моменты. Поэтому не спешите читать все сразу.

Однако в большинстве случаев равновесие все же соблюдается. А если в какие-то моменты читатель почувствует себя ошеломленным, он может отложить книгу и вернуться к ней позже. Мы стремились нащупать ритм как в структуре, так и в стиле изложения. Мы целенаправленно подбирали нужные «дозировки» эмоциональной интенсивности, которые могли расстроить читателей, и новизны, которая тоже может быть фактором стресса. Мне хочется думать, что мы соблюли надлежащий темп для оптимального процесса обучения и намеренно создали схему повышения устойчивости к переживаниям, которая включает умеренный, контролируемый и предсказуемый стресс для читателей. Но тогда мы не знали об этих концепциях так много, как теперь.

Мы оба оценивали языковой ритм и силу повествования, но продвигались интуитивно. В конце концов, я думаю, в основном мы достигли нужного баланса. В новых разделах, добавленных к этому изданию, мы подчеркиваем важность ритма, «дозировки» и интервалов переживаний для укрепления психологической устойчивости. За последние десять лет мы пришли к значительно более глубокому пониманию этих концепций и их применения для развития, обучения, терапии, родительского воспитания и других целенаправленных процессов изменения мозга. Но подробнее об этом потом.

Вторым важным решением была последовательность клинических эпизодов.

Мы сочли необходимым представить их в приблизительном хронологическом порядке для отражения прогресса в сфере детской психиатрии и моего личного роста как клинициста и исследователя. Мой учебный и педагогический опыт в неврологии, медицине, детской и подростковой психиатрии накапливался параллельно с развитием травматологии. Поскольку я всегда был сосредоточен на процессах развития, то знал, что всегда полезно понимать «историю»: как этот человек стал таким, как сейчас? Откуда появились его идеи? Мне всегда легче понять настоящее, если я знаю, что случилось в прошлом.

Во время подготовки к работе над книгой «Мальчик, которого растили как собаку» я обозначил контуры основных концепций, которые считал немаловажными для понимания детской травмы и жестокого обращения с

детьми. Я также отметил последовательность, в которой впервые знакомился с этими идеями и теориями по мере моего профессионального развития. Опираясь на эту общую структуру, мы приступили к работе.

Наш творческий процесс состоял из целого ряда телефонных разговоров, похожих на интервью, примерно часовой продолжительности. Я жил в Хьюстоне, а Майя в Нью-Йорке. Приблизительно один раз в неделю мы проводили долгую беседу. Я описывал проделанную клиническую работу с пациентом, либо объяснял принцип или концепцию детского развития, либо говорил о неврологии. Эти интервью записывались и транскрибировались. Майя редактировала и упорядочивала их, вносила свои добавления и высылала мне копию. Потом я тоже проверял ее и делал поправки. Благодаря этому возвратно-поступательному процессу наша совместная работа продвигалась на удивление гладко.

После публикации книги начался поток позитивной обратной связи. Мы получали электронные и обычные письма от читателей, многие из которых имели болезненный опыт детской травмы. Некоторые выражали благодарность за то, что книга помогла им «соединить пунктирные линии» в их жизни. С годами, по мере роста популярности, книга была переведена на двадцать языков и, как отмечалось выше, стала учебным материалом для любых курсов, связанных с детским развитием, детской травмой и ее воздействием на психологию и физиологию.

Подход к решению клинических проблем, обозначенный в книге «Мальчик, которого растили как собаку», привел к созданию модели последовательной неврологической терапии (ПНТ), которая привлекла большой интерес. Как мы подробно опишем в новой заключительной главе (Глава 12, «Картина, а не ярлык»), развитие этого подхода было не менее стремительным. После первой публикации книги мои коллеги из «Академии детской травмы» (The ChildTrauma Academy) были единственными людьми, подготовленными для его использования. Теперь более 10 000 клиницистов пользуются тем или иным вариантом модели последовательной неврологической терапии в своей работе, которая затрагивает более 200 000 пациентов. По нашим оценкам, более 1 000 000 детей, подростков и взрослых людей проходили терапию по одному из аспектов ПНТ.

Мы решили написать дополненную и комментированную версию книги с целью гарантировать, что «Мальчик, которого растили как собаку» останется полезным

и достоверным источником знаний. В последние десять лет появились новые достижения в исследованиях, практике, программах развития и законодательных инициативах, связанных с детской травмой. Усовершенствованная версия 1) скорректирует и прояснит содержание первоначальной книги, 2) расширит, подробно объяснит и обновит основные принципы и концепции, описанные в первом издании, и 3) представит новые многообещающие направления в области детского развития.

Опять-таки нам понадобилось некоторое обсуждение того, как достичь этой цели наилучшим образом. Масштабная поддержка первого издания книги сыграла позитивную роль; ритм и баланс повествования были хорошо восприняты большинством читателей. Мы решили оставить каждую главу практически неизменной (лишь внесли несколько фактологических исправлений и изменили устаревшие даты). В конец книги был добавлен ряд очерков, связанных с каждой главой и комментирующих основные пункты в контексте современного понимания.

Когда мы писали эти комментарии, нам нравилось представлять, будто мы сидим рядом с читателями и проводим короткие беседы о том, что они только что прочитали. Иногда это может быть новая информация об одной из ключевых концепций неврологии, представленных в книге; в других случаях – описание клинической работы или прогресса в решении проблем, связанных с конкретным эпизодом. Так или иначе, наше намерение состоит в том, чтобы дополнять, развивать и обогащать ваши знания.

Разумеется, при составлении этих небольших разделов я перечитывал каждую главу. Как ни странно, но после публикации первого издания я ни разу не читал нашу книгу. Ясно, что, когда мы писали и регулярно обменивались вариантами редактуры, мне приходилось перечитывать каждую главу. Но к тому времени, когда мы отослали финальный текст для издательской подготовки и публикации, я не мог даже смотреть на него. В некотором отношении, десять лет спустя я просматривал каждую главу новыми глазами. Иногда я был впечатлен тем, как хорошо мы что-то объяснили, а в других случаях испытывал раздражение и досаду. Сейчас мне известно гораздо больше, я глубже изучил материал и узнал много нового от моих коллег и пациентов. Думаю, мы можем воспользоваться этим обстоятельством для того, чтобы дать читателям более полное представление о предмете.

В соответствии с принципом последовательного изложения мы добавили одну новую главу в конец книги, а также снабдили книгу практическим руководством. Новая глава приводит нас в нынешнее время. Надеемся, что здесь мы прояснили наиболее важные концепции и предопределили будущие направления развития в области детской травмы.

Новое практическое руководство представляет собой адаптированное учебное пособие, которое я написал вместе с моим коллегой Стивом Гранером, бывшим учителем, а ныне руководителем нашей инициативы «последовательной неврологической модели для образования» (ПНМО). Мы надеемся, что она будет полезна для всех, кто хочет проводить более упорядоченную дискуссию об основных концепциях, представленных в книге «Мальчик, которого растили как собаку», и для тех, кто рассматривает возможность применения этих идей во взаимодействии и работе с детьми.

В общем и целом, эти обновления и дополнения, включая новую главу, комментарии и практическое руководство, призваны гарантировать, что «Мальчик, которого растили как собаку» останется доступным и современным источником информации для всех, кто интересуется детской травмой или сам пережил ее.

Вступление

Сейчас трудно даже представить, но в начале 1980-х годов, когда я учился в медицинском колледже, ученые не уделяли особого внимания долговременным последствиям психологической травмы. Еще меньше интереса проявляли к тому, какой вред такая травма может причинять детям. Это не считалось актуальным. Напротив, было принято думать, что дети отличаются «врожденной жизнеспособностью» и могут быстро «приходить в норму».

Став детским психиатром и неврологом, я не стремился к цели опровергнуть эти ошибочные представления. Но потом, будучи молодым исследователем, в лабораторных условиях я обнаружил, что стрессовые события – особенно в раннем возрасте – могут изменять мозг молодых животных. Многочисленные эксперименты на животных показали, что даже незначительный стресс во младенчестве оказывает перманентное воздействие на архитектуру и биохимию

мозга, а следовательно, на поведение. Тогда я задумался: возможно ли, что такие же последствия наблюдаются и у людей?

Этот вопрос стал более существенным для меня, когда я приступил к клинической работе с проблемными детьми. Вскоре я обнаружил, что жизнь подавляющего большинства моих пациентов была наполнена хаосом, пренебрежением и/или насилием. Со всей очевидностью, эти дети не «возвращались к норме», иначе с какой стати они оказались бы в детской психиатрической клинике? Они пережили травмирующее событие: стали жертвами изнасилования или свидетелями убийства. И если бы они были взрослыми людьми с психическими отклонениями, то большинство психиатров рассматривали бы диагноз посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Тем не менее этих детей лечили без учета их тяжелой истории, как будто такие симптомы, как депрессия или проблемы со вниманием, часто требующие медикаментозного лечения, были «случайными».

По правде говоря, диагноз ПТСР вошел в психиатрическую практику только 1980-х годах. Сначала его рассматривали как достаточно редкое состояние или расстройство, отмеченное у незначительного количества солдат, испытывавших психическую опустошенность после боевых действий. Но вскоре такие же симптомы (навязчивые мысли, фрагментарные воспоминания о травмирующем событии, нарушения сна, чувство нереальности происходящего, повышенная тревожность и пугливость) были описаны у жертв изнасилования, людей, переживших природные катаклизмы, а также у тех, кто оказался свидетелем или участником опасных для жизни инцидентов или актов насилия. Теперь считается, что от этого расстройства страдает около 7 % американцев[1 - Теперь считается, что от этого расстройства страдает около 7 % американцев… – Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Meri-kangas, K. R., & Walters, E. E. (2005, June). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62(6), 593–602. See also: Kessler, R. C., et al. (1995, December). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 52(12), 1048–1060.] и что большинство людей имеет представление, что пережитая психологическая травма может привести к тяжким и долгосрочным последствиям. После атаки на Всемирный торговый центр 11 сентября 2001 года и после урагана «Катрина»[2 - Ураган «Катрина» – один из самых разрушительных в истории США. Произошел в августе 2005 года и нанес колоссальный ущерб городу Новый Орлеан в штате Луизианна, затопив около 80 % территории города. – Прим. ред.] мы пришли к пониманию того, что катастрофические события могут оставлять неизгладимый след в сознании

людей. Теперь мы знаем, что воздействие травмирующего события на ребенка на самом деле является гораздо более мощным, чем на взрослого человека. Это было убедительно доказано не только моими, но и многими другими исследованиями.

Главной целью своей работы я сделал понимание того, как пережитая травма влияет на детей и разработку инновационных методов терапии, помогающих им справиться с последствиями. Я наблюдал и лечил детей, столкнувшихся с самыми ужасными обстоятельствами, какие только можно представить, от выживших после культового самосожжения лагеря «Ветви Давидовой» в Уэйко, штат Техас, до заброшенных детей-сирот из Восточной Европы и выживших жертв геноцида. Я также помогал судебным следователям разобраться в хаосе ложных обвинительных показаний замученных и запуганных детей по «Делу о сатанинских ритуалах». Я изо всех сил старался помочь детям, которые видели смерть родителей или провели долгие годы, сидя на цепи или под замком в туалете.

Хотя большинство детей никогда не столкнется с ужасами, подобными тем, которые пришлось пережить многим моим пациентам, им редко удается избежать болезненных переживаний. По консервативной оценке, примерно 40 % американских детей[3 - Примерно 40 % американских детей… – Franey, K., Geffner, R., & Falconer, R. (Eds.). (2001). The Cost of Maltreatment: Who Pays? We All Do (pp. 15–37). San Diego, CA: Family Violence and Sexual Assault Institute. See also: Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006, April). Teh enduring efef cts of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256(3), 174–186. Epub 2005, November 29.] к 18 годам переживают хотя бы одну ситуацию, травмирующую их психику. Это может быть смерть родителей или близких родственников, длительное физическое истязание и/или пренебрежение, сексуальное насилие, несчастный случай, природная катастрофа, домашнее насилие или другие насильственные преступления.

Только в 2004 году государственные организации по защите детей зарегистрировали примерно три миллиона официальных сообщений о жестоком обращении с детьми. 872 000 этих обращений были подтверждены[4 - …872 000 этих обращений были подтверждены. – http://www.acf. hhs.gov/programs/cb/pubs/cm04/index.htm.]. Разумеется, их истинное количество намного больше, так как чаще всего о подобных случаях просто никто не сообщает, а в некоторых

достоверных случаях не удается собрать доказательства для официального вмешательства. Как показано в одном крупном исследовании, примерно 1 из 8 детей моложе 17 лет[5 - Примерно 1 из 8 детей моложе 17 лет… – Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. L. (2005, February). Teh victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. Child Maltreatment, 10(1), 5–25.] рассказывает о том или ином случае жестокого обращения со стороны взрослых за год. Около 27 % женщин и 16 % мужчин[6 - Около 27 % женщин и 16 % мужчин признаются... – Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. Child Abuse & Neglect, 14, 19–28.] признаются, что в детском возрасте они стали жертвами сексуального насилия со стороны взрослых. По данным общенационального исследования, проведенного в 1995 году, 6 % матерей и 3 % отцов[7 - 6 % матерей и 3 % отцов. – A statistical portrait of fathers and mothers in America. (2002). (p. 24). Washington, D.C.: ChildTrends. Survey results from 1995 Gallup Survey on Disciplining Children in America.] признавались как минимум в однократном применении физического насилия по отношению к своим детям.

Более того, до 10 миллионов американских детей[8 - До 10 миллионов американских детей… – Strauss, M. A. (1991). Children as witnesses to marital violence: A risk factor for lifelong problems among a nationally representative sample of American men and women. [Paper presented at the Ross Roundtable on “Children and Violence.”] Washington, D.C.] ежегодно становятся жертвами домашнего насилия, а у 4 % детей моложе 15 лет[9 - 4 % у детей моложе 15 лет… – Strauss, M. A. (1991). Ibid.] умирает один из родителей. Также каждый год около 800 000 детей оказываются под чужой опекой[10 - Около 800 000 детей оказываются под чужой опекой… – Child Welfare League of America. (2005, June 5). Statement of the Child Welfare League of America for House Subcommittee on Human Resources of the Committee on Ways and Means for the hearing on federal foster care financing. http://www.cwla.org/advocacy/fostercare050609.htm.], а еще миллионы становятся жертвами природных катастроф и тяжких дорожно-транспортных происшествий.

Я не утверждаю, что все эти дети оказываются серьезно «травмированными» такими событиями, но, по самым умеренным оценкам, в любое время более 8 миллионов американских детей страдают от тяжких диагностируемых проблем[11 - Более 8 миллионов американских детей страдают от тяжких диагностируемых проблем, связанных с психологическими травмами. – Perry, B. D. & Pollard, R. (1998, January). Homeostasis, Stress, Trauma and Adaptation. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, (7)1, 33–51.], связанных с

психическими травмами. У миллионов других пережитый опыт приведет к менее тяжелым, но достаточно серьезным последствиям.

Примерно у каждого третьего ребенка, ставшего жертвой насилия, возникают явные психологические проблемы[12 - Примерно у каждого третьего ребенка, ставшего жертвой насилия. – Perry, B. D. & Azad, I. (1999, Aug). Posttraumatic stress disorders in children and adolescents. Current Opinion in Pediatrics, 11(4), 310–316.]. Регулярные исследования показывают, что, на первый взгляд, «физиологические» проблемы, такие как болезни сердечно-сосудистой системы, ожирение и онкологические заболевания, чаще поражают людей, переживших в детстве психическую травму. Последствия детской травмы во многом зависят от реакции взрослых во время и после болезненного события: она может существенно повлиять на исход – как в хорошую, так и в дурную сторону.

Многолетние исследования моей лаборатории и многих других ученых обеспечили более глубокое понимание того, как травма влияет на детскую психику и как помочь ее исцелению. В 1996 году я основал «Академию детской травмы» (The ChildTrauma Academy), которая объединяет различных профессионалов, посвятивших свой труд улучшению качества жизни детей, находящихся в группе риска, и членов их семей. Мы продолжаем клиническую работу, и нам еще предстоит многое узнать, но наша главная цель – внедрение и распространение терапевтических методов, основанных на лучших достижениях профессионального опыта. Мы обучаем людей, работающих с детьми (будь то родители или сотрудники прокуратуры или полиции, судьи, социальные работники, медики, законодатели или политики), новым эффективным способам минимизации ущерба от пережитой травмы и максимально быстрого выздоровления. Мы консультируем государственные и общественные организации, помогаем им внедрять лучшие методы и разбираться с проблемами. Мы с коллегами активно разъезжаем по всему миру и беседуем с родителями, врачами, преподавателями, специалистами по защите прав детей, сотрудниками правоохранительных органов, а также с влиятельными лицами: членами законодательных органов и государственных комитетов, заинтересованными руководителями корпораций. Эта книга – часть наших усилий.

В ней вы познакомитесь с некоторыми детьми, которые преподали мне наиболее важные уроки о влиянии психической травмы на молодых людей. Вы узнаете, что им необходимо получать от нас – родителей, опекунов, врачей и политиков, – чтобы они жили здоровой и полноценной жизнью. Вы увидите, какой след

травмирующий опыт оставляет на психике ребенка, как он влияет на его личность и способность к интеллектуальному и эмоциональному развитию. Вы познакомитесь с моей первой пациенткой Тиной, чья нелегкая история заставила меня задуматься о влиянии травмы на мозг ребенка. Вы встретитесь с храброй маленькой девочкой Сэнди, которая в трехлетнем возрасте попала в программу защиты свидетелей и дала мне понять, как важно позволять ребенку контролировать некоторые аспекты собственного лечения. Вы познакомитесь с поразительным мальчиком Джастином, который показал мне, что ребенок может восстановить свою психику после немыслимых лишений. Каждый ребенок, с которым я работал, – дети из секты «Ветви Давидовой», которые нашли утешение в заботе друг о друге; Лаура, чей организм отказывался расти без любви и надежной защиты; Петр, сирота из России, чьи товарищи-первоклассники стали его «терапевтами», – помогал мне и моим коллегам ставить на место новый фрагмент головоломки, позволяя совершенствовать методы терапии для детей, переживших травмирующий опыт, и членов их семей.

Работа сводит нас с людьми в те моменты их жизни, когда они наиболее расстроены, одиноки, опечалены, испуганы или обижены. Однако большая часть историй, рассказанных в этой книге, – это истории успеха, выживания и торжества над обстоятельствами. Как ни удивительно, наши странствия по полям эмоциональных побоищ, оставленных худшими представителями человеческого рода, приводили нас к лучшим проявлениям человечности.

В конечном счете, физические, психологические и эмоциональные последствия травмы для ребенка зависят от того, смогут ли окружающие люди – особенно взрослые, которым он может доверять и полагаться на них, – поддержать его своей любовью, заботой и пониманием. Огонь может согреть или испепелить, вода может утолить жажду или утопить, ветер может ласкать или пронизывать насквозь. То же самое и с человеческими отношениями: мы можем в равной степени созидать и разрушать, заботиться и запугивать, ранить и исцелять друг друга.

Из книги вы узнаете о замечательных детях, истории которых помогли нам лучше понять силу и характер человеческих взаимоотношений. Хотя многие из этих мальчиков и девочек испытали переживания гораздо экстремальнее, чем те, с которыми может столкнуться большинство семей (и слава богу), их истории могут содержать уроки для всех родителей, помогающих своим детям лучше справляться с неизбежными трудностями и стрессами повседневной жизни.

Работа с детьми, пережившими травму и подвергавшимися жестокому обращению, заставила меня задуматься о человеческой природе и о разнице между человеческим родом и человечностью. Не каждый человек человечен. Он должен научиться быть таким. Этот процесс (наряду с вероятными затруднениями и ошибками) – еще один аспект нашей книги. Описанные здесь истории раскрывают условия, необходимые для развития сопереживания, а также другие обстоятельства, которые приводят к жестокости и равнодушию. Эти истории показывают, как развитие детского мозга изменяется и формируется под влиянием окружающих людей. Еще они отражают, как невежество, нищета, жестокость, сексуальное насилие и пренебрежение сеют хаос и опустошение в растущем мозге и зарождающейся личности.

Я уже давно интересуюсь человеческим развитием. Особенно меня занимают попытки понять, почему одни дети вырастают творческими, ответственными и добрыми людьми, а другие отвечают на насилие еще большим насилием по отношению к другим людям. Моя работа помогла мне многое узнать о нравственном развитии, об истоках зла и о том, как генетические склонности в сочетании с воздействием окружающей среды определяют важнейшие решения, влияющие на наш выбор, и в конечном счете – на формирование нашей личности. Я не верю, что пережитое насилие может служить оправданием для жестокого и оскорбительного поведения, но я обнаружил, что сложные взаимодействия на раннем этапе развития влияют на определение выбора, и впоследствии это может ограничить способность принимать наилучшие решения.

Моя профессиональная деятельность привела меня к пересечению мозга и сознания – к месту, где человек делает выбор под влиянием прошлого опыта и внешних обстоятельств, которые определяют, станет ли он по-настоящему гуманным и человечным. В книге «Мальчик, которого растили как собаку» я делюсь тем, что мне удалось узнать об этом процессе. Несмотря на боль и страх, дети из этой книги, – и многие другие, похожие на них, – проявляют огромное мужество и человечность, что дает мне надежду. От них я многое узнал об утратах, любви и исцелении.

Основные уроки, которые преподали мне эти дети, актуальны для всех. Ведь если мы хотим лучше понять влияние травмы, мы должны знать, что собой представляет человеческая память. Для осознания процесса исцеления от пережитой травмы нам нужно понять, как дети учатся любить, как они справляются с трудностями и какое влияние на них оказывает стресс. Осознавая

разрушительное воздействие насилия и угроз на нашу способность любить и работать, мы можем прийти к лучшему пониманию самих себя и к заботе о других людях, особенно о детях.

Глава 1

Мир Тины

Тина была моей первой маленькой пациенткой. Когда мы встретились, ей было всего лишь семь лет. Она сидела в приемной детской психиатрической клиники при Чикагском университете. Крошечная и хрупкая, она свернулась клубочком рядом с матерью и близкими родственниками, не зная, чего ожидать от нового доктора. Я провел ее в свой кабинет и закрыл дверь. Трудно сказать, кто из нас больше нервничал в тот момент – темнокожая девочка с тщательно заплетенными косичками, ростом не более трех футов, или здоровенный белый мужчина с гривой непокорных волос, ростом шесть футов и два дюйма. Тина ненадолго присела на кушетку, глядя на меня оценивающим взглядом, потом подошла, забралась ко мне на колени и прижалась ко мне.

Я был растроган. Какая славная, непринужденная девочка! Увы, я ошибался. Девочка слегка передвинулась опустила руку к моей промежности и попыталась расстегнуть молнию на брюках. Теперь я уже не тревожился, но мне стало грустно. Я взял ее за руку и осторожно снял с колен.

Утром перед первой встречей с Тиной я прочитал ее «карточку» – небольшой листок бумаги с минимальной информацией, полученной нашим сотрудником в приемном покое после телефонного разговора. Тина жила с матерью Сарой и младшими братом и сестрой. Сара обратилась в детскую психиатрическую клинику, потому что в школе, в которой училась Тина, настаивали на ее обследовании. Тина вела себя «агрессивным и неподобающим образом» по отношению к одноклассникам. Она нападала на них, обнажалась, пользовалась непристойным сленгом и пыталась вовлечь детей в сексуальные игры. Девочка была невнимательной на уроках и часто отказывалась подчиняться учителям.

Наиболее важная информация в «карточке» состояла в том, что Тина в течение двух лет подвергалась сексуальному насилию. Это началось в четыре года и

закончилось в шестилетнем возрасте. Виновником стал шестнадцатилетний подросток, сын ее няни. Он приставал к Тине и к ее младшему брату, пока Сара находилась на работе. Мать Тины была разведена, больше не получала пособие и была вынуждена работать в круглосуточном магазине за минимальную зарплату, на которую ей приходилось содержать семью. Чтобы не оставлять детей одних, Сара договорилась с соседкой, чтобы та присматривала за ними в ее отсутствие. К несчастью, эта соседка часто оставляла малышей со своим сыном, а сама подрабатывала на стороне. Ее сын был психически больным человеком. Он связывал детей, насиловал их лично и с помощью разных предметов и угрожал убить их, если они кому-нибудь расскажут об этом. В конце концов, мать поймала его за этими занятиями и положила конец мучениям детей.

Сара больше не позволяла соседке присматривать за своими детьми, но ущерб уже был причинен. (Подростка осудили, но отправили не в тюрьму, а на принудительное лечение.) Такова была ситуация год спустя, на момент моей первой встречи с Тиной. У девочки наблюдались серьезные проблемы, ее мать не имела средств, а я почти ничего не знал о детях, ставших жертвами насилия.

– Давай попробуем что-нибудь раскрасить, – мягко сказал я, снимая Тину с колен. Девочка казалась расстроенной. Неужели она мне не понравилась? Или я рассердился на нее? Тина беспокойно изучала мое лицо своими темно-карими глазами, наблюдала за моими движениями и прислушивалась к моему голосу в надежде найти какую-то невербальную подсказку, которая помогла бы ей установить контакт со мной. Мое поведение не укладывалось в ее внутренний каталог предыдущих отношений с мужчинами. Она знала мужчин только как сексуальных хищников. У нее не было ни любящего отца, ни всегда готового помочь дедушки, ни доброго дяди, ни старшего брата, который мог бы защищать ее. Представления Тины о взрослых мужчинах ограничивались мимолетными любовниками матери и ее собственным насильником. Опыт подсказывал ей, что мужчины хотят секса – от нее или от ее матери. И она вполне логично предположила, что я хочу того же самого.

Что мне нужно было сделать? Как изменить привычки и убеждения, сложившиеся за годы личного опыта, в течение одного часа терапии в неделю? Мой собственный опыт и медицинская практика не подготовили меня к встрече с этой маленькой девочкой. Я не понимал ее. Возможно, она общалась с людьми, в том числе с женщинами и детьми, заранее предполагая, что все они хотят от нее секса. Может быть, ей казалось, что это единственный способ подружиться?

Было ли ее агрессивное и беспорядочное поведение в школе результатом подобных представлений? Посчитала ли она, что я отверг ее предложение дружбы, и как это могло повлиять на нее?

Это был 1987 год. Я являлся стипендиатом в отделении детской и подростковой психиатрии медицинского колледжа при Чикагском университете, только начинавшим последние два года обучения в одной из лучших в стране медицинских школ. Я уже имел степень бакалавра и кандидата медицинских наук. Я три года провел в интернатуре, изучая медицину и общую психиатрию. И я возглавлял лабораторию неврологии, изучавшую мозговые механизмы реакции на стресс. Я думал, что знаю все возможное про нейронные клетки и мозговые структуры, про их сложные сетевые связи и биохимические взаимодействия. Я потратил годы, пытаясь понять, как работает человеческий разум. Но в результате я мог лишь сесть рядом с Тиной за маленький столик, вручить ей набор цветных карандашей и книжку-раскраску. Она взяла книжку и пролистала ее.

– Мне можно здесь рисовать? – спросила она, явно не уверенная, что ей делать в такой незнакомой ситуации.

– Конечно, – сказал я. – Как думаешь, лучше раскрасить ее платье синим или красным?

– Красным, – ответила Тина. – Хорошо, – она показала раскрашенную страницу, ожидая моего одобрения.

– Очень красиво, – сказал я.

Она улыбнулась.

Следующие сорок минут мы сидели рядом на полу, спокойно раскрашивая картинки, тянулись за разными карандашами и демонстрировали друг другу наши достижения, стараясь свыкнуться с тем, что каждый из нас находится в одной комнате с незнакомым человеком. Когда сеанс закончился, я отвел Тину в приемную. Ее мать держала на руках малыша и разговаривала со своим четырехлетним сыном. Сара поблагодарила меня, и мы договорились о встрече на следующей неделе. Они ушли, и я понял, что мне нужно поговорить со своим куратором, имевшим большой опыт. Он мог посоветовать, как помочь этой

маленькой девочке.

Профессиональный надзор в сфере психиатрии – это обманчивый термин. Когда я был интерном и пытался ввести центральный катетер, запустить диагностическую программу или даже взять кровь на анализ, рядом всегда находились старшие, более опытные врачи, готовые дать совет, отругать, оказать помощь и чему-то научить меня. Я часто получал своевременные наставления, обычно с оттенком критики. И хотя мы следовали модели «наблюдай за ними, делай, как они, и учись у них», более опытный клиницист всегда был готов прийти на помощь при любом взаимодействии с пациентами.

Но в психиатрии все обстоит не так. Будучи аспирантом, я практически всегда работал с пациентами или членами их семей один и только после нескольких сеансов обсуждал вопросы с куратором. Во время подготовки аспирант на кафедре детской психиатрии, как правило, имеет несколько кураторов для клинической работы. Мне часто приходилось показывать одного и того же ребенка разным консультантам или обсуждать с ними возникшие проблемы в надежде узнать их впечатления и получить лестные комментарии. Это был увлекательный процесс, имевший значительные преимущества, но вместе с тем и явные недостатки, которые мне предстояло обнаружить.

Я представил случай Тины моему первому куратору, доктору Роберту Стайну[13 - Здесь и далее знак звездочки (*) после имени указывает на псевдоним. – Прим. авт.]*. Он был молодым, серьезным интеллектуалом, готовившимся стать психоаналитиком. Он носил бороду и каждый день приходил в одном и том же наряде: черный костюм, черный галстук и белая рубашка. Полагаю, он выглядел гораздо умнее меня. Стайн в совершенстве владел психиатрическим жаргоном и легко вставлял в свою речь выражения вроде «материнская интроекция», «объектные отношения», «контрперенос» или «оральная фиксация». И каждый раз, когда он это делал, я смотрел ему в глаза и старался выглядеть серьезным и глубокомысленным, согласно кивая, как будто его слова все объясняли. «О да, конечно. Я возьму это на заметку». На самом деле я думал: «Что за чушь он несет?»

Я кратко и формально описал ему симптомы Тины, историю ее семьи и жалобы, поступавшие из школы, а также разъяснил ему основные моменты нашей первой встречи. Доктор Стайн взял мои заметки. Когда я закончил свой рассказ, он спросил:

– Ну, и как вы думаете, что с ней такое?

У меня не было готового ответа.

– Не вполне понимаю, – промямлил я.

Медицинская подготовка приучает молодого врача выказывать гораздо большую уверенность, чем он ощущает на самом деле. В данном случае я был невежей. Доктор Стайн почувствовал это и предложил обратиться к «Руководству по диагностике и статистике психических расстройств» (The Diagnostic and Statistical Manual, DSM).

В то время мы пользовались DSM-III. Примерно каждые десять лет этот справочник пересматривается, в него включаются новые идеи и исследования, связанные с психическими расстройствами. Процесс изменений руководствуется объективными принципами, но на самом деле сильно подвержен влиянию социально-политических и других ненаучных обстоятельств. К примеру, если раньше гомосексуальность считалась психическим расстройством, то сейчас этого нет и в помине. Но главная проблема DSM до сих пор заключается в том, что оно представляет собой каталог психических расстройств, который основан на перечнях симптомов. Это все равно что компьютерное руководство, написанное людьми, не имеющими понятия о разнице между оборудованием и программным обеспечением, и предлагающее определять причины неполадок и исправлять проблемы по звукам, которые производит компьютер. Насколько мне было известно по собственному опыту и из работ других исследователей, системы человеческого мозга чрезвычайно сложны. Мне казалось, что похожие результаты могут быть вызваны самыми разными проблемами, возникающими в мозге. Но DSM не учитывает такую возможность.

– Итак, она невнимательна на уроках, импульсивна, непослушна, у нее проблемы с дисциплиной и со сверстниками, и она ведет себя дерзко и вызывающе. Иными словами, она подпадает под диагноз «синдром дефицита внимания и гиперактивности» (СДВГ) и «оппозиционно-вызывающее расстройство», – заключил доктор Стайн.

– Полагаю, что так, – сказал я, но мне это показалось неправильным. Проблемы Тины представляли собой либо нечто большее, либо что-то совсем другое по

сравнению с тем, что описывали эти диагностические ярлыки. По результатам собственных исследований мозга я знал, что системы, связанные с контролем и фокусировкой внимания, особенно сложны. Я также знал, что существует много генетических и внешних факторов, которые могут повлиять на них. Не мог ли ярлык «вызывающего поведения» вводить в заблуждение с учетом того, что «непослушание» Тины было результатом пережитых издевательств? Не стало ли смятение причиной того, что публичные сексуальные заигрывания со взрослыми и со сверстниками казались ей нормальным явлением? А как насчет задержки развития речи у Тины? И если у нее действительно синдром дефицита внимания и гиперактивности, не могло ли пережитое сексуальное насилие играть важную роль в понимании способа лечения такой пациентки?

Но я не стал задавать эти вопросы доктору Стайну, а просто кивал, как бы размышляя над его поучениями.

– Идите и почитайте, что говорит психофармакология про лечение СДВГ, – посоветовал доктор Стайн. – Мы еще сможем обсудить этот вопрос на следующей неделе.

Я вышел от доктора Стайна со смешанным чувством растерянности и разочарования. Так вот что такое быть детским психиатром? Я обучался общей психиатрии для взрослых людей и был знаком с ограничениями взглядов супервизора и нашего собственного диагностического подхода. Но я почти ничего не знал о распространенных психических проблемах у детей. Ребенок мог оказаться в социальной изоляции, иметь задержки в развитии и претерпеть жестокие психические травмы, а его направляли в нашу клинику, чтобы мы «исправили» то, что просто не поддавалось исправлению с помощью инструментов, имевшихся в нашем распоряжении. Каким образом несколько часов терапии в месяц и диагностические рекомендации могли изменить поведение Тины и ее представления о мире? Неужели доктор Стайн на самом деле верил, что риталин и некоторые другие препараты для лечения СДВГ могут решить проблемы этой девочки?

К счастью, у меня был еще один супервизор: мудрый и замечательный человек, истинный гигант в области психиатрии, доктор Эрл Дируд. Он был родом из Северной Дакоты, как и я, и мы моментально это определили. Доктор Дируд учился на аналитика, но за его плечами были годы реального жизненного опыта. Он старался понимать людей и помогать им. Именно этот опыт, а не только теории Фрейда, сформировал его профессиональную точку зрения.

Доктор Дируд внимательно выслушал меня, потом улыбнулся и спросил, понравилось ли мне раскрашивать картинки вместе с Тиной.

– Да, понравилось, – после некоторого размышления ответил я.

– Это очень хорошее начало, – сказал доктор Дируд. – Расскажите еще.

Я начал перечислять симптомы Тины и описывать жалобы взрослых на ее поведение. Но он сказал:

– Нет, нет. Расскажите о ней, а не о ее симптомах.

– Что вы имеете в виду?

– Где она живет? Как выглядит ее квартира и комната, где она спит, каковы ее ежедневные занятия? Расскажите мне о ней.

Я признался, что мне все это неизвестно.

– Постарайтесь найти время, чтобы узнать ее, а не ее симптомы, – посоветовал доктор Дируд. – Выясните, как она живет.

Несколько следующих сеансов мы с Тиной раскрашивали картинки, играли в простые игры или разговаривали о том, что ей хочется делать. Когда я спрашиваю детей вроде Тины, кем они хотят стать, когда вырастут, они обычно говорят «если я вырасту…», потому что в окружающей их жизни они так часто видят смерть и насилие, что достижение зрелости представляется им чем-то неопределенным. Тина иногда говорила, что хотела бы стать учительницей, а в других случаях отвечала, что парикмахером. Все это было совершенно обычной переменой желаний для девочки ее возраста. Мы стали вдаваться в подробности этих целей, и мне потребовалось некоторое время, чтобы помочь Тине понять, что будущее можно планировать, угадывать и даже изменять, а не рассматривать, как ряд непредвиденных событий.

Я также разговаривал с матерью Тины о поведении дочери в школе и дома и больше узнал об их жизни. В школе, разумеется, все шло по заведенному порядку. Но, к сожалению, после уроков Тина и ее брат часто оставались вдвоем

на несколько часов до возвращения матери с работы. Сара просила детей сразу сообщать ей о том, что они пришли домой. При необходимости соседи могли связаться с ней, но она больше не хотела рисковать и пускать в дом чужих людей. Поэтому дети оставались дома одни и обычно проводили время за телевизором. Сара допускала, что из-за пережитой травмы ее дети порой могли затевать игры с сексуальным подтекстом.

Сару нельзя было назвать нерадивой матерью, но, воспитывая троих маленьких детей и постоянно работая, она часто оказывалась измученной, обессилевшей и совершенно деморализованной. Кто угодно попал бы в затруднительное положение, пытаясь удовлетворить эмоциональные потребности психически травмированных детей. У членов семьи было мало времени, чтобы поиграть или просто побыть вместе. Как и в любой материально неблагополучной семье, у них постоянно возникали неотложные ситуации экономического, медицинского или эмоционального характера, требовавшие срочного вмешательства с целью избежать катастрофы – не остаться бездомными, не потерять работу или не накопить непомерные долги.

Сара всегда улыбалась мне при встрече. Мой часовой сеанс терапии с Тиной был для нее единственной возможностью не заниматься ничем другим, кроме своих младших детей.

Пока Тина бежала в мой кабинет, я пользовался случаем, чтобы подурачиться с ее младшим братом (он тоже проходил курс терапии, но у другого врача и в другое время) и улыбнуться малышу. Убедившись в том, что им есть чем заняться в приемной, я присоединялся к Тине, которая уже сидела на своем стульчике и ждала меня.

– Что мы будем делать сегодня? – спрашивала она, глядя на игры, книжки-раскраски и игрушки, которые она достала с полок и разложила на столе. Я делал вид, будто напряженно размышляю, а она с предвкушением смотрела на меня.

Потом я останавливал взгляд на какой-нибудь настольной игре и говорил: «М-мм, как насчет “Операции”?» «Да!» – со смехом восклицала она. Тина направляла ход игры. Я постепенно приучал ее к новым концепциям, таким, как ожидание и размышление перед следующим действием. Иногда она спонтанно

делилась со мной какими-то фактами, надеждами или опасениями. Я задавал уточняющие вопросы, а потом мы оба возвращались к игре. Так, неделя за неделей, я постепенно узнавал Тину.

Позже той осенью Тина несколько недель подряд приезжала ко мне с опозданием. Поскольку на занятия был отведен только один час, иногда это означало, что наши сеансы терапии продолжались не более двадцати минут. Я допустил ошибку, упомянув об этом в разговоре с доктором Стайном о состоянии пациентки. Он приподнял брови и разочарованно посмотрел на меня.

– Как вы думаете, что происходит?

– Точно не знаю. Думаю, ее мать так перегружена делами, что не успевает вовремя.

– Это нужно истолковать как сопротивление терапии.

– Ах вот как…

Что он имеет в виду, черт побери? Намекает на то, что Тина не хочет приходить на занятия и каким-то образом заставляет свою мать опаздывать на сеансы?

– Вы имеете в виду сопротивление Тины или ее матери? – спросил я.

– Эта мать оставила своих детей на попечении у насильника, – заявил он. – Возможно, теперь ее возмущает, что дочь пользуется вашим вниманием и заботой. Возможно, она хочет, чтобы психика ребенка оставалась травмированной.

– Ох, вот оно как, – пробормотал я, не зная, что и думать. Я знал, что психоаналитики часто интерпретируют опоздание на терапию как признак «сопротивления переменам», но это казалось абсурдным, особенно в данном случае. Такое заявление не подразумевало неудачного стечения обстоятельств и исключительно обвиняло мать Тины, которая, – насколько я мог видеть, – делала все возможное ради того, чтобы помочь своему ребенку. Было ясно, что ей трудно приезжать в клинику. Она добиралась до медицинского центра на трех автобусах, которые часто приезжали с опозданием в суровую чикагскую зиму. Ей

не с кем было оставить детей, поэтому приходилось привозить их всех с собой. Иногда Саре приходилось занимать деньги, чтобы заплатить за проезд на автобусе. Мне казалось, что она делает все возможное, находясь в крайне затруднительном положении.

Однажды морозным вечером я вышел из клиники и увидел Тину с ее семьей, ожидавших автобуса. Они были в полутьме, и снег медленно падал на землю в тусклом свете ближайшего уличного фонаря. Сара держала малыша, а Тина сидела на скамейке со своим младшим братом под обогревателем на автобусной остановке. Прижавшись друг к другу, они держались за руки и синхронно покачивали ногами, не достававшими до земли. Было 18.45, мороз крепчал, а им предстояло добираться до дома, и они могли там оказаться не раньше, чем через час. Я отъехал от клиники на автомобиле, остановился (Сара и дети меня не видели) и стал наблюдать за ними в надежде, что автобус скоро приедет.

Сидя в теплой машине, я чувствовал себя виноватым. Я считал, что должен подвезти их до дома, но психиатрия гласит, что между врачом и пациентом существуют нерушимые стены и строгие границы, четко определяющие взаимоотношения, которые в иных обстоятельствах часто обходятся без каких-либо ограничений. Обычно это правило казалось мне разумным. Однако, как и многие терапевтические навыки, которые сложились за время работы с невротическими взрослыми пациентами среднего достатка, здесь оно выглядело неуместным.

Автобус наконец подошел, и я облегченно вздохнул.

На следующей неделе после нашего сеанса я довольно долго просидел в кабинете, прежде чем выйти на улицу и сесть в автомобиль. Я пытался внушить себе, что занимаюсь бумажной работой, но на самом деле мне просто не хотелось снова видеть эту семью, ожидавшую автобус на морозе. Я задавался вопросом о том, что может быть плохого в простом человеческом поступке: подвезти кого-то до дома, когда на улице холодно. Может ли это на самом деле препятствовать терапевтическому процессу? Мои мысли двигались по кругу, но сердце подсказывало одно и то же. Мне казалось, что искренний и добрый поступок может оказать более целительное воздействие, чем любая искусственная, эмоционально выверенная позиция, которая считается необходимой для «профессиональной терапии».

Середина той зимы в Чикаго выдалась чрезвычайно холодной. В конце концов я сказал себе, что если снова увижу эту семью, то подвезу их до дома. И однажды вечером в декабре я закончил работу и подъехал к автобусной остановке. Они были там. Я вышел из машины со своим предложением. Сначала Сара отказалась и пояснила, что по пути ей нужно заглянуть в бакалейный магазин. «Семь бед – один ответ», – подумал я и предложил довезти их до магазина. После некоторого колебания Сара согласилась, и все они набились в мою маленькую «Тойоту-Короллу».

В нескольких милях от медицинского центра Сара показала на магазин на углу, и я остановился у входа. Держа на руках спящего малыша, она посмотрела на меня, гадая, стоит ли взять с собой всех детей.

– Давайте я подержу ребенка, – решительно сказал я. – Мы подождем здесь.

Она провела в магазине около десяти минут. Мы слушали радио, и Тина подпевала под музыку. Я молился о том, чтобы малышка не проснулась, и медленно укачивал ее, подражая ритму движений матери. Наконец Сара вышла на улицу с двумя тяжелыми сумками.

– Поставь их туда и ничего не трогай, – велела она Тине, положив сумки на заднее сиденье.

Мы подъехали к дому. Я наблюдал, как Сара старается выйти из машины и перешагнуть через небольшой сугроб на тротуаре, жонглируя маленьким ребенком, сумочкой и пакетом с продуктами. Тина попыталась вынести другой пакет, но он был слишком тяжелым для нее, и она поскользнулась на снегу. Тогда я открыл дверь, вышел из автомобиля и забрал один пакет у Тины, а другой у Сары.

– Не надо, мы справимся, – запротестовала она.

– Я знаю, что справитесь, но сегодня вечером разрешите помочь вам.

Она посмотрела на меня, не уверенная в том, как стоит отнестись к моему предложению. Я чувствовал, что она пытается понять, проявление ли это доброты или нечто более зловещее. Она выглядела сконфуженной, и я находился в некотором замешательстве, но мне все равно казалось правильным

помочь ей.

Мы одолели три лестничных пролета по пути к их квартире. Мать Тины достала ключи и смогла отпереть три замка, не разбудив спящего ребенка. Я подумал, какая трудная жизнь у этой женщины, в одиночку растившей троих детей почти без денег, с эпизодической и часто утомительной работой, без поддержки других родственников. Я стоял на пороге с сумками в руках, не желая вторгаться в их жилье.

– Можете положить сумки на стол, – сказала Сара, проходя в заднюю часть однокомнатной квартиры, чтобы уложить ребенка на матрас у стены. Через два шага я оказался перед кухонным столом, положил сумки и обвел взглядом комнату. В ней был диван, развернутый к цветному телевизору, и маленький кофейный столик с чашками и грязными тарелками. На столе возле кухонного уголка лежал батон хлеба и банка арахисового масла. На полу был расстелен двойной матрас с подушками и аккуратно заправленными одеялами. Вокруг разбросана одежда вперемешку с газетами. На стене висела фотография Мартина Лютера Кинга-младшего, а по обе стороны от нее – яркие школьные портреты Тины и ее младшего брата. На другой стене висела немного помятая фотография Сары с младенцем на руках. В комнате было тепло.

– Еще раз спасибо, что подвезли нас, – смущенно сказала Сара, и я заверил ее, что это не составило труда. Выходя из квартиры, я сказал: «Увидимся на следующей неделе», и Тина помахала мне. Они с младшим братом разбирали купленные продукты.

Эти дети были лучше воспитаны, чем многие, которых я видел в более комфортных жизненных обстоятельствах. Мне казалось, что жизнь вынудила их к этому.

Домой я возвращался через некоторые беднейшие районы Чикаго. Я снова чувствовал себя виноватым. Моя вина заключалась в удаче, возможностях, ресурсах и способностях, которыми я обладал. Она состояла в моих жалобах на слишком утомительную работу и на то, что я не получаю должного уважения за свои дела. Я знал гораздо больше Тины потому, что она выросла в мире, совершенно отличавшемся от моего. И это каким-то образом было связано с проблемами, которые привели ее ко мне. Я еще не мог точно сформулировать, но понимал, что мир, где росла и жила Тина, формировал ее эмоциональное, психическое, социальное и физическое здоровье.

Разумеется, я боялся кому-либо рассказывать о своем поступке. Я отвез пациентку и членов ее семьи домой, более того, по пути остановился у магазина и помог им донести продукты. Но отчасти мне было все равно. Я знал, что поступил правильно. Нормальный человек не может допустить, чтобы молодая мать с двумя маленькими детьми и младенцем стояла на холоде, дожидаясь автобуса.

Я подождал две недели и во время следующей встречи с доктором Дирудом сказал ему:

– Я увидел, как они ждут автобус на остановке. Было очень холодно, поэтому я подвез их до дома.

Я посмотрел на его лицо, нервно ожидая реакции – точно так же, как Тина во время первой встречи со мной. Но он только посмеивался, пока я мало-помалу выкладывал подробности своего прегрешения. Когда я закончил, он хлопнул в ладоши и произнес:

– Прекрасно! Нам нужно практиковать домашние визиты ко всем пациентам, – он улыбнулся и опустился на стул. – Расскажите мне побольше об этом.

Я был потрясен. Улыбка доктора Дируда и восторг на его лице в одно мгновение избавили меня от двухнедельного ощущения тягостной вины. Когда он спросил, что мне удалось выяснить, я ответил, что несколько минут, проведенных в крошечной квартире, больше рассказали мне о проблемах Тины и ее семьи, чем любой сеанс психотерапии или продолжительной беседы у меня в кабинете.

Позднее, в тот первый год моей аспирантуры в детской психиатрии, Сара с семьей переехала в квартиру, расположенную ближе к медицинскому центру, в двадцати минутах поездки на автобусе. Опоздания прекратились. Больше не было никакого «сопротивления терапии». Мы продолжали встречаться раз в неделю.

Мудрые наставления доктора Дируда продолжали раскрепощать мое сознание. Как и другие учителя, клиницисты и исследователи, которые вдохновляли меня,

он поощрял вдумчивость, пытливость и любознательность, но самое главное, – он наделил меня мужеством сомневаться в существующих убеждениях. По кусочкам собирая знания от каждого из моих наставников, я начал разрабатывать терапевтический подход, нацеленный на объяснение эмоциональных и поведенческих проблем как симптомов дисфункции мозга.

В 1987 году детская психиатрия еще не подружилась с неврологией. Фактически бурный рост исследований мозга и развития мозговой функции, который начался в середине 1980-х годов и стал огромным в 1990-х годах, названных «десятилетием мозга», тогда еще не оказывал влияния на клиническую практику. Наоборот, многие психологи и психиатры находились в активной оппозиции к перспективе биологических исследований поведения людей. Такой подход считался механистическим и унижающим человеческое достоинство. Как будто редукция поведения к биологическим аналогам неизбежно означала, что все обусловлено генами без какой-либо возможности свободы воли, творчества или учета внешних факторов, таких как бедность. Эволюционные идеи осуждались еще сильнее и рассматривались отсталые расистские и сексистские теории, которые оправдывали существующее положение вещей и низводили человеческие поступки до животных побуждений.

Поскольку тогда я лишь приступил к работе в детской психиатрии, то еще не доверял своей способности думать независимо, здраво осмысливать и точно интерпретировать увиденное. Как мои соображения могли быть правильными, если никто из уважаемых психиатров, ученых светил и моих наставников не говорил о таких вещах и не учил ничему подобному?

К счастью, доктор Дируд и некоторые другие старшие коллеги поощряли мою склонность учитывать неврологические факторы в клинической работе с Тиной и остальными пациентами. Что происходило в мозге Тины? Какая его особенность делала ее более импульсивной и невнимательной, чем другие девочки такого же возраста? Могли ли стрессовые условия бедности повлиять на нее? И почему она испытывала задержку в развитии речи и языкового общения? Доктор Дируд обычно стучал себя по голове и говорил: «Ответ находится где-то здесь».

Знакомство с неврологией началось с первого года учебы в колледже. Мой первый научный руководитель, доктор Сеймур Ливайн, был всемирно известным нейроэндокринологом, который провел основополагающую работу о влиянии стресса в раннем возрасте на развитие мозга. Именно она сформировала мой дальнейший образ мыслей в этом направлении. Его исследование помогло мне

понять, каким образом раннее воздействие в буквальном смысле накладывает отпечатки на развивающийся мозг.

Ливайн провел серию экспериментов, в которых изучал развитие важных систем выработки стрессовых гормонов у крыс.

Работа его группы продемонстрировала, что биология и функционирование этих систем могут подвергаться резким изменениям из-за кратких периодов стресса в раннем возрасте. Биология – это не просто действие генов, разыгрывающих какой-то неизменный сценарий. Как было предсказано теорией эволюции, этот сценарий чувствителен к окружающему миру. В некоторых экспериментах продолжительность стресса составляла не более нескольких минут и включала краткий физический контакт людей с крысятами, что создает большой стресс для животных. Но это кратковременное переживание в ключевые моменты развития мозга приводило к изменениям в системах выработки стрессовых гормонов, которые сохранялись и в зрелом возрасте.

С того момента, как я приступил к учебе на психиатра, я сознавал фундаментальное воздействие раннего жизненного опыта. Это стало лекалом, с которым я сравнивал все последующие концепции.

Во время лабораторной практики мои мысли часто обращались к Тине и к другим детям, с которыми я работал. Я заставлял себя размышлять над проблемой. Что мне известно? Какой информации не хватает? Могу ли я видеть связи между известным и неизвестным? Оказывают ли мои сеансы терапии какое-то влияние на жизнь этих детей? Думая о своих пациентах, я принимал во внимание их симптомы. Почему именно эти проблемы появились именно у этого ребенка? Можно ли объяснить его поведение теми сведениями, которые мне и другим специалистам удалось узнать о работе мозга? К примеру, может ли изучение нейробиологических основ привязанности, – связи между родителями и ребенком, – помогать в решении проблем, возникающих между матерью и сыном? Можно ли объяснить фрейдистские идеи вроде переноса – процесса, при котором пациент переносит свои чувства к родителям на другие отношения, особенно на отношения с психотерапевтом, – изучением мозговых функций?

Здесь должно быть какое-то связующее звено, думал я. Должна существовать корреляция между работой человеческого мозга и симптомами поведения, пусть мы пока даже не можем понять или описать ее. В конце концов, мозг обрабатывает любые эмоции, мысли и виды поведения. По сравнению с другими

органами в человеческом теле, такими как сердце, печень, легкие или поджелудочная железа, мозг отвечает за тысячи сложных решений. Когда вам приходит в голову блестящая идея, когда вы влюбляетесь, падаете с лестницы, переводите дух во время подъема, таете от улыбки вашего ребенка, смеетесь над анекдотом, испытываете голод или сытость – все эти ощущения и реакции на них осуществляются при участии мозга. Отсюда следовало, что задержка развития речи Тины, ее проблемы с импульсивностью, вниманием и здоровыми взаимоотношениями были непосредственно связаны с мозгом.

Однако с какой частью мозга, я не знал. Могло ли это понимание способствовать более эффективному лечению? Какие области мозга Тины, нейронные сети и нейротрансмиттерные системы были плохо отрегулированы, недоразвиты или дезорганизованы и как это могло помочь в моей терапии? Для ответа на эти вопросы мне пришлось начать с уже известных вещей.

Замечательные функциональные способности мозга опираются на ряд не менее замечательных его структур. Существует 86 000 000 000 нейронов (мозговых клеток)[14 - Существует 86 000 000 000 нейронов (мозговых клеток)... – von Bartheld, C. S., Bahney, J. and Herculano-Houzel, S. (2016), Teh search for true numbers of neurons and glial cells in the human brain: A review of 150 years of cell counting. J. Comp. Neurol., 524: 3865–3895.], и у каждого нейрона есть важные поддерживающие глиальные клетки, или глия. В процессе развития (от первых шевелений в утробе до ранней зрелости) все особые клетки (существует множество разных видов) упорядочиваются в отдельные нейронные сети. В результате возникают сложные взаимосвязи между бесчисленными специализированными системами. Цепочки и сети взаимосвязанных нейронов образуют многогранную архитектуру мозга. В книге мы будем говорить о четырех основных частях мозга: ствол мозга, промежуточный мозг, лимбическая система и кора мозга.

Мозг развивается наружу изнутри, как дом с чрезвычайно изощренными пристройками на старом фундаменте. Нижние и центральные отделы, такие как ствол мозга и промежуточный мозг, имеют наиболее простую структуру. Выше и по сторонам находится более сложно устроенная лимбическая система. Но верхом сложности является кора головного мозга – венец мозговой архитектуры. Организация нижних отделов мозга человека сходна с такими примитивными существами, как ящерицы, а средних отделов – с млекопитающими вроде кошек и собак. Внешние отделы как у человека есть только у других приматов, таких

как мартышки и высшие обезьяны. Уникальной частью человеческого мозга является лобная кора, но даже ее организация на 96 % одинакова у человека и шимпанзе!

Четыре отдела нашего мозга выстроены в иерархическом порядке: снизу вверх и наружу изнутри. Этот порядок можно наглядно представить в виде маленькой стопки из пяти долларовых купюр. Сложите их пополам, положите на ладонь и сожмите руку в кулак жестом автостопа, с выставленным большим пальцем. Потом поверните большой палец вниз. Он символизирует ствол мозга. Кончик пальца обозначает место, где спинной мозг переходит в ствол мозга. Утолщение пальца ближе к ладони соответствует промежуточному мозгу, смятые доллары в кулаке – лимбической системе, а ладонь и костяшки пальцев представляют собой кору мозга. Если смотреть на человеческий мозг, лимбическая система останется скрытой; вы не сможете увидеть ее снаружи, как и долларовые купюры в кулаке. Ваш мизинец, который находится впереди и сверху, символизирует фронтальную кору.

Несмотря на взаимосвязанность, каждая из главных областей мозга управляет отдельным набором функций. К примеру, ствол мозга контролирует регуляторные функции, такие как температура тела, частота сердцебиения, дыхание и кровяное давление. Промежуточный мозг и лимбическая система управляют эмоциональными реакциями, определяющими наше поведение, такими как страх, ненависть, любовь и радость. Кора мозга регулирует наиболее сложные, исключительно человеческие функции, такие как речь и язык, абстрактное мышление, планирование и преднамеренные решения. Все структуры мозга работают совместно, как симфонический оркестр, поэтому, несмотря на обособленные качества, ни одна из систем полностью не отвечает за звуки «музыки», которые вы слышите.

Симптомы Тины подразумевали наличие отклонений почти во всех частях ее мозга. Она испытывала проблемы со сном и вниманием (ствол мозга), затруднения с мелкой моторикой и координацией (промежуточный мозг и кора мозга), явные дефекты в общении и социальных навыках (лимбическая система и кора мозга), а также языковые и речевые проблемы (кора мозга).

Такое повсеместное распространение проблем было очень важным показателем. Мои исследования (как и работы сотен других ученых) указывали на то, что все проблемы Тины могут быть связаны с рядом особых нейронных систем, помогающих людям справляться с угрозами и стрессом. Так совпало, что именно

их я тогда изучал в лаборатории.

Эти системы были моими «подозреваемыми» по двум главным причинам. Во-первых, тысячи исследований, проведенных на людях и животных, определили роль этих систем в циклах сна и бодрствования, возбуждаемости, внимании, аппетите, настроении, контроле над желаниями, – практически во всех областях, где Тина испытывала проблемы. Во-вторых, эти нейронные системы формируются в нижних частях мозга и имеют прямые связи со всеми остальными частями. Они объединяют и распределяют по мозгу сигналы и информацию, поступающую от всех органов чувств. Такая способность необходима для эффективной реакции на угрозу. К примеру, если хищник находится поблизости, то животное должно реагировать на его запах или звук движения с такой же скоростью, как и при виде хищника.

Кроме того, системы реакции на стресс принадлежат к тем немногочисленным нейронным сетям, которые в случае плохой регулировки или дисфункции могут вызвать отклонения во всех четырех главных областях мозга. Именно это я наблюдал у Тины.

Основная неврологическая работа, которой я занимался годами, состояла в изучении подробностей функционирования этих систем. В мозге нейроны передают сообщения от одной клетки к другой с помощью химических «посланцев», называемых нейротрансмиттерами, которые высвобождаются в специализированных нейронных соединениях, называемых синапсами. Эти химические соединения прикрепляются только к определенным рецепторам следующего нейрона – примерно так же, как только подходящий ключ откроет замок двери от вашего дома. Синаптические связи, одновременно поразительно сложные и элегантно простые, создают нейронные цепочки, которые объединяются в нейронные сети. Эти сети обеспечивают многочисленные функции мозга, включая мышление, чувства, ощущения, движение и восприятие. Через нейронные сети наркотические вещества влияют на мозг, поскольку большинство психоактивных препаратов действуют как копии ключей, вставляемых в замки, предназначенные для определенных нейротрансмиттеров, и обманом заставляют мозг открывать или закрывать двери.

Я проводил исследования по нейрофармакологии для докторской диссертации в лаборатории доктора Дэвида Притчарда (David U’Prichard), который проходил подготовку вместе с доктором Соломоном Снайдером, одним из ведущих неврологов и психиатров. (Помимо других вещей, группа доктора Снайдера

прославилась открытием рецептора, на который воздействуют наркотики из группы опиатов, таких как морфин и героин.) Во время работы с доктором Притчардом я проводил исследование норадреналиновой (норэпинефриновой) и адреналиновой (эпинефриновой) системы. Эти нейротрансмиттеры тесно связаны со стрессом. Классическая реакция «дерись или беги» зарождается в центральной группе норадреналиновых нейронов, известной как locus coeruleus (или «голубое пятно», по его цвету). Эти нейроны рассылают сигналы практически во все значимые части мозга и помогают ему реагировать на стрессовые ситуации[15 - …помогают ему реагировать на стрессовые ситуации. – Perry, B. D., Stolk, J. M., Vantini, G., Guchhait, R. B., & U'Prichard, D. C. (1983). Strain difef rences in rat brain epinephrine synthesis and alpha-adrenergic receptor number: Apparent in vivo regulation of brain alphaadrenergic receptors by epinephrine. Science, 221, 1297–1299.].

Одна из моих совместных работ с доктором Притчардом заключалась в эксперименте с двумя линиями крыс – животных одного вида, но с небольшими генетическими различиями. В обычных ситуациях эти крысы выглядели и действовали совершенно одинаково, но даже самый умеренный стресс выводил из строя крыс одной линии. В спокойных условиях крысы могли проходить лабиринты и запоминать их, но при малейшем стрессе они терялись и все забывали. Другие крысы были устойчивы к стрессу. Изучив их мозг, мы обнаружили, что на раннем этапе развития чувствительных к стрессу крыс их адреналиновая и норадреналиновая системы проявляли чрезмерную активность. Такое незначительное изменение привело к целому каскаду аномалий в количестве рецепторов, чувствительности и функциональности многих областей мозга и в конечном счете пожизненно изменило их способность правильно реагировать на стресс[16 - В конечном счете пожизненно изменило их способность правильно реагировать на стресс. – Reviewed in Levine, S. (2005, November). Developmental determinants of sensitivity and resistance to stress. Psychoneuroendocrinology, 30(10), 939–946. See also generally: Terr, L. (1990). Too scared to cry: How trauma afef cts children and ultimately, us all. New York: Basic Books.].

У меня не было доказательств, что Тина генетически «чрезмерно чувствительна» к стрессу. Однако я знал, что угрозы и болезненные сексуальные нападки, которые она пережила, несомненно, привели к многократной интенсивной активизации ее нейронных систем, отвечающих за реакцию на стресс. Я вспомнил работу Ливайна, продемонстрировавшую, что всего лишь несколько минут интенсивного стресса в начале жизни могут навсегда изменить стрессовую реакцию у крыс. Издевательства над Тиной продолжались гораздо

дольше, она подвергалась насилию как минимум раз в неделю на протяжении двух лет. И это усугублялось стрессом от жизни в условиях постоянного кризиса, ведь ее семья балансировала на грани нищеты. Мне показалось, что если генетическая предрасположенность и внешние условия могут вызывать сходные симптомы дисфункции, то влияние тревожной обстановки на человека, уже генетически чувствительного к стрессу, будет значительно мощнее.

По мере продолжения моей работы с девочкой и в лаборатории я пришел к убеждению, что в случае Тины многократная активизация ее системы реакции на стресс, который она перенесла, когда ее мозг интенсивно развивался, привела к каскаду изменений нейронных рецепторов и чувствительности и к функциональным сбоям во многих областях мозга, сходных с теми, которые я наблюдал у животных. Соответственно, я начал думать, что симптомы Тины стали результатом «травмы в процессе развития». Ее проблемы с вниманием и поведением могли быть обусловлены изменением структуры нейронных систем, отвечающих за стрессовую реакцию. Когда-то это изменение помогало ей бороться с пережитым насилием, но теперь было причиной ее агрессивного поведения в школе и невнимательности на уроках.

Это казалось разумным: человек с чрезмерно активной стрессовой системой уделяет пристальное внимание лицам людей, особенно учителей и одноклассников, от которых может исходить угроза, а не полезным вещам, таким как классные занятия. Повышенная чувствительность к потенциальной угрозе также могла сделать Тину более склонной к агрессии, так как она повсюду искала признаки того, что кто-нибудь снова может напасть на нее. Она заранее реагировала на малейшие признаки посторонней агрессии. Это выглядело более правдоподобным объяснением проблем Тины, чем предположение, что ее трудности с вниманием были косвенными и не связанными с пережитым насилием.

Я просмотрел медицинскую карту Тины и увидел, что во время первого визита в клинику частота ее сердцебиения составляла 112 ударов в минуту. Нормальный показатель для девочки ее возраста – менее 100 ударов в минуту. Учащенное сердцебиение могло указывать на постоянную активность стрессовой реакции, – очередное свидетельство в пользу моей идеи, что ее проблемы были прямым результатом реакции мозга на пережитое насилие. Если бы я теперь ставил диагноз Тине, то это был бы не синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), а посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

За три года работы с Тиной я был доволен и обрадован ее очевидным прогрессом. Сообщения о «неподобающем» поведении в школе прекратились. Она выполняла домашнюю работу, ходила на уроки и больше не задирала других детей. Речевые навыки улучшились. Ее проблемы с речью в значительной мере были связаны с тем, что она говорила очень тихо, поэтому учителя и даже мать часто не могли понять ее слова, не говоря уже о том, чтобы поправить произношение. По мере того как Тина училась говорить четко и внимательно слушать слова, обращенные к ней, таким образом получая необходимую для нее корректирующую обратную связь, она быстро нагоняла сверстников.

Она также стала более внимательной и менее импульсивной – фактически, так быстро, что я даже не обсуждал методы лечения со своими старшими коллегами после того первого разговора с доктором Стайном.

Тина сама направляла наши игры во время сеансов терапии, но я пользовался любой возможностью, чтобы преподать уроки, которые помогали ей чувствовать себя увереннее в окружающем мире и вести себя более осмысленно и рационально. Сначала мы учимся контролировать свои побуждения и принимать решения у окружающих людей, иногда на прямых уроках, иногда на примерах. Но Тина жила в такой обстановке, где не было ни уроков, ни образцов для подражания. Все вокруг нее просто реагировали на происходящее с ними, поэтому она делала то же самое. Наши встречи обеспечили ей нераздельное внимание, к которому она стремилась, а игры объяснили некоторые вещи, которых она не знала. К примеру, когда я только начинал работать с Тиной, она не понимала концепцию очередности. Она не могла дождаться своей очереди, действовала и реагировала без размышления. В ходе наших простых игр я моделировал более соответствующее ситуации поведение и неоднократно учил ее останавливаться, прежде чем делать первое, что придет ей в голову. Благодаря превосходным успехам Тины в школе я поверил, что действительно помог ей.

Увы, за две недели до того, как я покинул клинику, чтобы приступить к новой работе, теперь уже десятилетнюю Тину застали в тот момент, когда она делала минет старшему школьнику. Казалось, мои сеансы не изменили ее поведение, но помогли ей лучше скрывать от взрослых свою сексуальную активность и другие проблемы, а также держать побуждения под контролем, чтобы не попадать в неприятности. Она могла создавать у других впечатление, что ведет себя

надлежащим образом, но на самом деле так и не преодолела свою внутреннюю травму.

Я был расстроен и обескуражен, когда услышал эту новость. После долгих усилий мне казалось, что Тине действительно стало лучше. Оказалось, трудно признать, что благотворный эффект терапии на самом деле обернулся пустышкой. Что произошло? Или, что более важно, чего не хватало в нашей совместной работе, чтобы Тина смогла измениться?

Я продолжал размышлять о последствиях для мозга Тины, к которым могли привести детская травма и нестабильная домашняя жизнь девочки. Вскоре я осознал, что мне необходимо расширить представления о клинических исследованиях психического здоровья. Ответы на мое неэффективное лечение Тины – и на фундаментальные вопросы детской психиатрии – заключались в принципах работы мозга, в особенностях его развития и в том, как он осмысливает и упорядочивает информацию об окружающем мире. Не тот мозг, который карикатурно изображался в виде жесткого, генетически предустановленного механизма, иногда требующего медикаментозного вмешательства для устранения «дисбаланса», но мозг во всей его сложности и полноте. Не тот мозг, который рассматривается как бурлящий котел подсознательного «неповиновения» и «сопротивления», а тот, который развивается и реагирует на сложные социальные обстоятельства. Иными словами, такой мозг, который имеет сформированную эволюцией генетическую предрасположенность к повышенной чувствительности и общее с окружающими людьми.

Конец ознакомительного фрагмента.

notes

Примечания

1

Теперь считается, что от этого расстройства страдает около 7 % американцев… – Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Meri-kangas, K. R., & Walters, E. E. (2005, June). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62(6), 593–602. See also: Kessler, R. C., et al. (1995, December). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 52(12), 1048–1060.

2

Ураган «Катрина» – один из самых разрушительных в истории США. Произошел в августе 2005 года и нанес колоссальный ущерб городу Новый Орлеан в штате Луизианна, затопив около 80 % территории города. – Прим. ред.

3

Примерно 40 % американских детей… – Franey, K., Geffner, R., & Falconer, R. (Eds.). (2001). The Cost of Maltreatment: Who Pays? We All Do (pp. 15–37). San Diego, CA: Family Violence and Sexual Assault Institute. See also: Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006, April). Teh enduring efef cts of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256(3), 174–186. Epub 2005, November 29.

4

…872 000 этих обращений были подтверждены. – http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/ pubs/cm04/index.htm.

5

Примерно 1 из 8 детей моложе 17 лет… – Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. L. (2005, February). Teh victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. Child Maltreatment, 10(1), 5–25.

6

Около 27 % женщин и 16 % мужчин признаются... – Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. Child Abuse & Neglect, 14, 19–28.

7

6 % матерей и 3 % отцов. – A statistical portrait of fathers and mothers in America. (2002). (p. 24). Washington, D.C.: ChildTrends. Survey results from 1995 Gallup Survey on Disciplining Children in America.

8

До 10 миллионов американских детей… – Strauss, M. A. (1991). Children as witnesses to marital violence: A risk factor for lifelong problems among a nationally representative sample of American men and women. [Paper presented at the Ross Roundtable on “Children and Violence.”] Washington, D.C.

9

4 % у детей моложе 15 лет… – Strauss, M. A. (1991). Ibid.

10

Около 800 000 детей оказываются под чужой опекой… – Child Welfare League of America. (2005, June 5). Statement of the Child Welfare League of America for House Subcommittee on Human Resources of the Committee on Ways and Means for the hearing on federal foster care financing. http://www.cwla.org/advocacy/fostercare050609.htm.

11

Более 8 миллионов американских детей страдают от тяжких диагностируемых проблем, связанных с психологическими травмами. – Perry, B. D. & Pollard, R. (1998, January). Homeostasis, Stress, Trauma and Adaptation. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, (7)1, 33–51.

12

Примерно у каждого третьего ребенка, ставшего жертвой насилия. – Perry, B. D. & Azad, I. (1999, Aug). Posttraumatic stress disorders in children and adolescents. Current Opinion in Pediatrics, 11(4), 310–316.

13

Здесь и далее знак звездочки (*) после имени указывает на псевдоним. – Прим. авт.

14

Существует 86 000 000 000 нейронов (мозговых клеток)... – von Bartheld, C. S., Bahney, J. and Herculano-Houzel, S. (2016), Teh search for true numbers of neurons and glial cells in the human brain: A review of 150 years of cell counting. J. Comp. Neurol., 524: 3865–3895.

15

…помогают ему реагировать на стрессовые ситуации. – Perry, B. D., Stolk, J. M., Vantini, G., Guchhait, R. B., & U’Prichard, D. C. (1983). Strain difef rences in rat brain epinephrine synthesis and alpha-adrenergic receptor number: Apparent in vivo regulation of brain alphaadrenergic receptors by epinephrine. Science, 221, 1297–1299.

16

В конечном счете пожизненно изменило их способность правильно реагировать на стресс. – Reviewed in Levine, S. (2005, November). Developmental determinants of sensitivity and resistance to stress. Psy-choneuroendocrinology, 30(10), 939–946. See also generally: Terr, L. (1990). Too scared to cry: How trauma afef cts children and ultimately, us all. New York: Basic Books.

Купить: https://tellnovel.com/salavic_bryus/mal-chik-kotorogo-rastili-kak-sobaku

надано
Прочитайте цю книгу цілком, купивши повну легальну версію: Купити