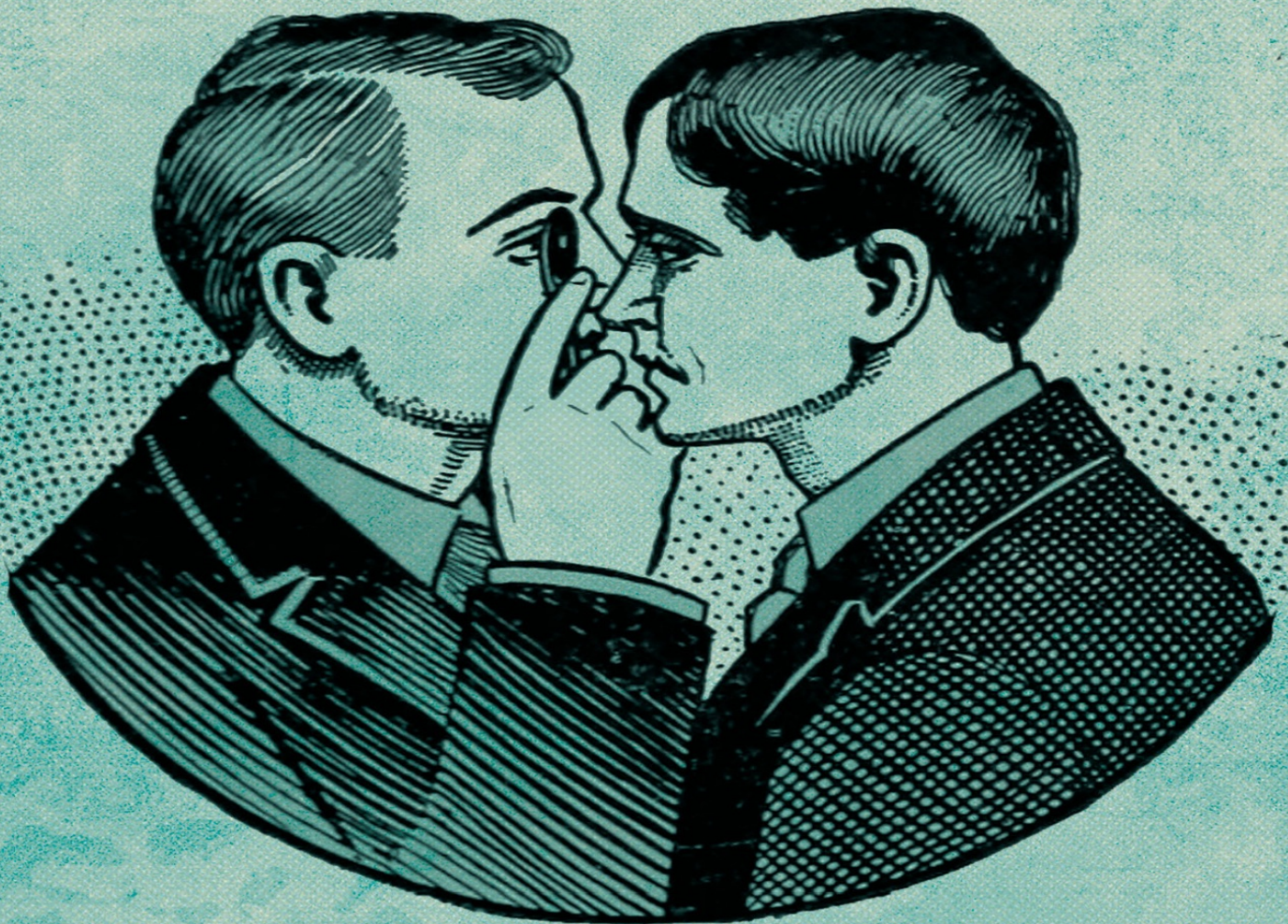




С Ю З А Н Н А

О'САЛЛИВАН



ВСЕ В ТВОЕЙ ГОЛОВЕ

Annotation

Сюзанна О'Салливан – известный американский невролог, автор нескольких научно-популярных книг, продолжатель традиции клинических историй Оливера Сакса.

Каждый из вас наверняка не раз краснел от стыда, холодел от ужаса и чувствовал, что сердце вот-вот выпрыгнет из груди от волнения. Однако наша психосоматика способна на куда более изощренные и жестокие игры, и в этой книге представлены истории людей, которые знают не понаслышке, что такое «болезни от нервов» и как трудно порой с ними справиться.

- [Сюзанна О'Салливан](#)

- -
 -
 - [1. Слезы](#)
 - [2. Полин](#)
 - [3. Мэтью](#)
 - [4. Шахина](#)
 - [5. Ивонна](#)
 - [6. Элис](#)
 - [7. Рейчел](#)
 - [8. Камилла](#)
 - [9. Смех](#)
 - [Благодарности](#)
-

Сюзанна О'Салливан

Все в твоей голове

Suzanne O'Sullivan
IT'S ALL IN YOUR HEAD

Печатается с разрешения издательства Chatto & Windus, a division of Random House Group Ltd, и литературного агентства Andrew Nurnberg.

© Suzanne O'Sullivan, 2014

 Школа перевода В. Баканова, 2018

© Издание на русском языке AST Publishers, 2018

Исключительные права на публикацию книги на русском языке принадлежат издательству AST Publishers.

Любое использование материала данной книги, полностью или частично, без разрешения правообладателя запрещается.

Сюзанна О'Салливан – известный американский невролог, автор нескольких научно-популярных книг, продолжатель традиции клинических историй Оливера Сакса. Ее последняя работа – «Все в твоей голове» – получила престижную премию «Wellcome Book», вручаемую за лучшие научно-популярные книги, посвященные медицине.

Каждый из вас наверняка не раз краснел от стыда, холодел от ужаса и чувствовал, что сердце вот-вот выпрыгнет из груди от волнения. Однако наша психосоматика способна на куда более изощренные и жестокие игры. По данным ВОЗ, каждый пятый пациент, обратившийся к врачу, страдает психосоматическим заболеванием, не имеющим реальной физической причины. Несмотря на столь яркую статистику, врачи, как правило, не принимают этот феномен во внимание и объявляют таких пациентов мошенниками, лгунами, а то и вовсе сумасшедшими.

Сюзанна О'Салливан описывает реальные случаи из собственной практики, который воспринимаются как чистая фантастика, – истории пациентов, страдавших от тяжелых психосоматических заболеваний – от паралича до слепоты, которые долгое время не удавалось не только вылечить, но даже правильно диагностировать, поскольку все

обследования говорили о том, что пациент здоров.

Перед вами – истории людей, которые знают не понаслышке, что такое «болезни от нервов» и как трудно порой с ними справиться. Истории, которые многих заставят задуматься... А кому-то подарят надежду.

Великолепная книга для почитателей Оливера Сакса!

Посвящается Э. Г.

1. Слезы

Я сразу же уверился, что женщина страдает не от физического недуга, ее болезнь – чувственного характера, и вскоре получил тому подтверждение. В какой-то момент осмотра один человек, стоящий рядом, обмолвился, что недавно видел в театре танцора Пилада. В этот миг и выражение, и цвет ее лица сменились. Я держал женщину за руку и заметил, что пульс сделался нерегулярным, он вдруг резко участился, что говорило о душевном смятении.

Гален (150 год н. э.)

Диплом врача я получила в 1991 году. Перед молодыми медиками часто встает большая проблема – выбор специализации. Кому-то решение дается легко. Вы либо хотите оперировать, либо нет. Либо умеете работать в чрезвычайных ситуациях, либо нет. Кто-то предпочитает заниматься лабораторными исследованиями. Другие – общаться непосредственно с пациентами. В медицине есть место каждому. Однако иногда определиться нелегко. Допустим, вы решили стать хирургом, но каким именно? Может, вас привлекает кардиология, когда один удар сердца решает человеческую жизнь? Или вы хотите испытывать взлеты и падения в борьбе с раковыми клетками?..

Путей очень много; свой я наметила с первых же дней учебы. Я решила стать неврологом. Эту дорогу я выбрала осознанно, зная, куда она заведет. Мне хотелось стать такой же, как те люди, которые меня обучали, которые меня вдохновляли. В моих глазах эта работа была сродни детективной драме, когда приходится распутывать загадки нервной системы и выяснять, что именно в организме дало сбой. Представьте человека, который не может опереться на правую ногу и не чувствует левую – в чем причина? что за болезнь? Или женщину, у которой, напротив, онемели руки, и она путает пальцы. Попросите ее поднять мизинец – и она ошибется. Какая часть мозга пострадала в этом случае? Неврологические заболевания проявляются самым непредсказуемым образом. Иногда эпилептический припадок спровоцирован совершенно банальным событием, например чисткой зубов. А причина загадочного временного

паралича – в чересчур соленой пище.

Первые шаги в неврологии я сделала в 1995 году. Я думала, что придется работать с людьми, страдающими заболеваниями головного мозга, нервов или мышц – такими как рассеянный склероз, инсульт, мигрень и эпилепсия. Тогда я даже представить не могла, как много у меня будет пациентов, чью болезнь порождает не тело, а разум.

Есть немало примеров того, как разум управляет человеческим организмом, причем многие настолько нам привычны, что мы не воспринимаем их как нечто особенное. Возьмем, к примеру, слезы – соленую жидкость, льющуюся из глазных протоков. Это физиологическая реакция на чувства. Я плачу, если мне грустно. Или если я очень счастлива. Порой слезы текут при виде красивой картины или при звуках песни. Или наворачиваются на глаза из-за злости.

Или другой пример – румянец, следствие расширения кровеносных сосудов; мгновенная физическая реакция, отражающая внутреннее чувство стыда или счастья. Самое важное, что эта реакция не поддается контролю. Румянец выдает ваше смущение, отчего становится неловко вдвойне, но разорвать этот замкнутый круг одним лишь усилием воли нельзя.

Иногда реакции тела не ограничиваются порозовевшими щеками или нечаянной слезой. В начале девятнадцатого века французский писатель Стендаль так обозначил свои чувства при знакомстве с фресками Флоренции: «Я испытывал сердцебиение, жизненные силы во мне иссякли, я едва двигался, боясь упасть». Возможно, слова Стендаля покажутся вам крайностью, но кто-то вспомнит их, когда при первом взгляде на фрески Джотто у него подогнутся ноги, а сердце пропустит удар.

Наверное, всем хорошо известно, что нервное перевозбуждение может привести к потере сознания. Вспомним хотя бы массовые обмороки на концертах поп-музыки. Конечно, практически всегда их можно объяснить чисто физиологическими причинами. Человек находится в душном помещении; для охлаждения организма сосуды расширяются, кровь отливает от мозга, на мгновение тот лишается кислорода, в результате – «отключка». В данном случае обморок – это ответ организма на сугубо внешние факторы.

И все же, когда ученые заинтересовались этим явлением, обнаружилось, что далеко не каждый обморок объясняется подобным образом. В 1995 году «Медицинский журнал Новой Англии» опубликовал статью с результатами опроса молодых людей, упавших в обморок на музыкальном концерте. Из четырехсот подростков, обратившихся за медицинской помощью, были обследованы сорок. Шестнадцать потеряли

сознание по причинам, полностью укладываемым во влияние внешних факторов: жара и обезвоживание привели к падению артериального давления и нарушению кровоснабжения мозга. Остальные запаниковали в толпе, что повлекло за собой перенасыщение легких кислородом; кровь отхлынула от мозга, и опять-таки случился краткий обморок. Однако врачи обратили внимание, что духота, обезвоживание и давка объясняли далеко не каждый случай; некоторые из них были вызваны влиянием лишь одного фактора – невероятного всплеска эмоций.

Многие испытывали этот феномен на себе: дрожь в пальцах, когда вы берете ручку, чтобы расписаться при регистрации брака; капли пота на лбу, когда против воли приходится выступать перед публикой... Все это – реакция организма на стресс. У каждого симптома есть своя цель, даже если она не всегда очевидна, и вызван он теми же импульсами, которые заставляли сердце пещерного человека биться быстрее, чтобы тот сумел убежать от шерстистого мамонта. Но что, если эти вполне нормальные реакции не будут работать должным образом? Ведь организм вполне способен дать сбой. Живая клетка может перерасти в опухоль. Либо, наоборот, прекратить деление или вовсе погибнуть, как это происходит при облысении. Любые химические вещества – те же гормоны – могут вырабатываться в чрезмерном или недостаточном количестве, что влечет за собой заболевания щитовидной железы. Точно так же и реакция организма на стресс иногда проявляется самым непредсказуемым образом. И в таком случае мы имеем дело с болезнью.

В рамках психосоматики исследуются физические симптомы, которые вызваны психологическими факторами. Указанные выше примеры – слезы и румянец – это нормальное явление и признаком заболевания не считаются. Лишь когда психосоматические реакции выходят за пределы нормы, влияют на самочувствие и угрожают здоровью – вот тогда мы говорим о заболевании. В современном обществе очень популярна идея, что позитивные мысли способствуют выздоровлению, а правильный настрой – первый шаг на пути к излечению. Я целиком и полностью согласна с этой позицией. Однако общество не сознает, как часто встречается обратная ситуация и какое огромное количество людей подсознательно считают себя больными.

Конечно, некоторые заболевания напрямую связаны со стрессом. Многие слышали, что нервное перенапряжение способствует повышению артериального давления и развитию язвы желудка. Но многие ли знают, что эмоции зачастую приводят к серьезным нарушениям в организме, которые нельзя объяснить конкретной болезнью?

Если у пациента есть симптомы некоего заболевания, причину которого не выявляют никакие анализы и тесты, тогда мы говорим о психосоматических расстройствах. Это уникальное явление не подчиняется никаким правилам. Оно может поразить любую часть тела и проявиться самым непредсказуемым образом. Представьте себе ребенка, который страдает от боли в животе, потому что над ним издеваются одноклассники. Или из-за эмоциональных переживаний у него происходит нарушение сердечного ритма (очень распространенное, между прочим, явление). Однако психосоматическое расстройство может выразиться и в более радикальной форме, вплоть до паралича или судорог. В общем, возможно все, что только способно предложить вам воображение. Подумайте о любом, абсолютно любом симптоме, и знайте, что чей-то разум его уже воспроизвел.

Как минимум треть пациентов обращается к врачу с жалобами, которые современная медицина объяснить не в силах. Конечно, далеко не всегда симптомы имеют психосоматическую основу. Многие люди страдают от болезней, которые не выявляются общими клиническими исследованиями. Например, обычные анализы не способны обнаружить вирусную инфекцию. Человеку становится плохо, затем болезнь отступает – а он так и не узнает, что с ним было на самом деле. Впрочем, это уже неважно: организм справился с инфекцией своими силами. В других случаях анализы показывают отклонения, но их причины остаются неясны. Всегда будут существовать заболевания, неизвестные науке. Каждый год ученые продвигаются в исследовании неподвластных прежде болезней все дальше, поэтому многим пациентам в итоге назначают правильное лечение. Однако среди тех, чью проблему диагностировать пока не удастся, есть группа людей, которым поставить диагноз нельзя – потому что таких болезней не существует в принципе. Их симптомы, необъяснимые с медицинской точки зрения, возникли из-за психологических или поведенческих факторов.

Психосоматические расстройства – явление мирового масштаба, они не зависят ни от системы здравоохранения, ни от культуры. В 1997 году Всемирная организация здравоохранения провела исследование, чтобы выявить, как часто встречаются пациенты с психосоматическими нарушениями. В исследовании приняли участие 15 городов США, Нигерии, Германии, Чили, Японии, Италии, Бразилии и Индии, в каждом из которых фиксировалось количество обращений с симптомами, необъяснимыми с медицинской точки зрения. Результаты показали, что хотя крайние формы психосоматических расстройств встречаются редко, их легкие формы –

явление куда более распространенное, чем могло бы показаться. Как минимум у 20 % обратившихся за врачебной помощью наблюдались по крайней мере шесть необъяснимых симптомов, оказывавших значительное влияние на самочувствие. Самое интересное, что показатели развитых и развивающихся стран ничем не отличались. Разница в доступности услуг системы здравоохранения никак не влияла на распространение болезней. Цифры были одинаково высоки для всех государств.

Это открытие – что пятая часть больных всего мира страдает от психосоматических нарушений – не могло не иметь финансовых последствий. Однако подсчитать полные затраты на лечение таких пациентов так и не удалось, хотя отдельные попытки предпринимались неоднократно, и суммы выходили грандиозные. Так, например, исследование в Бостоне за 2005 год показало, что психосоматические больные обходятся экономике страны в два раза дороже остальных пациентов. Исходя из этих данных вывели среднюю стоимость лечения психосоматических расстройств на территории США: 256 миллиардов долларов ежегодно! Для сравнения – в 2002 году на лечение больных сахарным диабетом, включая сопутствующие осложнения, было потрачено всего 132 миллиарда.

Психосоматические расстройства напрямую не связаны с неврологией; скорее, они лежат в поле психологии или психиатрии. Я не психотерапевт, я невролог. На первый взгляд, мой интерес к психосоматике лишен смысла. Так и есть, однако мне удалось выявить огромное количество психосоматических нарушений именно потому, что я не психотерапевт. Суть психосоматики в том, что физические симптомы маскируют истинную эмоциональную причину. Вполне естественно, что пациенты идут за диагнозом не к психиатру, а к конкретному специалисту. С болью в животе – к гастроэнтерологу, с нарушениями сердечного ритма – к кардиологу, с проблемами зрения – к офтальмологу, и так далее. Любой врач каждый день сталкивается с разными формами психосоматических расстройств, но интерпретирует их по-своему, из-за чего крайне сложно в полной мере оценить масштабы проблемы.

Два наиболее распространенных психосоматических симптома – усталость и боль. Они же – самые сложные, потому что их нельзя объективно измерить, можно лишь описать. Неврологам, однако, проще остальных врачей, потому что психосоматические нарушения в их сфере проявляются в виде локального поражения нервной системы – например, паралича или потери слуха. Диагностика подобных симптомов тоже основывается на субъективных ощущениях пациента, но существуют

методики, которые позволяют – по крайней мере, частично – их проверить. Иными словами, невролог способен отличить физическую болезнь от психической. Поэтому нам чаще других удастся диагностировать этот вид заболеваний – что и обусловило мой интерес.

В среднем примерно у трети пациентов, обратившихся к неврологу, подозревают психосоматические нарушения. И это очень сложно – сообщить человеку, что его вполне реальная болезнь кроется в голове. Этот диагноз нелегко понять, не говоря уж о том, чтобы с ним смириться. Врачи слишком часто предпочитают о нем умолчать – отчасти из-за страха, что допустили ошибку, отчасти из-за нежелания вызвать недовольство пациента. И тот оказывается в ловушке, потому что ни невролог, ни психотерапевт не хотят брать на себя всю ответственность за лечение. Больной, не согласный с диагнозом, обходит врача за врачом в надежде найти другое объяснение... Но результаты анализов – неизменно хорошие – разочаровывают и заставляют искать все новые и новые варианты. Люди избегают помощи, считая, что психосоматическая болезнь – нечто постыдное. Общество негативно относится к расстройствам психики, и нашим пациентам это известно.

В самом начале карьеры я тоже иначе воспринимала психосоматические расстройства. С такими пациентами, в отличие от *настоящих*, крайне сложно добиться успеха. Мой интерес развивался постепенно; я медленно погружалась в изучение проблемы, пока однажды не бросилась в омут с головой.

Как и большинство врачей, впервые с психосоматическими симптомами я столкнулась в студенческие годы. Когда встречаешь пациента, которому не можешь помочь, опускаются руки. Неужели все годы обучения прошли зря?

Поставьте себя на место начинающего врача – вы получили квалификацию, работаете стажером в больнице, участвуя в постановке первичного диагноза: высказываете свои предположения лечащему врачу, и тот подтверждает либо опровергает их. Ваша задача – сортировать пациентов по степени тяжести их заболеваний. Пациент с хроническими болями в спине окажется в самом низу списка. Если до сих пор никому не удалось установить причину его болезни, у вас тем более ничего не выйдет. Его участь кажется не такой уж и тяжелой – по крайней мере, исходя из ваших личных представлений. И в этом позиции врача и пациента кардинально разнятся.

Чем больше я училась, тем чаще сталкивалась с психосоматическими

нарушениями. И я все отчетливее понимала, что многие люди, проходящие в двери нашей клиники, скорее всего, страдают из-за эмоциональных состояний, а не заболеваний мозга и нервной системы. Но, как и большинство коллег, свою роль видела в том, чтобы полностью исключить любые неврологические причины.

И на этом я снимала с себя всю ответственность. Сама система обучения подразумевала, что пациента я вижу первый и последний раз в жизни, так что я лишь отработывала на нем систему диагностики. *«Хорошая новость: у вас нет опухоли мозга, у вашей головной боли нет серьезных причин. Всего доброго».*

А потом я познакомилась с Брендой. В нашу первую встречу она была без сознания (во время остальных, впрочем, – тоже). Бренда обратилась в больницу после нескольких припадков судорог. Дежурный врач осмотрел ее и принял решение о госпитализации. Мы как раз были в отделении, когда ее привезли. Все в испуге шарахнулись, освобождая дорогу мчащейся на бешеной скорости каталке. В кабинете врача Бренда была в порядке, а по пути в палату начался новый приступ. Санитары оставили каталку возле поста медсестры, и все пациенты и их родственники видели, что происходит. На лицо Бренде нацепили кислородную маску, однако перевернуть женщину на бок и зафиксировать так и не удалось. Медсестра передала мне шприц с диазепамом. Я попыталась поймать Бренду за руку, чтобы сделать укол, но та постоянно выскользывала из моей хватки.

Вместе с другим врачом нам удалось прижать ее руку – и даже тогда Бренда сопротивлялась. Я кое-как ввела под кожу содержимое шприца. Мы стояли и ждали, когда препарат подействует. Ничего не происходило. Чужие взгляды жгли мне спину, но тут, к счастью, по громкой связи вызвали команду реаниматологов. Анестезиолог прибыл лишь спустя десять минут, и все это время Бренда билась в судорогах; единственный препарат, который мы могли ей дать, не помог даже в двойной дозировке. Все отделение с облегчением выдохнуло, когда каталку с Брендой развернули и поспешно увезли.

На следующий день я снова увидела Бренду, но узнала ее не сразу. Она лежала в палате интенсивной терапии, с интубационной трубкой в горле, подключенная к аппарату искусственного дыхания. В носу у нее была вторая трубка, опускавшаяся на живот. Глаза закрывала тугая повязка, волосы – стянуты наверху. Приступ так и не удалось снять, поэтому Бренду погрузили в медикаментозную кому. Всякий раз, когда ее будили, припадок начинался с новой силой. Следующие два дня ей кололи противоэпилептические средства в максимальной дозировке. За это время

Бренда превратилась в бледную восковую куклу с раздутым животом. Судороги не прекращались...

На пятый день мы стояли вокруг ее кровати. Невролог предложил нам присутствовать при очередной попытке вывести Бренду из комы. Прошло десять минут после первых признаков пробуждения. Она закашлялась и зашарила ладонями по простыни.

– Бренда, как вы? Вы сейчас в больнице. – Медсестра ласково взяла ее за руку.

Бренда открыла глаза и захрипела сквозь трубку.

– Может, уберем? – предложила медсестра, но врач не торопился.

Бренда умоляюще глядела в лицо медсестры; она давилась трубкой, по ее щекам текли слезы.

– У вас были судороги, сейчас все уже прошло.

У Бренды задрожала левая нога.

– Опять начинается. Усыпляем? – спросил кто-то.

– Нет, – ответил врач.

Тем временем задержалась и вторая нога. Бренда закрыла глаза, пряча испуганный взгляд. Судороги усиливались; запищали аппараты, свидетельствуя о снижении уровня кислорода в крови.

– Ну же? – повторил напряженный голос. Полный шприц уже был наготове.

– Это не припадок, – заявил вдруг врач.

Все обменялись недоуменными взглядами.

– Выньте трубку, – велел он.

– Уровень кислорода падает!

– Да, потому что трубка ей мешает. Она в состоянии дышать самостоятельно.

Бренда вся побагровела, выгнула спину; руки у нее тряслись. Мы стояли вокруг кровати, затаив дыхание.

– Это не эпилептический приступ. У нее псевдоэпилепсия, – сказал врач, и после этих слов, к нашему огромному облегчению, Бренда хрипло и протяжно выдохнула.

Полчаса спустя она окончательно пришла в себя; сидела на кровати, а по щекам лились крупные слезы. Тогда я видела ее в последний раз – и впервые в сознании. Мы с Брендой за все время не обменялись и словом.

В тот же день в ординаторской я рассказала о ней другим стажерам:

– Слышали о женщине, которая почти неделю пролежала в реанимации под общим наркозом? Представляете, у нее нет эпилепсии. И вообще она здорова!

Лишь спустя несколько лет я осознала опасность, с которой столкнулась Бренда. Куда больше времени ушло, чтобы понять, какой вред я могла причинить ей своими словами. Впоследствии я лучше понимала суть психосоматических расстройств. Мне потребовались годы, чтобы созреть как специалисту.

Должность врача я получила в 2004 году, и это перевернула все мои представления о работе. Как старший ординатор я, конечно, несла ответственность за свои решения, но теперь, когда я принимала их в одиночку, выяснилось, что это несравненно тяжелее, ведь надо мной уже не было никого, кто подсказал бы, права я или ошибаюсь. Лишь самочувствие пациента позволяло понять, на верном ли я пути.

В конце концов я определилась с дальнейшей карьерой, хотя изначально меня мучили сомнения. Я получила две специализации: неврология и клиническая нейрофизиология. Как врач-невролог я могла лечить пациентов с нарушениями ЦНС, как нейрофизиолог – проводить собственные исследования в области функций нервной системы и мозга. На моей первой врачебной должности приходилось сочетать и то и другое, работая с людьми, страдавшими эпилепсией. Стандартное лечение подходило далеко не всем. Выяснилось, что примерно две трети моих пациентов не реагируют на препараты – потому что эпилепсии у них нет. Приступы имеют сугубо психологическую природу.

Я вдруг поняла, у скольких пациентов нужно диагностировать не неврологическое, а скорее психологическое заболевание. Каждый, кто приходил ко мне на прием, рассказывал свою историю – и практически всегда это было эпическое повествование о долгом и безуспешном путешествии по больничной системе. Мало кому удавалось выздороветь. На моих глазах разворачивались многолетние драмы, полные боли и страданий. И однажды я поняла: все, хватит, я больше не могу сообщать пациентам, что по моей части нет ничего серьезного, а затем самоустраняться. Если я хочу чего-то добиться, надо прикладывать больше усилий. Впервые я ясно увидела всю серьезность психосоматики, впервые осознала, как тяжело бороться с ней людям – и практически никому это не удается.

С тех пор я часто встречала людей, подверженных стрессу. На этом фоне у них развивались физические проблемы. Вопреки всякой логике, люди предпочитали биться в судорогах или сидеть в инвалидной коляске, лишь бы не испытывать душевные муки. Я многому научилась благодаря работе с теми, кто не сдался, несмотря на все трудности и осуждение

общества. А еще меня поражало, какие серьезные увечья могут проявиться в результате психосоматического расстройства. Сперва я то и дело давила в себе подозрительность: хотелось спросить пациентов, зачем им это надо, с какой целью они себя калечат? Некоторые симптомы были столь поразительны, что просто не верилось в их подсознательную природу. Но я всегда старалась поддержать людей в их борьбе с собственным разумом. Я чувствовала их разочарование в системе здравоохранения и разделяла гнев на окружающих. В этой книге я расскажу несколько историй о самых храбрых своих пациентах. Конечно, я скрою персональные данные и изменю имена, но сохраню все важные детали. Мои пациенты меня многому научили, и я надеюсь, что смогу передать эти знания дальше. И тогда, надеюсь, те, кто вдруг окажутся на их месте – люди вроде вас и меня, наших друзей и близких, – не будут так одиноки и потеряны.

Прежде чем начать, стоит пояснить терминологию. Пока для простоты понимания я использовала понятие «психосоматический» для обозначения любых симптомов, которые не имеют физиологического обоснования и, возможно, вызваны психологическими причинами. Однако психосоматическое расстройство – это не конкретный диагноз, а самый общий термин, включающий целый комплекс различных заболеваний. Также он обозначает симптомы, необъяснимые с медицинской точки зрения, которые, по мнению медицинского сообщества, обусловлены стрессом и не могут быть связаны с физической болезнью. В этой книге я буду в равной степени использовать оба понятия: и «симптомы, необъяснимые с медицинской точки зрения», и «психосоматические симптомы», а также определение «психогенный», когда будет вестись речь о расстройствах, имеющих психологическое происхождение.

Однако эти термины не всегда уместны. Они содержат корень «психо-», подразумевающий, что причина болезни – в сознании человека, в эмоциональном или душевном расстройстве. Для некоторых пациентов, мало знакомых с областью психиатрии, эти понятия вызывают отчуждение. Поэтому вместо них я иногда говорю о «функциональных расстройствах». Это сугубо описательное выражение, которое в данном случае выступает как обозначение необъяснимых симптомов без суждения о конкретных причинах заболевания.

Чтобы понять, в чем разница, представьте женщину, которая пережила сексуальное насилие, после чего у нее внезапно отнялись ноги. Исключив органические причины и зная о травме, можно сделать вывод, что паралич носит психосоматический или психогенный характер. А вот если информации о случившемся нет, то предварительно паралич стоит

обозначить как функциональный. Это значит, что нервная система не функционирует должным образом, но почему – неизвестно. Для большинства врачей понятия «психогенный» и «функциональный» выступают как синонимы, однако для пациентов разница порой принципиальна.

«Руководство по диагностике и статистике психических расстройств» (РДС) – своеобразная Библия психотерапевтов, на основании которой они выявляют психиатрические и психологические заболевания. В ней отсутствует понятие «психосоматическое расстройство». Патологии, которые я описываю в своей книге, вполне попадают в стандартные критерии диагностики расстройств психики, предложенные РДС. В Руководстве содержится многоуровневая классификация симптомов, которая облегчает постановку диагноза. В частности, РДС выделяет следующие категории: расстройства с соматическими симптомами, конверсионные расстройства, психологические факторы, влияющие на соматическое заболевание, необъяснимые медицинские симптомы.

Расстройства с соматическими симптомами подразумевают наличие физиологических (телесных) проявлений, не позволяющие вести нормальный образ жизни и не поддающихся медицинскому обоснованию. Наиболее известный такой симптом – это боль. Ее могут сопровождать усталость, расстройство пищеварительной системы или что-то еще (хотя и необязательно). Ключевым моментом – пусть и не симптомом – является поведение пациента. Мучает ли его непонятное беспокойство, тревога, прикладывает ли он большие усилия на борьбу с болезнью? Боль важна не сама по себе, важно то, что она делает с больным. Сперва человек ее терпит. Потом боль вынуждает отказаться от работы или учебы, а затем – и от нормальной жизни.

Важно различать понятия «соматизированное расстройство» и «расстройство с соматическими симптомами». Первое означает, что у человека проявляются физические симптомы в ответ на психологический раздражитель. Например, болит голова при большой нагрузке. Соматизированное расстройство не обязательно подразумевает нарушение психики. Это практически нормальная реакция, механизм, посредством которого организм сигнализирует о возможных проблемах. Если симптомы проявляются не слишком часто и быстро проходят, ни о какой болезни речь не идет. А вот если они стали хроническими и не позволяют функционировать должным образом, тогда мы говорим уже о расстройстве с соматическими симптомами.

Расстройства с соматическими симптомами встречаются редко, но

представляют собой весьма серьезную проблему, потому что могут проявиться в целом букете противоречащих друг другу медицинских диагнозов. Это тяжелое хроническое заболевание, оставляющее крайне мало шансов на выздоровление. Гораздо чаще встречаются заболевания с необъяснимыми медицинскими симптомами, которые проявляются в самый неожиданный момент, а затем столь же внезапно исчезают. Например, может развиться странная боль в суставах, которая, конечно, мешает вести нормальный образ жизни, но при этом она не сопровождается другими симптомами и в конце концов проходит самостоятельно.

Конверсионные расстройства – это расстройства с соматическими симптомами, атакующие нервную систему человека. Здесь действует тот же механизм: причины заболевания неизвестны, но проявляется оно не в боли, а в неврологических симптомах, таких как судороги, онемение конечностей и паралич.

Конверсионные расстройства также известны как функциональные неврологические или, реже, диссоциативные расстройства. Прежде их называли истерическими конверсиями или просто истерией. Поэтому, когда я стану использовать этот термин, упоминаться он будет сугубо в историческом значении. Сейчас истерия обозначает взрыв иррациональных эмоций, но в прошлом это был медицинский термин, диагноз, за которым скрывались необъяснимые неврологические заболевания. На страницах этой книги понятия «истерия» и «конверсионное расстройство» будут использоваться как синонимы, с поправкой на определенную эпоху.

Важно заметить, что соматические и конверсионные расстройства *не обязательно* сопровождаются реальным физиологическим заболеванием. У пациента может стоять конкретный диагноз, но он объясняет далеко не все симптомы. В таком случае врач должен учитывать психологические факторы, влияющие на соматическое заболевание. Представьте человека, страдающего астмой. Болезнь стабильна, поддается лечению, врач не слышит в легких хрипов и посторонних шумов. С точки зрения медицины, болезнь находится под контролем, однако у человека по-прежнему наблюдаются трудности с дыханием. В таком случае этот конкретный симптом можно рассматривать как функциональный или психосоматический. Или другой пример – заболевание щитовидной железы, сопровождающееся постоянной усталостью. Пациент принимает гормонозаместительные препараты; судя по анализу крови, все показатели в норме. Следовало бы ожидать, что какие-то симптомы если и будут проявляться, то на минимальном уровне. Однако человек по-прежнему жалуется на постоянную усталость, которая в таком случае вызвана

психосоматическими причинами даже при наличии конкретного заболевания.

В реальной практике все эти термины используются вперемешку. Пациент может консультироваться у нескольких врачей и получить разные диагнозы: один назовет это конверсионным расстройством, другой – функциональным неврологическим нарушением, третий – психосоматозом. Врач выберет тот термин, который кажется ему наиболее приемлемым, наиболее удобоваримым для пациента. Об этом я тоже буду вести речь на страницах своей книги.

Наконец стоит разграничить понятия «болезнь» и «недомогание». Болезнь – это биологическая дисфункция тела. Она подразумевает физиологическую или анатомическую аномалию – в общем, некие патологические нарушения организма, в отличие от расстройств психики.

Недомогание с самой болезнью никак не связано. Это человеческая реакция на заболевание, субъективные переживания, самочувствие. Оно носит как физиологическую, так и психологическую природу. При наличии диагноза пациент не обязательно должен чувствовать себя плохо. Например, эпилепсия – это болезнь, но если она протекает без симптомов, то самочувствие пациента находится на должном уровне. И напротив, при психосоматическом расстройстве физической патологии может и не быть, однако человек чувствует недомогание.

Эти переживания очень индивидуальны. Один мой друг, далекий от медицины, однажды поинтересовался: почему для каждой болезни нельзя вывести единую формулу, учитывающую все ее возможные проявления? Ведь тогда бы отпала надобность во врачах, достаточно просто разработать специальную программу, куда можно ввести свои симптомы и тут же получить диагноз. Мой друг забыл о главном – о том, что одни и те же симптомы можно воспринимать по-разному. Общую картину формирует личность пациента, его жизненный опыт, реакция на любое проявление болезни. Опросите сотню людей с одинаковой травмой – и вы получите сто разных ответов. Вот почему медицина – это искусство.

Люди, о которых я буду рассказывать, сильно страдали. Но страдали они не из-за болезни. И самой важной моей задачей было им это объяснить. От этого зависело, как они будут относиться к себе и окружающим, что, в свою очередь, определит их будущее.

Все зависело от того, как они воспримут свой диагноз. Те, кому удалось с ним смириться, получили шанс на выздоровление. Правда, им пришлось иначе взглянуть на психосоматические расстройства, пришлось побороть собственные преубеждения – и я расскажу, что из этого вышло.

2. Полин

Все мы в те или иные моменты жизни пытаемся заглушить свои болезненные эмоции. Но, преуспевая в своем стремлении ничего не чувствовать, лишаем себя единственного способа разобраться, что мучит нас и почему.

Стивен Гросс. «Искусство жить» (2013).

Полин я узнала сразу; она заметно выделялась на фоне остальных пациентов – хотя бы потому, что была раза в два моложе. Предохранительные поручни ее кровати были подняты и заботливо обтянуты мягкой тканью. Справа стояло инвалидное кресло. Слева на стуле с высокой спинкой сидела женщина, которая не спускала с меня пристального взгляда. Она что-то шепнула Полин, и в мою сторону повернулись уже два лица, похожих и при этом таких разных. Полин смотрела на меня со страхом, ее мать – с надеждой. Полузадернутые шторы прятали женщин от окружающих. Или тех – от Полин. Тогда я еще не знала наверняка.

Мне позвонили накануне вечером с просьбой осмотреть Полин как можно скорее. Ее госпитализировали с жалобами на сильную боль в ноге. Провели ряд обследований, но ничего не нашли. Это было уже третье ее обращение в больницу с теми же симптомами. Наконец врачи расписались в собственном бессилии:

– Мы не в состоянии обнаружить причину вашей болезни.

Полин ответила, что в таком случае возвращается домой.

Час спустя она потеряла сознание в туалете. Медсестра услышала шум и обнаружила, что девушка бьется на полу в судорогах. Ей вызвали команду реаниматологов, стабилизировали состояние и вернули в постель. В течение следующего часа случилось еще два приступа. С Полин встретился дежурный невролог, после чего вызвали меня.

Перед нашей встречей я решила ознакомиться с медкартой. Та лежала на дне тележки для документов, потому что в отсек просто-напросто не помещалась. Записи Полин занимали две толстых папки. Такие обычно бывают у стариков, всю жизнь страдающих от тяжелых хронических болезней. И все-таки карта Полин отличалась – тем, что в ней так и не было

конкретного диагноза.

Я прочитала все записи, начиная с самого первого визита в больницу и заканчивая последней госпитализацией. Очень важно понимать, как развивалась болезнь. И только ознакомившись с официальной версией, я подошла к Полин. Представилась и начала со своего обычного вопроса:

– Сколько вам лет и когда в последний раз вы чувствовали себя здоровой?

– Мне двадцать семь, – ответила Полин. – А началось это, когда мне было пятнадцать.

Я попросила ее рассказать обо всем как можно подробнее.

– Я ничем не отличалась от других... была обычной.

– Не просто обычной, солнышко. – Мать Полин погладила ее по плечу. – Она была спортивной девочкой и очень хорошо училась. Все говорили, что у нее отличные перспективы.

– Это было двенадцать лет назад. И взгляните на меня теперь.

За год до выпускных экзаменов Полин начала жаловаться на плохое самочувствие. Она уставала, мучилась от боли в животе. По результатам анализов врач диагностировал инфекцию мочевыводящих путей и назначил курс антибиотиков. На какое-то время лекарства помогли, однако вскоре болезнь вернулась. За три месяца Полин принимала антибиотики четыре раза. Сперва наступало кратковременное облегчение, после чего все повторялось.

– Я не могла нормально пописать, всякий раз чувствовала жжение и боль. Лекарства снимали симптомы на неделю, может быть, на две. А потом инфекция возвращалась. Иногда мне было так плохо, что я не могла встать с постели.

Полин обратилась к урологу. Она сдавала бесконечные анализы, которые ничего не выявляли. Затем ей в мочевой пузырь поместили камеру, однако никакой патологии не обнаружили. Все показатели были в норме. В конце концов уролог назначил антибиотики в минимальной дозировке, которые велел для профилактики принимать ежедневно.

– После этого мне стало гораздо лучше.

Полин выздоровела, однако она пропустила слишком много занятий, и ей пришлось остаться в школе на второй год. Теперь она училась вместе с младшей сестрой, в то время как бывшие одноклассники перешли на следующий этап. Полин было непросто, но она справилась и завела новых друзей. Вскоре она опять заняла одну из верхних строчек школьного рейтинга.

– Конечно, инфекция давала о себе знать, но я старалась не обращать

внимания.

– Полин – очень целеустремленная девочка, – подтвердила ее мать.

За весь семестр Полин не пропустила ни одного занятия.

– Я очень уставала, но пересиливала себя. Жаль только, в нетбол больше не могла играть.

Увы, выздоровление оказалось временным. На рождественских каникулах Полин заметила, как сильно у нее распухли суставы. Она отправилась к врачу, и тот решил, что это побочный эффект антибиотиков. Полин по его совету перестала их принимать и практически сразу подхватила новую инфекцию мочевыводящих путей. Пришлось вернуться к антибиотикам и пойти на прием к ревматологу.

– Когда там увидели, что творится с моими суставами, тут же решили, что у меня ювенальный артрит, и назначили стероиды. А потом пришли результаты анализов, и оказалось, что все со мной в порядке, – пожаловалась Полин.

– Думаю, когда врачи сказали, что анализы нормальные, они вовсе не имели в виду, что вы совершенно здоровы, – встала я на защиту коллег.

– Вы уверены? – уточнила Полин.

Нет, я не была уверена.

Из-за стероидов Полин резко набрала вес, но боль в суставах никуда не делась. Передвигалась девушка с большим трудом и поэтому практически не выходила из дома. Сидя взаперти, мучаясь от боли и переживая из-за внешнего вида, Полин вскоре впала в депрессию.

– На которую тут же списали все симптомы, хотя боли начались гораздо раньше, – возмутилась ее мать.

Полин прекратила принимать стероиды. А еще она отказалась от еды. Вес быстро снизился. И даже боль в суставах уменьшилась.

– Странно, конечно: как только она перестала есть, ей полегчало, – продолжала мать. – Было даже время, когда нам казалось, что она сможет вернуться к учебе.

Вскоре выяснилось, что потеря веса – сама по себе проблема. Полин рисковала заработать дистрофию. У нее прекратились менструации. Стали выпадать волосы. Однако она не могла заставить себя есть, потому что боялась возвращения боли. Мать обратила внимание, что из-за строжайших ограничений в еде исчезли почти все симптомы – может быть, причина в аллергии? Полин сделала пробы у аллерголога. Тот подтвердил непереносимость молочных продуктов, пшеницы, некоторых фруктов и полуфабрикатов.

– Меня здорово смутили результаты, – призналась Полин. – Ведь

большую часть этих продуктов я спокойно ела всю жизнь. Так или иначе, выбора не было, пришлось соблюдать прописанную диету. Я набрала вес, и вроде бы все стало хорошо. Боли, правда, вернулись, но уже не такие сильные, как раньше.

За это время Полин сильно отстала от школьной программы. Ей наняли репетитора. Полин занималась дома, а школу посещала лишь для сдачи экзаменов. Вскоре она опять вошла в первую десятку учеников.

Полин по-прежнему соблюдала диету и постоянно принимала обезболивающее. Она больше не могла заниматься спортом, но хотя бы передвигалась самостоятельно и могла гулять с друзьями. У нее появился возлюбленный. Отношения продлились недолго, но Полин была счастлива. Впервые за последние годы она чувствовала себя нормальной.

Полин не знала, стоит ли продолжать учебу; она боялась, что попадет в число отстающих, как это было в последние два года. В итоге она решила заниматься с репетиторами на дому – и впоследствии только обрадовалась этому решению. Боль в суставах то появлялась, то проходила. Как только Полин думала, что понимает принцип, как болезнь преподносила новый сюрприз.

Порой боль становилась такой сильной, что Полин не могла ходить. Тогда она ползла в ванную на четвереньках.

– Иногда я весь день ничего не пила – специально, чтобы не захотеть в туалет.

Мать Полин ушла с работы, чтобы ухаживать за дочерью.

– Я не могла быть вдали от нее. Всякий раз боялась, что вернусь и обнаружу ее мертвой где-нибудь на полу. Она выглядела такой бледной и слабой, что казалось, вот-вот испустит дух. А ведь тогда ей было всего восемнадцать...

Полин жила с матерью и двумя младшими сестрами. Родители развелись, когда ей было двенадцать лет. Первое время она регулярно виделась с отцом, однако эти встречи становились все реже, потому что девочка выросла и ей хотелось проводить время с друзьями. Отец незадолго до ее болезни повторно женился. Когда Полин впервые госпитализировали с инфекцией мочевыводящих путей, он сразу же предложил помощь. Поддерживал их деньгами, оплачивал репетиторов. Однако Полин не выздоравливала, а у отца была своя жизнь и новая семья, так что со временем он отошел на второй план.

– В общем, скоро все забыли, как мне плохо. А я не хотела постоянно ныть, лишь бы вызвать к себе сочувствие. Сестра однажды увидела, как я пью болеутоляющее, и спросила, что это такое я принимаю.

Диета и покой лишь отчасти позволили справляться с болью. С каждым годом становилось все хуже. Обычные лекарства не помогали, поэтому Полин назначили морфин. И даже он не снимал боль полностью. Впрочем, девушка уже с нею свыклась.

– Я, пожалуй, смогла бы так жить. Если бы не то, что было дальше...

На летних каникулах, за год до сдачи выпускных экзаменов, у Полин случился новый приступ. Мать услышала крик, вбежала в спальню и увидела, что дочь лежит на полу и держится за живот. Ее доставили в больницу. Дежурный врач диагностировал острый аппендицит, и Полин немедленно отправили на операционный стол. Мать и сестры все это время сидели возле палаты. Они были рядом, когда Полин очнулась от наркоза и вдруг опять закричала от боли. Два дня спустя хирург признался, что они ошиблись с диагнозом. Исследовав удаленный аппендикс, врачи не обнаружили никаких признаков воспаления.

Так у Полин начались сильные и необъяснимые рези в животе. Сперва врачи думали, что у нее язва, развившаяся на фоне многолетнего приема антибиотиков. В желудок Полин поместили камеру на гибком шланге; язву не обнаружили, однако заметили воспаление слизистой оболочки, поэтому назначили антибиотики и препараты, снижающие кислотность. Они помогли – незначительно. Затем врачи предположили, что причина боли кроется в хронических запорах, вызванных приемом морфина и плохим питанием. Впрочем, бариевая клизма это не подтвердила, разве что в кишечнике нашлись небольшие новообразования – полипы. Вряд ли они могли стать причиной боли, однако из-за риска развития рака Полин рекомендовали регулярно проходить процедуру колоноскопии.

Прежде запоры не слишком волновали Полин, но теперь они сопровождалась диареей и приступами сильной боли в животе. Впереди ее ждал целый ряд обследований желчного пузыря, печени и яичников. Как только Полин думала, что врачи исчерпали все возможные манипуляции, как они предлагали новые тесты. Она охотно соглашалась на все процедуры, полагая, что хуже быть уже не может.

Полин ошибалась.

В тот день ее сестра сдавала выпускные экзамены, а Полин пришла в себя после очередной операции и поняла, что случилось непоправимое.

– Когда я проснулась, мама была рядом. Сперва я не заметила ничего странного. Потом пришла медсестра и предложила сходить в туалет. Мама сняла с меня одеяло, и я хотела встать. Ноги меня не слушались. Мы с мамой рассмеялись. Думали, наркоз еще не выветрился. А потом увидели, как изменилась в лице медсестра.

Так Полин очутилась в инвалидной коляске. Ноги полностью потеряли чувствительность. Невролог назначил новую серию анализов.

– Что в итоге? – спросила я.

– Ничего. Врач сказал, я медицинская загадка.

– Может быть, он что-то предположил? Хоть какой-нибудь диагноз?

– Нет, – ответила мать Полин.

Она не скрывала своего разочарования. А вот Полин выглядела совершенно равнодушной. Словно пересказывала чужую историю.

На этом обследовании прекратились. Полин занималась с физиотерапевтом, упражнения помогли вернуть ногам некоторую чувствительность, но стоять и тем более ходить она больше не могла. Боли в животе и суставах тоже никуда не делись, поэтому Полин жила на коктейле из лекарств. Дом пришлось перестроить, чтобы перенести спальню и ванную девушки на первый этаж.

Жизнь тем временем текла своим чередом. Полин нашла другие способы общаться с друзьями. Она создала читательский клуб в Интернете – специально для людей с ограниченными возможностями, которые не могли встречаться «вживую». Завела онлайн-дневник, в котором описывала свои переживания. В конце концов сдала экзамены и смогла поступить в местный университет на отделение английской литературы. И нашла новую любовь.

Марк учился на физиотерапевта и стажировался в той же больнице, где Полин проходила реабилитацию. Они стали общаться. Выяснили, что им нравятся одни и те же книги и фильмы. Однажды решили встретиться на выходных, чтобы посмотреть кино. И с тех пор не расставались.

На тот момент Полин был двадцать один год, шесть из которых она проболела. Теперь она чувствовала, что понемногу наверстывает упущенное. И хотя девушка по-прежнему сидела в инвалидном кресле и мучилась от хронической боли, жизнь налаживалась.

– В годы учебы я редко встречалась с врачами. Они сделали все что могли, и болезнь вроде бы удалось взять под контроль.

Полин провела в университете четыре года. Конечно, ей требовались некоторые поблажки, например больше времени на экзамене, потому что она не могла долго писать. Но в целом Полин не позволила болезни повлиять на учебу. Она принимала активное участие в жизни университета, стала секретарем студенческого профсоюза... Мать тем временем вернулась на работу, Марк получил диплом врача и переехал в их дом. Они с Полин рассчитывали в будущем пожениться и купить собственное жилье.

– И тут случилось самое страшное – болезнь вернулась.

Полин завершила учебу и нашла работу в издательстве. Они с Марком подыскивали квартиру. Все было бы хорошо – если бы не эпидемия гриппа. Полин подхватила вирус от коллег. Болела она очень тяжело.

– Думаю, это из-за слабой иммунной системы. Я от любого чиха простужаюсь.

Она несколько дней провела в постели, а накануне возвращения на работу вдруг ощутила странные боли в ноге.

– Это было не из-за суставов – что-то новое.

Терапевт предположил, что из-за паралича образуются тромбы, и рекомендовал обратиться в отделение экстренной медицинской помощи. Полин госпитализировали. Пока она ждала результатов анализов, неожиданно вернулись симптомы инфекции мочевыводящих путей; причем боли были такими интенсивными, что медсестре пришлось ставить катетер, иначе Полин просто-напросто не могла опорожнить мочевой пузырь. Еще никогда инфекция не была такой сильной. Анализы ничего не показывали. Через три дня резко поднялась температура, и общее состояние ухудшилось. Наконец посев на микрофлору выявил возбудителя инфекции, устойчивого к стандартным антибиотикам. Полин срочно поместили в карантин и назначили ей высокую дозу очень токсичного препарата. Спустя неделю температура вернулась в норму.

Все с облегчением выдохнули. Полин перевели в общую палату, медсестра удалила катетер. А через четыре часа девушка вдруг закричала от боли. Мочевой пузырь был переполнен, едва ли не лопался, но его никак не удавалось опорожнить. Ей снова поставили катетер. На следующий день все повторилось. Очередные тесты опять ничего не выявили. В конце концов медсестра научила Полин использовать специальную резиновую трубку. С тех пор Полин мочилась только с ее помощью.

Следующие шесть месяцев жизнь медленно катилась под откос. Полин переживала, что вот-вот потеряет все, за что боролась.

– Я привыкла, что ноги уже давно ничего не чувствуют. И тут появилась боль. Не внешняя – вы можете в меня хоть горящим окурком ткнуть, я ничего не замечу. Нет, боль шла изнутри.

Полин дважды попадала в больницу с жалобами на боли, которые не мог снять даже морфин. Всякий раз ей давали удвоенную дозу и отправляли домой. Тесты ничего не показывали. Все было нормально.

– Но я чувствовала, что что-то не так. Я же это не придумала, хотя врачи считали иначе.

Я была с ней согласна. Боль не может возникнуть сама по себе, у нее всегда есть причина.

В третий раз мать не вытерпела и потребовала, чтобы врачи все-таки назначили лечение.

– Если вы снова предложите мне забрать дочь в таком состоянии домой, я подам жалобу!

Полнедели спустя терапевт все же признался, что они исчерпали все возможности. В тот же день у Полин начались судороги.

– Я знала, что мне еще не время ехать домой.

Это случилось, когда Полин собрала вещи и заглянула напоследок в ванную. Сидя в инвалидной коляске, она чистила зубы, когда ей вдруг стало плохо. Комната закружилась перед глазами.

– Все потемнело, будто я въезжаю в туннель. Я очень испугалась.

Что было дальше, Полин не помнила. Очнувшись, она поняла, что по-прежнему находится в ванной, только не в кресле, а на полу. Кто-то стаскивал с нее больничную пижаму. Ее ощупали теплые ладони, потом игла больно ужалила плечо. Пол почему-то был мокрым, чуть позже Полин поняла, что лежит в луже собственной мочи. Вокруг были чужие люди, и Полин, стесняясь своей наготы, искала в толпе знакомое лицо. Наконец она увидела медсестру и, невольно попытавшись вырваться из чужих рук, попросила ее прикрыть.

Полностью очнувшись она уже в постели. И тут все началось снова.

– Я словно тонула, и из меня высасывали жизнь. Перед глазами почернело, я поняла, что сейчас снова потеряю сознание. Я пыталась удержаться. Хотела сказать медсестре, но не вышло. Тело онемело, кто-то надел мне кислородную маску. Было очень больно. Врачи думали, я в обмороке, но я-то все чувствовала! Слышала, как они разговаривают. Медсестра сказала, у меня нет пульса. Все вокруг затряслось, а потом потемнело. Не знаю, сколько это продолжалось. Когда я очнулась, рядом сидела мама. Я была так рада ее видеть...

Мать забрала Полин домой. И там нагрянул третий приступ.

– Она резко побледнела и затихла. Упала на кровать. Задергалась – сперва руки задрожали, потом все остальное, сильнее и сильнее. И перестала дышать. Прошло минут десять, хотя, наверное, на самом деле меньше. В конце концов она хрипло, как-то ужасно выдохнула. И замерла. Если и спала, это был ненормальный сон. Как мы ее ни трясли, разбудить не смогли.

Полин этого не помнила, так же как и все последующие приступы, не отпускаявшие ее всю ночь.

Во время рассказа я то и дело задавала вопросы, уточняя малейшие детали. «Нет, в семье не было случаев эпилепсии. Да, родители развелись,

очень давно. Да, мне нравится моя работа, жду не дождусь, когда смогу вернуться».

Мать порой вмешивалась:

– Разве этого нет в ее медкарте? И какое отношение к болезни имеет мой развод? Неужели судороги как-то связаны с инфекцией двенадцатилетней давности?

– Все может быть. И я лучше пойму историю болезни, если услышу ее непосредственно от Полин, а не только прочитаю записи.

Всегда существуют две версии реальности: одна зафиксирована в медкарте, вторая – в памяти пациента. Я предпочитаю знать обе.

– Это что, очередная медицинская загадка, с которой мне придется жить? – спросила Полин.

– Нет, я надеюсь, мы вам поможем. У нас есть особые методики, чтобы узнать причину судорог. Мы, скорее всего, сумеем разобраться и назначить подходящее лечение.

Я предложила Полин перевестись в отделение неврологии, где мы проведем кое-какие обследования. Напоследок как обычно спросила:

– Может, я что-то пропустила или вы хотите о чем-нибудь спросить?

Полин сперва промолчала, но когда я встала, все-таки заговорила:

– Вы раньше с подобным сталкивались?

«Чаще, чем вы думаете. Но чужие истории вам не помогут...»

– Я встречала людей с похожими проблемами, хотя двух одинаковых случаев не бывает.

После разговора меня не оставляло чувство вины, как это всегда бывает, если я не до конца откровенна с пациентом. Мне казалось, я знаю, что с Полин, но пока предпочитала держать информацию при себе. Откровенность не всегда идет на пользу. К тому же секреты хранила не я одна. В истории Полин тоже оставались белые пятна. Мы еще только присматривались друг к другу, решая, можно ли полностью открыться.

Есть лишь один способ с абсолютной точностью выявить причину обморока – самому наблюдать за приступом. В противном случае диагноз строится на пересказе слов пациента и свидетелей, тогда риск ошибки возрастает во много раз. Люди не всегда обращают внимание на нужные детали, а испуганные и взволнованные – тем более. В воображении каждой матери ребенок, бьющийся в судорогах, будет смертельно бледным и с пеной на губах. Одна минута покажется им целым часом. А врачам потом придется иметь дело с этим описанием...

Крайне редко врачу выпадает шанс присутствовать во время судорог лично. Приступы случаются редко, раз в месяц, а то и год, и длятся всего

пару минут. Пока пациента довезут до больницы, симптомы уже проходят.

Впрочем, в некоторых обстоятельствах приступ можно вызвать специально – если правильно выявить провоцирующий фактор. При эпилепсии это может быть недостаток сна или вспышка света. Если диагноз этого требует, пациента доставляют в больницу и в безопасных условиях в присутствии опытных врачей подвергают воздействию этого самого фактора. Точно так же применяются специальные силовые упражнения, которые вызывают нарушения в работе сердечной мышцы, способные привести к инфаркту.

Если провоцирующий фактор выявить не удастся, мы прибегаем к помощи старого доброго видео-ЭЭГ-мониторинга. На первый взгляд здесь все просто: пациента подключают к приборам и медперсонал ждет очередного приступа. Хотя на самом деле этот процесс несколько сложнее, и за него нам стоит благодарить немецкого физиолога и психиатра Ганса Бергера.

В конце XIX века Бергер служил в кавалерии. Однажды во время учений его лошадь внезапно встала на дыбы, и Ганс вылетел из седла, едва не угодив под колеса пушки. Ту удалось остановить в самый последний момент; Бергер отделался легкими травмами. Тем же вечером он получил телеграмму от сестры, в которой та справлялась о его здоровье. Она сообщила, что весь день испытывала странное беспокойство и в конце концов не выдержала и решила с ним связаться. Бергер не верил, что это было лишь совпадением. В момент опасности ему каким-то образом удалось передать мысли сестре. Всю последующую жизнь он пытался объяснить это явление.

В то время уже знали, что человеческое тело способно вырабатывать электроэнергию. Бергер пытался зафиксировать электрические сигналы, генерируемые головным мозгом. Изначально его опыты не принесли результатов, поэтому он решил разместить электроды непосредственно на коже головы – и сделал потрясающее открытие! Ему удалось зарегистрировать электрическую активность мозга. Бергер так и не доказал существование телепатии, зато в 1929 году он опубликовал научный труд, демонстрирующий технику ЭЭГ, и разработал прибор для записи мозговых волн – электроэнцефалограф.

Его исследование совершило настоящий прорыв в медицине – во многом благодаря тому, что Бергер заметил, как меняется форма волн в зависимости от состояния объекта. Сонливость, дремота, бодрствование имеют свой собственный, уникальный рисунок. Электроэнцефалограф может с легкостью определить, в сознании ли находится пациент. ЭЭГ и по

сегодняшний день является основным инструментом для работы с пациентами в коме или страдающими обмороками.

Если встает необходимость использовать видео-ЭЭГ-мониторинг, пациента помещают в отдельную палату функциональной диагностики. На голове у него закрепляют небольшие датчики, записывающие мозговую активность. Еще один электрод на уровне сердца фиксирует кардиоритм. Наблюдение ведется круглосуточно, больной может ненадолго уединиться лишь в ванной. При обмороке или судорогах медсестра заходит в палату и контролирует артериальное давление, уровень сахара в крови и общее состояние пациента вплоть до окончания приступа.

Таким образом, врачи получают возможность увидеть, что происходит с мозгом в определенный момент, и с большей долей вероятности поставить точный диагноз. Для судорог и обмороков может быть много причин, и видео-ЭЭГ-мониторинг позволяет отсечь лишнее.

Например, если здоровый человек теряет сознание из-за обезвоживания или жары, в первую очередь у него резко снижается артериальное давление. Чтобы компенсировать это, организм наращивает частоту сердечных сокращений. Человек чувствует слабость и головокружение, возможно, даже замечает, что сердце бьется чаще. Кровь в буквальном смысле отливает от лица, он бледнеет. Если этих мер недостаточно, чтобы вернуть давление на прежний уровень, следующим этапом нарушается кровоснабжение мозга, и человек теряет сознание. В этот момент на ЭЭГ отмечается резкий скачок. В обычных условиях артериальное давление вскоре восстанавливается, мозг снова получает кислород, кривые мозговой активности возвращаются к нормальным показателям, и человек приходит в себя безо всякого ущерба для здоровья.

Однако далеко не все обмороки объясняются столь простыми причинами. Иногда приступ может случиться у человека, страдающего от любого кардиозаблевания. В таких случаях первый симптом – это замедление сердечного ритма, из-за чего падает артериальное давление, мозговая активность снижается, и больной опять-таки теряет сознание. Как только сердце начинает работать в обычном режиме, мозговые импульсы также возвращаются в норму.

Если же идет речь о таких заболеваниях, как эпилепсия, последовательность событий иная: эпилептический припадок изначально приводит к нарушениям биоэлектрической активности мозга, и пациент теряет сознание, хотя сердечный ритм и артериальное давление находятся в норме.

Падает артериальное давление – увеличивается ритм сердцебиения –

снижается мозговая активность. Снижается частота сердцебиения – падает артериальное давление – снижается мозговая активность. Изменяется мозговая активность – в результате обморок. Наблюдение за пациентом позволяет проследить эти цепочки и определить истинную причину заболевания. Мы ставим диагноз исходя из того, что любое изменение сознания (будь то естественный или наркотический сон или припадок) неизбежно регистрируется электроэнцефалографом.

Именно так я собиралась определить, что вызвало судороги Полин.

Через три дня, когда ее перевели в отделение неврологии, мы встретились снова. За это время у девушки было несколько припадков, шесть из которых удалось записать. Я тщательно изучила видео. Все приступы имели один и тот же сценарий.

Полин в постели разговаривала с матерью. Внезапно она замолкала. Мать не сразу замечала, что дочь сидит неподвижно, устремив взгляд в одну точку. Потом, чувствуя неладное, она вызывала медсестру и укладывала Полин на подушку. Пациентку начинало трясти – сперва она просто дрожала, потом дергалась все сильнее и сильнее, колотя руками так, что медсестра не могла даже приблизиться к кровати. Мать стояла в стороне, в ужасе закрывая лицо.

Через минуту все заканчивалось. Полин падала на матрас, словно из нее выкачали воздух. Медсестра поспешно перекачивала ее на бок, потому что судороги начинались с новой силой. Мать тем временем выводили из палаты. Припадки с короткими паузами повторялись еще пять раз. В конце концов Полин замирала, все так же лежа на боку. Разбудить ее не удавалось. Она приходила в себя минут через десять и начинала плакать, успокаиваясь лишь в присутствии матери.

Изучив запись каждого припадка и сравнив данные ЭЭГ и кардиограммы, я договорилась о новой встрече с Полин и ее родственниками.

В этот раз с ней была не только мать, но и Марк. Они сидели по обе стороны, держа ее за руки. Я попросила Марка пересесть.

Изначально я объяснила Полин принцип работы электроэнцефалографа. Девушка быстро ухватила суть, но сегодня я все равно повторила подробности – было важно, чтобы она очень хорошо понимала, о чем идет речь.

– Я тщательно изучила результаты мониторинга. Посмотрела видео, записи с датчиков. Хорошие новости – нет никаких признаков эпилепсии. ЭКГ также в норме, значит, сердце у вас здоровое.

– Ну и слава богу, милая.

Мать похлопала дочь по плечу. Полин с Марком глядели на меня, и на их лицах я не видела облегчения.

– Во время припадка форма волн на электроэнцефалограмме соответствовала той, что характерна для человека в сознании.

Марк хотел меня перебить, и я заговорила громче:

– Я прошу сперва меня выслушать, а потом уже задавать вопросы. Есть только одна причина, почему ЭЭГ выглядит нормальной, а человек находится без сознания: если обморок имеет не физическую природу, а психическую.

Марк, поджимая губы, качал головой. Я с нажимом продолжила:

– Надо сперва пояснить, что человеческий организм всегда реагирует на эмоциональный раздражитель. Обычно мы этого даже не замечаем. Когда я нервничаю, у меня дрожат руки. Если напугана – сердце бьется быстрее. Если расстроена – текут слезы. Все это – абсолютно нормальная реакция на вполне естественные эмоции. Но иногда у некоторых людей случается сбой. И организм реагирует на стресс обмороками и припадками. Мы называем это диссоциативными судорогами.

Марк не сдержался:

– Вы сказали, что на самом деле она была в сознании.

– Нет, у нее был обморок. Вспомните о моих примерах. Сердце реагирует на страх и начинает биться в два раза быстрее. Я это чувствую, это не воображение. Но дело не в болезни. Сердце само по себе здорово.

– Думаете, я все придумала?

– Вовсе нет. Я знаю, что приступы настоящие. Однако возникают они в вашем подсознании, а не из-за болезни мозга. Слово «диссоциативный» означает изменения в психике. Сознание почему-то отвергает реальность, оно разделяется, и одна его часть не знает, что происходит в другой. Это происходит непреднамеренно. Вы не можете умышленно вызвать припадок, так же как я не могу нарочно покраснеть или вызвать слезы.

Полин упорно избегала моего взгляда. Я никак не могла понять, о чем она думает.

– Полин, вы меня понимаете?

Та лишь передернула плечами.

– Я устала.

– Вы понимаете, что я пытаюсь вам объяснить?

– Да. Только не знаю, при чем здесь я? У меня все хорошо, не было у меня никакого стресса.

– Я лишь привела несколько примеров. Диссоциативные судороги

бывают разными. Любое нервное потрясение или болезненное воспоминание может спровоцировать симптомы. Это своеобразный защитный механизм.

– Защитный? И от чего меня нужно защищать?

– Я пока не знаю. Возможно, в будущем это удастся выяснить.

Тут я вспомнила, как развивалась болезнь. У Полин возникали новые симптомы всякий раз, когда ее жизнь должна была измениться.

– То есть я специально бьюсь в судорогах, чтобы забыть что-то неприятное? И зачем мне это с собой делать?

– Бред какой-то! – разозлился Марк.

– Полин, вы ничего специально с собой не делаете. Даже если мои слова кажутся вам смешными, вспомните, что приступы *реальны*. Они никак не зависят от вашего сознания, и нужно относиться к ним со всей серьезностью. Вам все равно необходимо подобрать лечение.

– Какое лечение?

– Я посоветовала бы вам обратиться к психотерапевту.

– Вы хотите сказать, я чокнутая?

– Нет. Организм сигнализирует, что с ним что-то не так. Психотерапевт поможет разобраться, в чем дело. Полин, думаю, вы сумеете избавиться от судорог.

– Неужели нельзя назначить обычные лекарства? – спросил Марк.

Полин и без того принимала целых семь препаратов. Два из которых назначили лишь затем, чтобы снять побочные эффекты от остальных пяти. А самое главное, что ни один из них так и не помог. Полин двадцать семь лет. Надо искать другие пути.

– Диссоциативные судороги не поддаются медикаментозному лечению.

– Так вы говорите, ее можно вылечить? – подала голос мать.

– Уверена. Психотерапевт значительно ускорит этот процесс.

Какое-то время мы сидели в тишине. Судя по всему, вопросы закончились, поэтому я завершила консультацию как обычно:

– Хотите спросить что-нибудь еще? Или вам что-то непонятно?

– Нет.

Я чувствовала, что достучаться до Полин не удалось. Она согласилась поговорить с психотерапевтом – но как-то нехотя. К счастью, два дня спустя я узнала, что она сдержала обещание.

Мало кому удалось бы вытерпеть то же, что и Полин. Большинство из нас предпочитает держать свои тайны при себе, ей же пришлось рассказывать свою историю снова и снова. Историю не только болезни –

всей жизни. Психотерапевт оказался очень настойчивым и вытягивал из нее малейшие детали. Хотя я многое узнала из медкарты и беседы с Полин, мне удалось выяснить кое-что новое. Возможно, за двенадцать лет болезни что-то забывается. Или Полин намеренно скрыла кое-какую информацию, чтобы исключить мою предвзятость. А может, опять-таки подсознание велело ей умолчать.

Да, у Полин было счастливое детство, но не такое уж безоблачное. В девять у нее начались проблемы с пищеварением. В то время отец рассорился со своими родственниками, и Полин сильно переживала разрыв с бабушкой, дедушкой и дядей. Она совсем перестала есть, и лишь с помощью детского психолога и благодаря поддержке семьи ей вскоре удалось себя побороть.

Однако проблема вернулась спустя три года, во время развода родителей. Полин снова перестала есть. Психотерапевт считал, это случилось из-за боязни потерять отца. Мать дала слово, что он ее не бросит, и Полин, казалось, снова выздоровела.

Еще одно неожиданное упущение заключалось в том, что я не первая предположила психосоматическое расстройство. Когда ее парализовало в возрасте двадцати одного года, врач поставил ей диагноз «истерический паралич», но Полин категорически его отвергла. Она встретила психиатром всего один раз, после чего бросила терапию, проигнорировав все рекомендации. Я знала об этом еще на первой встрече, однако решила эту тему не поднимать. Сперва нужно было найти с ней общий язык.

Психотерапевт считал, что Полин необходима помощь, но его смущало то, как она зависит от своей семьи. В частности, Полин то и дело спрашивала: не могут ли ее отношения с Марком повлиять на лечение? И не слишком ли много внимания к ней проявляют родственники? И как они воспримут ее выздоровление?

А еще психотерапевт обнаружил, что, несмотря на взаимную любовь, отношения Марка и Полин так и остались платоническими.

– Удивительно, как она контролирует собственное тело: даже не подпускает к себе любимого мужчину. С отказом от пищи, кстати, было то же самое, она тщательно выбирает, что достойно попасть в ее желудок.

После встречи с психотерапевтом я заглянула к Полин. Впервые рядом не было матери, и я, сама не зная почему, вдруг почувствовала странную пустоту.

– Как все прошло?

– Нормально...

– Надеюсь, вам удалось немного разобраться? Может, хотите что-

нибудь уточнить?

– Нет.

Мне нужно было подтолкнуть Полин в нужном направлении, но пока выходило, что я ее отталкиваю.

– Вы говорили о параличе ног?

– Да, он сказал, что, по вашему мнению, эту болезнь я тоже сочинила.

– Надеюсь, вы так обо мне не думаете?

Долгая пауза, после чего:

– Психотерапевт рассказал вам, что случилось, когда мне было девять?

– Он сказал, что вы были больны, но подробности мы не обсуждали.

Полин уставилась в окно.

– А почему я болела, он не сказал?

– Только что были какие-то проблемы в семье.

Разговор становился странным; я не понимала, к чему она клонит.

– Теперь, когда я официально чокнутая, все считают, что меня тоже изнасиловали, но это не так.

Это что: вопрос, утверждение, намек?..

– Почему вы так думаете?

– Читала в Интернете. Диссоциативные припадки бывают у девушек, которых в детстве изнасиловали.

– Да, иногда бывает и такое. Хотя чаще всего причина в другом.

– Меня не насиловали.

– Я знаю.

Она смотрела на серое небо в окне.

– Дядю обвинили в том, что он надругался над живущей по соседству девочкой. Доказать ничего не смогли, но папа с тех пор не позволял нам видаться. Вся его семья из-за этого взбесилась: он должен был встать на сторону родного брата, а не чужой девчонки.

– Тебе, наверное, пришлось непросто.

– Ко мне он ни разу не прикоснулся.

– Вот и хорошо.

Пауза затягивалась.

– Как вы думаете, все остальные мои болезни – они как судороги?

Я долго ждала этого вопроса. Наконец-то он прозвучал.

– Да, есть большая вероятность, что они тоже имеют психосоматическую природу.

– Вы же не гастроэнтеролог и не ревматолог. Как вы можете за них говорить?

– Я видела результаты анализов и читала записи других врачей. Ни

один из симптомов нельзя объяснить конкретной болезнью. А психосоматикой – можно.

Полин снова посмотрела мне в глаза. У нее текли слезы.

– Полин, двенадцать лет вы провели в больницах, прошли все возможные и невозможные обследования, принимали экспериментальные препараты. И всякий раз вместо выздоровления получали новую проблему. Вы обратились к врачу с болью в животе, а вышли отсюда в инвалидной коляске. Раз уж эта методика лечения не работает, попробуйте новую. Могу вам обещать, что, по крайней мере, хуже не будет.

– Мне надо поговорить с Марком.

Как бы не вышло, что из-за страха потерять любимого человека Полин бросит лечение и откажется посещать психотерапевта. Нельзя забывать, что шесть лет назад она предпочла инвалидную коляску психиатрическому диагнозу. Хотя, в общем-то, нечестно так думать о Полин – это решение было бессознательным, она о нем и не подозревала. Такова природа психосоматических болезней.

Полин заслужила выздоровление. Хватит уже ей мучиться.

Мы поставили диагноз. Полин с ним вроде бы согласилась. Я сказала, что завтра она может ехать домой, после того как ее еще раз осмотрит психотерапевт, чтобы определиться с курсом лечения.

Однако впереди нас ждала насыщенная событиями ночь. Около полуночи мне позвонили. Дежурный невролог сообщил:

– Полин только что угрожала покончить с собой. Мы забрали у нее все лекарства, посадили в палату медсестру и вызвали психиатра. Я решил, что вам надо об этом знать.

Я поблагодарила его: знать и в самом деле стоило. Но пока я ничего не могла сделать. Поэтому вернулась в постель, хотя не сомкнула глаз до самого утра.

В больнице меня сразу же перехватил Марк и безо всяких предисловий заявил:

– У нее полипы в кишечнике, гастрит и хроническая инфекция. А вы говорите, что она сочиняет.

Я предложила ему обсудить все позже, после того как встречу с Полин и другими врачами. Марк нехотя согласился. Выяснив в деталях, что случилось прошлой ночью, я с облегчением выдохнула: кажется, Полин угрожала не всерьез. Я попросила психотерапевта побеседовать с ней до выписки еще раз, потом заглянула к самой Полин. По обе стороны от нее конвоирами опять сидели Марк и ее мать.

– Да как вы смеете утверждать, что все ее болезни надуманные!

Единственная проблема Полин – это как раз здоровье! Если судороги позволяют ей отключиться от реальности, как вы говорите, то лишь потому, что она измучилась от боли. Вы об этом хоть думали?! – рявкнул Марк.

Он, похоже, знал о Полин далеко не все.

– Простите, я понимаю, как это непросто. Для Полин будет лучше, если мы не станем закрывать глаза на очевидные вещи.

– Чтобы пописать, ей приходится использовать катетер – вот что очевидно! Как можно придумать себе такую болезнь?!

Марк распался все сильнее. Полин и ее мать опустили глаза.

Я повернулась к пациентке.

– Полин, я не могу ответить на все вопросы, знаю наверняка лишь одно – ваши конвульсии вызваны не болезнью мозга. Это совершенно точно, а значит, именно отсюда и нужно начинать лечение.

Повисла тишина. Полин смотрела на Марка, который держал ее за руку. Пальцы у них были тесно сплетены – даже не понять, где чьи. Я все думала о том, что сказал психотерапевт. Девушка потеряла часть семьи, а с теми, кто остался, ее крепко-накрепко связала болезнь. Своими угрозами покончить с собой Полин лишь пыталась добиться их внимания.

– Если вы хорошо себя чувствуете, возможно, вам лучше отправиться домой. Вы готовы пройти лечение у психотерапевта?

На меня уставились три взгляда: в одном, как всегда, отражалась пустота; второй кипел яростью, а в третьем – в глазах матери – я разглядела проблеск надежды.

– Я верю, что психотерапевт вам поможет. Пожалуйста, просто ходите на консультации.

Возможно, мне показалось, но мать кивнула.

Работая с пациентами вроде Полин, я поняла, что страдания бывают разными. Чтобы заслужить сочувствие окружающих, не обязательно сильно мучиться. Можно сказать, есть негласная классификация болезней: наибольшее внимание проявляют к тем, кому поставили любой смертельный диагноз, а вот психиатрические заболевания находятся в конце списка. Психосоматические – тем более. Они считаются игрой воображения, а больные – шарлатанами. Мы не сопереживаем, мы смеемся над ними. Если болезнь Полин и правда вызвана нарушением психики, девушке придется нелегко, как бы я ни пыталась убедить ее в обратном. Против Полин и ее семьи восстанет общественное мнение.

Я старалась ей объяснить, что физическое проявление душевного расстройства – вовсе не признак слабости. Это часть жизни. Все мы выплескиваем переживания по-разному: кто-то плачет и жалуется; кто-то

целыми днями спит или, напротив, теряет сон; одни заедают проблемы, другие увлекаются алкоголем... а некоторые, как Полин, страдают от боли. Однако с ней я совершила одну ошибку. Со временем, все чаще сталкиваясь с такими пациентами, я поняла: мне нужно было разговаривать не с Полин и ее родственниками. Мне нужно было убедить в реальности ее болезни весь окружающий мир.

В конце концов после необходимых процедур Полин выписали. Я как раз была в отделении. Марк отправился подгонять машину. Полин и ее мать кивнули мне на прощание и вышли за дверь. Я думала, что больше никогда их не увижу, но вдруг мать неожиданно вернулась.

– Знаете, с тех пор как вы поставили диагноз, у нее ни разу не было судорог. Правда, она, кажется, этого еще не поняла.

В самом деле, у Полин больше не было припадков. А еще мать не обратила внимания, что боль в ноге – та, из-за которой и госпитализировали девушку, – тоже постепенно прошла. Глядя им вслед, я надеялась, что Полин хватит решимости двигаться дальше.

3. МЭТЬЮ

Совершая произвольное движение, человек представляет себе результат, которого он хотел бы добиться, и благодаря этому представлению напрягаются мышцы соответствующей группы; доступно пониманию и то, что мысль о невозможности какого-то действия может помешать его выполнению.

*Йозеф Брейер. «Исследование истерии»
(1895).*

Суд принимает решение на основании доказательств обеих сторон. Если заходит речь о психосоматических заболеваниях, которые нельзя объяснить очевидными причинами, диагноз опирается на отсутствие доказательств. Однако пациенту нелегко согласиться, что у него конверсионное расстройство (необъяснимые с медицинской точки зрения неврологические симптомы), потому что врач ничем не может подтвердить свои слова. Каждую неделю я говорю кому-то, что его заболевание имеет психологическую природу. Меня постоянно спрашивают, как я пришла к такому выводу, но я могу лишь сослаться на нормальные результаты анализов, каждый из которых исключает конкретную болезнь. Далеко не всегда парализованный или слепой пациент находит подобные объяснения исчерпывающими.

– Я уверена, что у вас не рассеянный склероз.

– Почему?

– Все тесты показали отрицательный результат. У вас нет рассеянного склероза.

– Точно?

– Абсолютно точно.

– Вы не можете утверждать наверняка.

Я чувствовала отчаяние Мэтью как свое собственное. Он буквально умолял меня сказать, что есть хотя бы малейшая тень сомнений. И в какой-то момент я и впрямь засомневалась. Может, лучше с ним согласиться? Да, я искренне считала, что его болезнь носит функциональный характер, что у нее нет ни одной органической причины, но могу ли я это гарантировать?

Меня удерживало лишь одно – я знала, что Мэтью мной манипулирует. Он цеплялся за надежду, что я упустила какую-то деталь и его болезнь вовсе не вызвана отклонениями психики. Если я сейчас позволю себе слабость, то лишу Мэтью последнего шанса на выздоровление.

Мэтью – типичный пациент эпохи Интернета. Он пришел ко мне уже уверенный, что у него рассеянный склероз. Во время первой консультации он только об этом и говорил:

– А правда, что рассеянный склероз – очень серьезное заболевание? Моя страховка его покрывает?

Все началось с покалывания в левой ноге. Сперва это происходило, если Мэтью долгое время сидел в одной позе, например, за компьютером. Ему приходилось вставать и несколько минут прохаживаться по кабинету взад-вперед. Вечером неприятные ощущения усиливались, но к утру, как правило, проходили без следа.

Мэтью не думал, что у него что-то серьезное, и все-таки записался на прием к врачу. Тот сказал, что все в порядке, посоветовал лишь чаще делать перерывы и больше двигаться.

Однако рекомендации врача помогли мало. Покалывание стало сильнее и распространилось по всему телу: оно ощущалось то в руках, то в затылке, то в нижней губе. Причем от позы или неподвижности оно больше не зависело – могло накатить в любой момент. Мэтью опять пошел к врачу, и тот опять не смог найти ничего конкретного.

– Люди часто жалуются на подобные симптомы. Ничего серьезного. Просто не обращайтесь внимания, и оно само пройдет.

Такой ответ Мэтью не устраивал. Он решил заняться этой проблемой самостоятельно. В Интернете вычитал, что покалывание возможно при диабете. Мэтью исключил из рациона сладкое, однако легче ему не стало. Он обсудил свои тревоги с терапевтом, однако уровень сахара в крови оказался в норме.

Потом Мэтью прочитал, что покалывание возможно при защемлении нерва. Не доверяя больше своему врачу, он отправился к мануальному терапевту. Тот предположил смещение позвонков и назначил лечение. Мэтью полегчало – но ненадолго.

Он решил сменить образ жизни. Сперва начал регулярно заниматься спортом – вдруг физические упражнения улучшат кровообращение? Когда и это не помогло, напротив, стал избегать любой активности и больше отдыхать. Покалывание распространилось на область торса.

Что бы Мэтью ни делал, симптомы не исчезали. Ему стало трудно работать, он больше не мог проводить весь день в офисе. Пришлось

перейти на удаленную работу из дома. Тем временем он копал все глубже и обнаружил, что подобные сенсорные аномалии могут быть вызваны рассеянным склерозом. Чужие истории будто были списаны с его жизни слово в слово. Он потребовал у семейного терапевта направление к неврологу.

Мысль о том, что он наконец докопался до истины, заметно его воодушевила. Однако в то же самое время Мэтью осознал, какие угрозы таит возможный диагноз, и ему стало хуже. Симптомы начали развиваться в соответствии с заданным сценарием. Покалывание и онемение теперь ощущались постоянно. Стала кружиться голова. При ходьбе он чувствовал боль и с трудом удерживал равновесие. Прошло всего два месяца – и Мэтью уже практически не выходил из дома.

Накануне первой встречи с неврологом случился кризис. Проснувшись, Мэтью понял, что не может двигать ногами. Покалывание и боль исчезли, сменившись полной потерей чувствительности. Жена вызвала «скорую помощь», Мэтью доставили в районную больницу, где первым делом проверили позвоночник и головной мозг. И не обнаружили никаких повреждений.

В течение следующих дней Мэтью прошел через целую серию тестов. У него взяли образец спинномозговой жидкости – все показатели были в норме. Анализ крови и электромиография также ничего не выявили. Мэтью провел в больнице две недели. За это время даже без лечения к ногам вернулась некоторая чувствительность. Когда невролог исчерпал все возможные варианты, Мэтью выдали инвалидную коляску и отправили домой. Жена в истерике потребовала от семейного терапевта сделать хоть что-то, и тот позвонил мне.

– Там все серьезно. Жена в ярости, что мужу не поставили диагноз и не назначили лечение.

– Ему что-нибудь сказали, перед тем как выписать?

– Похоже, что ничего.

Мы договорились о встрече. Я связалась с его лечащими врачами и попросила копию медкарты.

Неделю спустя жена Мэтью закатила инвалидную коляску в мой кабинет. Женщина держалась отстраненно, в ответ на мое приветствие лишь кивнула. Сам Мэтью – в строгом отутюженном костюме – оказался полной ее противоположностью; он громко поздоровался и, широко улыбаясь, протянул мне руку. На коленях у него лежала папка с бумагами. Когда мы расселись, я попросила Мэтью рассказать свою историю.

– У меня рассеянный склероз... – начал он.

– Давайте пока без предположений. Просто расскажите, когда это началось.

Мэтью вытащил из папки дневник и открыл его на первой странице.

– Девятого июня. Тогда у меня впервые проявилась парестезия правой ноги. Я был в гостях у брата, на его дне рождения. Большую часть времени мы провели в саду. Мы приехали около полудня, а часа в четыре я заметил первые признаки. Может, чуть позже, около пяти. Я встал и вдруг почувствовал, что с ногой творится что-то странное...

С той же скрупулезностью Марк рассказывал обо всех событиях, которые привели его в инвалидную коляску. Иногда я задавала вопросы, и на все он отвечал утвердительно.

Проблемы со зрением? Да, иногда бывает, что я смотрю в книгу, а буквы сливаются.

Усталость? Постоянно.

Проблемы с мочеиспусканием? Случается и такое.

Слушая Мэтью, я пыталась мысленно поставить предварительный диагноз, но из комбинации симптомов получалось, что такой болезни не существует. Может, из-за страха он преувеличивает и приплетает любое, даже самое несущественное недомогание? Я продолжала слушать. Жена не проронила ни слова, пока Мэтью педантично, строка за строкой, пересказывал свои записи.

– Джон всегда устраивает барбекю в день своего рождения, если погода, конечно, позволяет. Если нет, он придумывает что-то еще. Он живет в Кенте.

Иногда Мэтью переходил на медицинский жаргон:

– Также у меня начались болевые приступы, характерные для невралгии троичного нерва. Помимо этого стоит отметить постоянный тиннитус.

В целом, история была очень подробной. Правда, свою инвалидность он упомянул вскользь, что было странно для человека, каких-то три месяца назад живущего активной жизнью.

– Я пригласил слесаря, чтобы установить в доме поручни. Думаю, так будет легче перемещаться.

– Что сказал врач, когда вас выписывал?

– Ничего.

Когда Мэтью закончил, я предложила его осмотреть. Он мог вставать с кресла и даже ходить, поэтому сам, хоть и с большим трудом, перебрался на кушетку. Я стала проверять работу мышц.

– Выпрямите ноги и поднимите их.

У него не получалось. С покрасневшимся от напряжения лицом он сумел приподнять правую ногу буквально на пару сантиметров, а потом принялся помогать себе руками.

– Пошевелите большим пальцем.

Судя по лицу, Мэтью старался изо всех сил, но пальцы не шелохнулись.

Когда я кольнула тупой булавкой голень, он ничего не почувствовал. Приложила к коже вибрирующий камертон – аналогично. Однако осязание и умение двигать конечностями во многом зависят от мозга, поэтому я решила проверить бессознательные рефлексy. Оказалось, что в данном случае ноги реагируют должным образом. Формально Мэтью был здоров.

В конце осмотра я попросила Мэтью встать и пройтись. Он передвигался медленно, не сгибая коленей. Я предложила подняться на носочки, и ему, хоть и с большим трудом, удалось сделать пару неуверенных шагов. Затем – после нескольких попыток – он смог сесть и встать со скрещенными на груди руками. Мэтью не понимал, что я подвергаю одни и те же мышцы разной нагрузке, и всякий раз они действуют иначе. Та самая мышца, которая не давала поднять ногу, лежа на кушетке, теперь вовсе не мешала ему вставать со стула.

К концу нашей встречи я полностью уверилась, что у Мэтью нет рассеянного склероза. Слишком уж много было несоответствий. У каждой болезни есть свой рисунок: для расстройств нервной системы характерен один набор симптомов, для нарушений опорно-двигательного аппарата – другой... Да, некоторые болезни мозга могут вызывать атрофию мышц, но жалобы Мэтью не подходили ни под один диагноз. Головокружение, слабость мышц и онемение лица не имели ничего общего. Более того, осмотр выявил и другую проблему: рефлексy, которые управлялись сознанием, были нарушены, в то время как тонус мышц и произвольные рефлексy оказались в норме.

Мэтью – живой человек со своей историей, которая не исчерпывалась данными из медицинской карты. Наверняка там было что-то еще, чего я пока не знала. За последние несколько лет он пять раз проходил курс лечения антибиотиками. Регулярно обращался к врачу с жалобами на самые разные проблемы: боли в спине, запоры, диарею... Анализы не выявили никаких отклонений. Все симптомы исчезали прежде, чем удавалось поставить диагноз.

Также у меня вызывал беспокойства один пункт из его биографии: Мэтью (он был финансистом) очень часто менял место работы. На нынешнем он продержался дольше всего – целых три года. Что же вызвало

такую переменчивость? Он от чего-то бежал? Может, страх породил и болезнь?

Я тщательно изучила записи предыдущих врачей и окончательно убедилась, что симптомы нельзя объяснить неврологическим заболеванием, а значит, у Мэтью конверсионное расстройство. Однако очевидно, что он эту новость воспримет в штыки, поэтому логичнее было бы сперва согласиться с диагнозом «рассеянный склероз» и назначить повторное обследование.

Когда Мэтью с супругой уехали, я еще раз взглянула на сопроводительное письмо от его лечащего врача: *«Я сообщил Мэтью, что у него функциональное расстройство, и выдал направление к психотерапевту»*. Почему-то мой пациент при всей своей дотошности этот момент опустил.

Постановка диагноза «функциональное или конверсионное расстройство» основывается на методе исключения; врач должен подтвердить отсутствие любой органической патологии. Даже в том случае, когда психологическая причина заболевания не вызывает сомнения, – даже тогда врач обязан назначить все необходимые обследования, чтобы нивелировать любую возможность ошибки. Этот урок дала мне Фатима.

Тогда я только начинала работать неврологом. Однажды во время приема в кабинет вплыла весьма колоритная дама в солнечных очках и, усаживаясь на стул, потребовала выключить тусклую люминесцентную лампу.

– У меня от света болит голова, – заявила она.

Даже в темноте она не сняла очков. Прежде чем заговорить, Фатима вытащила из сумки упаковку жвачки и закинула две подушечки в рот.

– Жвачка помогает унять боль в челюсти.

Тот день и без того выдался тяжелым, и я потихоньку стала закипать. Пациентка не успела и слова произнести – и уже меня бесила. Она принялась рассказывать историю болезни, а я душила в себе желание перебить ее: «Хватит, я все это уже слышала!».

Фатима с детских лет страдала от хронических мигреней, болей в желудке и суставах. Она принимала коктейль из болеутоляющих препаратов. Не раз прошла полное обследование. Когда ей было двадцать семь, ее госпитализировали с резкой болью в груди. Несмотря на молодой возраст, врачи заподозрили сердечный приступ. Анализы, однако, ничего не выявили. Впрочем, Фатима все равно стала пить аспирин для разжижения крови и препараты, снижающие уровень холестерина. Просто так, на

всякий случай. И по-прежнему носила метку болезни сердца, даже когда кардиолог снял Фатиму с учета.

Прежде чем пригласить пациентку в кабинет, я ознакомилась с ее медкартой – очень пухлой, где в самой последней записи шел перечень заболеваний. В нем числились мигрень, артрит, стенокардия, синдром раздраженного кишечника, подозрение на гипертонию, нарушение функций печени. Фатиме было тридцать пять лет. Она не курила. Не употребляла алкоголь. Я уже видела этот список в ее медкарте: последний врач Фатимы просто скопировал предыдущую информацию. Он был молод, опыт еще не подсказывал ему, что существующие диагнозы стоит перепроверить. У нас получалась игра в «испорченный телефон». «Боль в груди» постепенно превратилась в «стенокардию»; и хотя результаты ЭКГ опровергали этот диагноз, он продолжал кочевать из одной записи в другую. А в словосочетании «подозрение на гипертонию» скоро исчезнет слово «подозрение».

Фатима пришла ко мне на прием, утверждая, что у нее случился инсульт. Правая рука вдруг стала плохо слушаться. Фатима чувствовала слабость, роняла предметы, не могла писать. Я попросила ее вытянуть обе руки перед собой, но правую Фатима практически сразу же уронила. А когда я велела меня толкнуть, чтобы проверить силу мышц, она наотрез отказалась.

– Попробуйте хотя бы, – настаивала я.

Раздражение кипело все сильнее. Мне хотелось, чтобы Фатима перестала чавкать жвачкой, собрала вещи и освободила мой кабинет для следующего пациента. Медсестра положила на стол еще две папки – значит, очередь за дверью росла. Я срывала график приема.

Фатима хотела пройти сканирование мозга. Этой процедуры люди ждали месяцами. Я не собиралась давать Фатиме направление.

– Я сомневаюсь, что у вас был инсульт.

– Тогда что у меня с рукой?

– Думаю, у ваших симптомов может быть психологическое объяснение.

– Мой врач сказал, это был инсульт. А вы, выходит, говорите, что он ошибается? Так, что ли?

– В вашем возрасте инсульт практически невозможен.

– У меня высокое давление и проблемы с сердцем.

– Я сомневаюсь.

– Ваше мнение меня не интересует. От вас мне нужно лишь направление.

Снова открылась дверь. Медсестра спросила, скоро ли я закончу, потому что следующий пациент ждет уже полчаса. Чужое вмешательство помогло нам выбраться из тупика. Я согласилась выдать Фатиме направление на дополнительное обследование и наконец выпроводила ее из кабинета.

Все анализы назначили на один день, и три месяца спустя я снова увидела имя Фатимы в списке пациентов. К тому времени я крайне смутно помнила детали нашего с ней общения, но сосущее чувство в желудке подсказывало, что оно было неприятным. Однако свои записи я перечитать не успела – медсестра вдруг сообщила, что спустится к регистратуре, чтобы помочь пациентке добраться до кабинета.

– Оттуда позвонили, сказали, что женщина лежит на стульях почти без сознания.

Кто бы сомневался, что это была Фатима?

– Они что, не могут посадить ее в инвалидную коляску и опарить сюда на лифте?

– Говорят, она слишком слаба и не может сидеть.

Фатима приехала на автобусе, но стоило ей переступить порог больницы, как она громогласно объявила, что ей плохо.

Она лежала, вытянувшись на трех стульях. Лицо прикрыла курткой, чтобы защитить глаза от яркого света. Медсестры кое-как взвалили ее на каталку и увезли в дневной стационар. Я видела, как Фатима, все в тех же темных очках, прижимает ко лбу руку и тихо стонет. На кровать ее перекладывали втроем.

За день Фатима прошла все назначенные обследования, всякий раз в перерыве между процедурами требуя, чтобы ее вернули в палату, где она могла бы отдохнуть. Когда с тестами было покончено, медсестра попросила меня осмотреть пациентку и убедиться, что ее можно в таком состоянии отпустить домой.

– Как у вас дела?

– С рукой совсем плохо.

Я попросила вытянуть руку, и Фатима тут же бессильно уронила ее на матрас – хотя весь день перед этим прикрывала ею глаза. Я сказала, что не вижу ничего страшного и ей можно ехать домой. Результаты анализов будут готовы через несколько дней.

– Я не могу ждать так долго!

Назревающий конфликт снова разрулила медсестра.

– В отделении есть свободная палата. Ваша пациентка может провести у нас ночь, а результаты будут готовы уже завтра.

Фатима осталась в больнице. Следующим утром я встретила с нейрофизиологом, который подтвердил, что с рефлексом Фатимы все в порядке и объективных причин для слабости в руке нет. Анализы крови также были в норме. Наконец я заглянула к рентгенологу, который изучал записи МРТ.

– Вот, взгляните! – торжествуя ткнул он в экран.

В самом центре снимка среди серых очертаний мозга отчетливо виднелся белый круг, которого там быть не должно. У Фатимы была опухоль, и располагалась она как раз в той зоне, которая отвечала за управление правой рукой.

С того дня я часто думала о Фатиме, тем самым напоминая себе об опасности любых предубеждений. Нужно ставить диагноз, основываясь не только на своих знаниях о развитии той или иной болезни, но и учитывая жалобы самого пациента. На практике же врачи часто отмахиваются от слов больного, считая, что он преувеличивает свои страдания и приплетает несущественные симптомы. Врач и пациент относятся к болезни по-разному, и чем глубже это отличие, тем сложнее им найти общий язык.

Я не раз наблюдала, как мои коллеги по цеху со временем демонстрируют все большую широту взглядов. И вывела для себя тенденцию: чем меньше у врача опыта, тем выше риск, что он допустит ошибку; а вот у опытного медика даже предварительные диагнозы практически всегда оказываются верными. Однако в случае с психосоматическими расстройствами нельзя забывать, что любым, даже необъяснимым на первый взгляд симптомам нужно искать обоснование. Надо рассмотреть любые возможные причины и исключить все органические болезни.

Мэтью прошел дополнительное обследование. Ему сделали МРТ головного мозга и позвоночника и прочие стандартные тесты при рассеянном склерозе. Я искала на снимках белые круги, но не нашла.

Впрочем, на сканировании видно далеко не все, поэтому я проверила, как функционирует его нервная система в целом. Мэтью сделали электромиографию. Эта процедура заключается в том, что по нервам в руках и ногах пропускают крошечные электрические разряды. Электроды, помещенные в определенных местах на коже, фиксируют путь сигнала. Таким образом мы воочию наблюдали, как электрический импульс перемещается от лодыжки Мэтью до мозга. Он при этом ничего не чувствовал – но сигнал двигался верно и в положенные сроки. Аналогичным образом проверили и зрение. Мэтью посадили перед

телевизором, на экране которого мелькал постоянно сменяющийся узор из квадратов. Электроды на голове отслеживали реакцию зрительного нерва. Этот импульс тоже благополучно достигал мозга. Значит, нервная система Мэтью была в порядке.

Когда его ознакомили с результатами обследований, мы снова встретились в моем кабинете. Как и в прошлый раз, Мэтью сидел в инвалидном кресле и держал в руке папку. В своем строгом костюме он словно только что прибыл из офиса, хотя не работал уже несколько месяцев. И снова от него ни на шаг не отходила жена.

Я знала, как он нервничает, и с первых же минут попыталась достигнуть взаимопонимания. Объяснила, что ни одно обследование не подтвердило диагноз «рассеянный склероз». И это чудесно, потому что заболевание на самом деле очень и очень серьезное. С каждым словом Мэтью мрачнел все больше, а жена, поглаживая его по плечу, возводила глаза к небу.

– Мэтью, я знаю, как вам плохо. Поверьте, я этого не отрицаю. Но рассеянного склероза у вас нет.

Я пояснила, в чем суть функциональных расстройств, и намекнула – хоть и не сказала этого открыто, – что его болезнь может носить психологический характер.

– Как вы можете так говорить? То, что анализы в норме, еще не значит, что я сумасшедший! Врачи всегда так говорят, если не знают, что происходит!

– Дело не только в анализах, – ответила я. – С неврологической точки зрения ваши ноги здоровы. Паралич неизбежно сопровождается другими симптомами – вялостью мышц, нарушением рефлексов...

Клиническая медицина – это система научных знаний. И то, что анализы Мэтью в порядке, только подтверждало мой диагноз.

– Вы просто боитесь признать, что не знаете, что со мной.

– Я знаю, что с вами, Мэтью. И пытаюсь вам это сказать.

– Я же в самом деле не чувствую ног!

– Все правильно. Паралич *самый настоящий*, просто вызван он не физическими нарушениями.

– Вы не можете полностью исключить рассеянный склероз...

Мэтью приготовился заранее. Он взял с колен папку и протянул мне несколько документов, которые должны были опровергнуть мои слова. Мэтью рассказал о женщине, с которой общался через Интернет: ей тоже сообщили, что у нее нет рассеянного склероза, но позднее диагноз подтвердился. О своем друге, который много лет мучился от головных

болей, вызванных якобы стрессом – а на самом деле опухолью мозга. Он показал газетную статью, расхваливавшую новую методику лечения рассеянного склероза. Я в который раз ответила, что результаты обследований полностью опровергли диагноз.

– Все тесты показали отрицательный результат. У вас нет рассеянного склероза.

– Точно?

– Абсолютно.

В детстве, мечтая о карьере врача, я представляла, как буду ставить диагнозы и назначать лечение. Иногда, конечно, придется сообщать дурные вести, но в целом мои слова будут обнадеживать, и люди будут меня благодарить и радостно жать мне руку. В университете меня учили, как лучше подготовить человека к плохим новостям. Однако ничего не говорили о том, как быть, если пациент не рад хорошим.

Благодаря людям вроде Мэтью я узнала, что, исключив серьезный диагноз, я вовсе не объявляю пациента здоровым. Мэтью не встанет с инвалидного кресла только потому, что я сказала, будто у него нет рассеянного склероза. Мой новый диагноз лишь отобрал надежду на выздоровление. Он уже знал, чего ему ждать от болезни, и смирился с этим. А я перевернула весь его мир. Как можно сообщить этот диагноз друзьям? Работодателю? Что они на это скажут?

– Может, есть еще какие-нибудь анализы? Вдруг вы все-таки ошиблись...

Я не ответила.

Качая головой, он перебирал свои бумаги. Научные статьи о рассеянном склерозе. Газетные вырезки... Мэтью захотел взглянуть на снимки МРТ, словно мог увидеть нечто такое, чего не заметил рентгенолог. Я почти охрипла, доказывая свою правоту, забыв о том, как опрометчиво спорить с пациентом. И тут случилось нечто удивительное – вдруг заговорила жена.

– Мэтью, господи боже мой, сколько еще раз она должна тебе повторить? У тебя нет рассеянного склероза. Ты зачем сюда пришел – узнать мнение врача? Ну так вот, ты его узнал.

Затем она повернулась ко мне.

– Вы можете оставить нас наедине?

Мэтью нужно было подтолкнуть в верном направлении, и жена вполне могла это сделать. Я вышла из кабинета и вернулась через пять минут.

– Ладно, допустим – только *допустим*, – это не рассеянный склероз, – начал Мэтью. – Вы что-то говорили про психосоматику. Как она влияет на

мои ноги?

– Точно не знаю. Возможно, вы боретесь с каким-то стрессом, и он проявляется в виде паралича.

– Но почему? Почему ноги не двигаются?

– Не могу вам сказать.

Он опять зашуршал бумагами. Жена отобрала у него папку. Руки Мэтью на миг замерли в воздухе.

– Было бы легче, если бы вы объяснили, – сообщила жена.

– Когда мозг подает импульс ногам, происходит некий сбой. Я не знаю, почему он происходит, и объяснить не могу. Могу лишь дать направление к психотерапевту.

Тот серией тестов выявит причину болезни точно так же, как мы с помощью обследований исключили неврологическое заболевание. К сожалению, многие пациенты не решаются на этот шаг; как будто встреча с психотерапевтом лишает их последнего шанса на «нормальную» болезнь и права на страдание. Им кажется, будто окружающие станут относиться к ним иначе. Для Мэтью дать согласие на консультацию – все равно что пожертвовать привычной жизнью.

В тот день мне повезло.

– Хорошо, – с явной неохотой согласился он.

Мэтью с полным правом рассчитывал получить от меня доказательства. Если бы я могла их предъявить или хотя бы дать разумное объяснение, почему он не чувствует ног, то, возможно, пациенту было бы легче смириться с диагнозом. А вместо этого я лишь ссылалась на свои же слова и невнятные результаты анализов.

Все мы не раз сталкивались с тем, как эмоции проявляются на физическом уровне. Врачи и ученые уже много лет безуспешно пытаются понять этот феномен. Еще за четыреста лет до нашей эры Гиппократ заметил, что душевные переживания заставляют сердце биться чаще и это может привести к болезни. Гиппократ верил, что нельзя исцелять тела, не исцеляя разум, и он лечил недуги анализируя сны – за две тысячи лет до Фрейда.

Гиппократу приписывают самое раннее описание болезни, известной как истерия. Он утверждал, что истоки этого заболевания кроются в женской утробе. Матка тогда считалась блуждающим органом, который мог перемещаться по всему телу, вызывая различные симптомы. Все описания этой болезни были крайне размытыми, единственное, что их объединяло, – это указание на судороги. Кроме них упоминались учащенное дыхание,

потеря голоса, боли в области шеи, головокружение или частое сердцебиение. Древние греки крайне мало знали об анатомии и еще меньше – о физиологии, и потому не могли отличить психосоматическую болезнь от физической. Для них истерия была телесным недугом.

Блуждающие органы считались не единственным источником болезни. Греки верили, что здоровье зависит от соотношения четырех «гуморов», или жизненных соков: черной и желтой желчи, крови и лимфы. Их баланс также определял темперамент человека (холерик, меланхолик, сангвиник и флегматик) и даже его характер. Преобладание крови делало человека оптимистичным, жизнерадостным и веселым, желтой желчи – циничным и едким. Поскольку гуморы постоянно находились в движении, человек мог в разное время проявлять те или иные качества.

Спустя шестьсот лет Гален все еще придерживался концепции жизненных соков, однако разрабатывал и другую теорию возникновения болезней. Он одним из первых стремился доказать, что органы общаются друг с другом, и происходит это с помощью нервов – полых трубок, которые посылают ощущения. Гален описывал, как заболевание желудка передается мозгу, вызывая обморок или конвульсии. Он верно подметил роль нервов в передаче информации, хоть и не понимал, как именно это происходит и с какой целью.

В религиозные Средние века медициной правили суеверия. Про истерию практически забыли, и лишь к началу XVII века удалось побороть царившие тогда предрассудки и найти ей новое объяснение.

В 1602 году некая Мэри Гловер после ссоры с соседкой вдруг начала биться в судорогах. Ее сочли одержимой дьяволом, а соседку обвинили в колдовстве. Один весьма известный врач пытался доказать, что девушка больна истерией, но судью его аргументы не убедили. Гонения на ведьм прекратились лишь в конце XVII века, однако и после того магия и бесы считались причиной многих психических болезней.

Постепенно вера в колдовство угасла, больных истерией уже не считали проклятыми – их объявили сумасшедшими. Страдальцев передали в руки мозгоправов. В XVIII веке психиатрические лечебницы стали последним пристанищем для истериков. Истерия не считалась телесной болезнью, а значит, пациенты не получали никакого лечения и не имели надежды на выздоровление. Сумасшедшие дома были призваны лишь изолировать больных от общества.

К счастью, мир вскоре ждал перемены. Психиатрические лечебницы не сразу утратили свою популярность, особенно для пациентов из низших слоев общества, и большинство врачей все так же считали истерию

синонимом безумия, но некоторые прогрессивные ученые стали задумываться: может, эта болезнь вовсе не связана с патологией мозга? Зародилось огромное множество концепций, столь же странных, как и симптомы заболевания. В чем только не видели корень проблем; обвиняющий перст медиков указывал на самые различные органы.

Многие ученые вернулись к древней теории: источником истерии опять объявили женскую матку. К тому времени уже было доказано, что она вовсе не блуждает по телу, однако врачи утверждали, что матка посредством жизненных соков способна воздействовать на другие органы. Фактически ее назначили едва ли не главным органом после головного мозга. Считалось, что больная матка выделяет пары, отравляя организм и вызывая чувство слабости и усталости.

Впрочем, эта теория была хоть и самой популярной, но не единственной. Объяснение нашлось и для мужчин, страдающих схожими приступами. В качестве органа, ответственного за болезнь, европейских ученых особенно привлекал желудок (многие больные во время приступов жаловались на неприятные ощущения в животе). Другие врачи считали главным виновником селезенку, засорение которой вызывает припадки.

Поиски виновного органа продолжались около века, пока не появилась новая врачебная специальность – неврология. В начале XIX века ученые обратили внимание, что мышечные волокна реагируют на раздражение, а удар по колену вызывает рефлекторное дерганье ногой. Неожиданно сформировалась теория, что именно нервная система связывает все органы человеческого тела. Истерики нашли новое объяснение – «спинальное раздражение». Якобы позвоночник молодых женщин слишком чувствителен и он передает ощущения другим органам, поэтому больного мучают судороги, рвота и паралич. Эта идея тут же стала развиваться и породила теорию рефлексов, которая заключалась в том, что не только позвоночник, но и все органы способны передавать друг другу сигналы. Если, например, женщину тошнит во время беременности, уж не значит ли это, что желудок реагирует на изменения в матке?

Можно сказать, что в эти годы – в 1850-е – ученые приблизились к пониманию истинного механизма истерии. Однако позднее опять возникла путаница. В конце века появилась моя любимая теория «назального невроза», заключающаяся в том, что причиной большинства заболеваний назначили раздражение слизистой оболочки носа. Эта идея была очень популярна в 1880-е годы и просуществовала вплоть до начала XX века. Нос стал главным виновником едва ли не всех бедствий человека, вплоть до конвульсий и расстройства желудка. В качестве лечения практиковалось

прижигание слизистой и коррекция носовой перегородки. Даже Зигмунд Фрейд, страдающий рядом хронических заболеваний, не раз прибегал к подобного рода манипуляциям. Более того, врачи утверждали, что между носом и гениталиями существует биологическая связь: на их взгляд, ткани носа обладали повышенной чувствительностью, такой же как пенис, и это нельзя списать на обычное совпадение. Матка тоже была связана с носом; аномальное сексуальное удовлетворение приводило к воспалению носовой раковины, а то, в свою очередь – к истерическим припадкам.

Теории возникали быстро и распространялись повсеместно. И хотя многие врачи не расценивали истерию как болезнь (считая, что пациенты притворяются из-за проблем с психикой или попыток добиться чужого внимания), все равно они охотно использовали новые методики, популярные среди больных и приносящие немалую прибыль. Припадки лечили кровопусканием и пиявками. Пациентов поощряли мочиться как можно чаще или, напротив, реже, чтобы сбалансировать в организме жизненные соки. В психиатрических лечебницах в качестве лечения активно практиковались секс, беременности, вагинальные спринцевания и даже удаление матки. Когда перед пациентом вставал выбор: назальный невроз или безумие, вполне логично, что выбирали первое.

Какие-то отголоски этих концепций сохранились и по сей день, но в традиционной медицине они больше не используются. В конце XIX века труды сразу нескольких ученых заложили основы современного понимания истерии как психосоматического заболевания. Первым среди них стоит назвать Жан-Мартена Шарко, французского невролога, основателя нового учения о психогенной природе истерии. Затем психиатра Пьера Жане, выдвинувшего гипотезу о существовании подсознания, благодаря чему удалось выявить психологическую природу болезни. И наконец, Зигмунда Фрейда, который, основываясь на открытиях Шарко и Жане, предложил идею конверсии. Этим теориям уже более ста лет, однако их ценность столь велика, что я буду регулярно упоминать их на страницах своей книги.

Многовековые попытки объяснить механизм истерии поражают не только своим многообразием и оригинальностью, но и неожиданными последствиями. Выдвигая теорию рефлексов или «блуждающей матки», врачи мало знали о физиологии. И пусть научные открытия доказали несостоятельность этих идей, все равно мы не можем начисто их отвергнуть. Даже сегодня, например, физическое и психическое здоровье женщины напрямую связывают с ее репродуктивными органами и менструальным циклом. Мы больше не верим в колдовство, но по-прежнему склонны винить в своих недомоганиях внешние причины:

вирусы, или электромагнитное излучение, или пестициды. Остеопатия имеет много общего с лечением спинального раздражения. Рефлексология и иглоукалывание – прямые потомки теории рефлексов. Разве что назальный невроз действительно остался в прошлом...

Сегодня в моем распоряжении невероятное количество разработок, позволяющих проводить исследования, недоступные первым неврологам. Казалось бы, в XXI веке можно уже разобраться в механизме формирования психосоматических заболеваний. Реальность, однако, такова, что врачи до сих пор пытаются понять принцип работы человеческого мозга и организма. И если в области физических заболеваний мы более-менее ориентируемся, то выявить, как именно душевные переживания проявляются на телесном уровне, до сих пор не удалось.

На помощь нам приходят современные технологии. В самом начале моей карьеры широкое распространение получила магнитно-резонансная томография (МРТ). Благодаря ей мы сумели иначе взглянуть на содержимое человеческого черепа. Компьютерная томография (КТ) позволяет увидеть *структуру* мозга, МРТ – понять, какие зоны в нем активны. Теперь мы делаем столь качественные снимки мозга, что на них можно заметить поражения, характерные, допустим, для рассеянного склероза. Раньше его диагностика включала в себя ряд весьма болезненных процедур и занимала несколько месяцев, а то и лет; сейчас достаточно одного-единственного сканирования. У эпилептиков МРТ выявляет самые крошечные врожденные или приобретенные аномалии мозга, которые иногда в корне меняют представление о болезни.

МРТ появилась в 1990-е годы, с тех пор технологии шагнули еще дальше. Каждый год мы ставим новые диагнозы и разрабатываем методики лечения – но не потому, что болезни мутируют, а потому, что развивается техника.

Есть десятки способов оценить работу человеческого мозга. Мы можем увидеть, из чего он состоит, как в нем циркулирует кровь, измерить электрическую активность... Значимость МРТ в том, что она позволяет узнать, как мозг *функционирует* при выполнении определенных задач: решении математических примеров или управлении конечностями. Например, испытуемый в сканере шевелит пальцами, врач сравнивает снимки МРТ и отмечает, какая часть мозга была активна в тот момент и какие нервные клетки отвечали за движение.

Особенно эффективно использование МРТ при диагностике

необъяснимых с медицинской точки зрения параличей, возможно вызванных расстройствами психики. Больного помещают в сканер и просят пошевелить парализованной конечностью; затем то же самое проделывается с двумя добровольцами, один из которых здоров, а второй симулирует паралич. Снимки четко отражают разницу: у здорового добровольца активность фиксируется в моторной области коры головного мозга, у больного с подозрением на психогенный паралич эта зона задействована в меньшей степени, а активность в префронтальной коре, напротив, повышается. Снимки же симулянтов кардинально отличаются от всех остальных. Таким образом, МРТ доказывает, что психогенный паралич носит *ненамеренный* характер, хотя в целом изменения, зафиксированные томографом, разнятся от пациента к пациенту, и их не всегда удается объяснить. Возможно, когда-нибудь мы сумеем решить эту задачу, но на сегодняшний день о природе психогенных параличей нам известно крайне мало.

Правда в том, что, несмотря на все достижения в области исследований работы мозга и нервной системы, врачебный инструментарий крайне несовершенен. Мы до сих пор не представляем, как формируется мысль или идея, даже близко не приблизились к пониманию механизмов воображения и тем более не можем доказать реальность болезней, возникающих в человеческом мозгу.

Как мне быть уверенной в диагнозе, который основывается на столь иллюзорной почве?

Именно поэтому психосоматические расстройства диагностируют так редко – слишком трудно доказать их пациенту. А вдруг завтра появится новая методика обследования, которая докажет врачебную ошибку? В этом плане мы недалеко ушли от восемнадцатого века, по-прежнему предпочитая ставить диагнозы, одинаково «удобные» и врачу, и пациенту, особенно когда заходит речь о субъективных симптомах, которые нельзя зафиксировать и измерить. Когда к гастроэнтерологу обращается пациент с болями в животе, тот просто исключает все возможные варианты. «*У вас нет язвы*». «*У вас нет признаков воспаления*». Очень непросто отличить боль в желудке от той, которая возникает в голове.

В этом плане неврология отличается от всех прочих областей медицины. Мы так часто сталкиваемся с психосоматическими расстройствами, что даже дали им собственное название – «конверсионные», подразумевая, что стресс конвертирует – преобразуется – в паралич или судороги. Впрочем, нельзя считать этот тип расстройств каким-то особенным. Конверсионные нарушения встречаются не чаще

других (самым распространенным симптомом психосоматического заболевания считается необъяснимая боль). Дело в том, что конверсионные расстройства диагностировать легче других – неврологи способны объективно оценить целостность нервной системы и работу мышц, а значит, поставить более конкретный диагноз.

Неврологическое обследование – процесс многоуровневый и сложный. Паралич, вызванный психогенными причинами, отличается от паралича, спровоцированного заболеванием ЦНС. В обоих случаях задействованы разные группы мышц. Диагноз можно поставить объективно, без опоры на слова пациента. Нервная система человека представляет собой сложное сплетение пучков нервных волокон, связывающих все тело с головным и спинным мозгом. Подсознание человека просто-напросто неспособно правильно воспроизвести ее реакцию на повреждение. Конверсионное расстройство – это неумелое подражание неврологическому заболеванию.

У меня была пациентка по имени Линда. Однажды она нащупала за правым ухом маленький плотный шарик под кожей. Терапевт сказал, что это липома, безобидный жировик. Однако Линда, не успокоенная его словами, продолжала то и дело трогать шарик. Она постоянно думала о нем, ей казалось, что тот увеличивается в размерах. Вскоре правая сторона ее тела начала неметь. Постепенно пропала чувствительность в руке, а затем – в ноге. Линда знала, что причина тому – опухоль головы, которая растет и давит ей на мозг.

К моменту нашей встречи она была наполовину парализована. Правая часть – где и располагалась опухоль – совершенно не реагировала на раздражители. Однако Линда не знала, что правое полушарие мозга управляет левой стороной тела. Подсознательный страх искал выхода – и нашел его в неправильных симптомах.

Симптомы, возникшие как реакция на стресс, проявляются самым непредсказуемым образом в зависимости от того, как пациент представляет себе болезнь. Подсознание воспроизводит наиболее логичный для него сценарий. Поэтому конверсионные расстройства часто идут вразрез с физиологией и анатомией.

Обычно это несоответствие позволяет сразу же выявить психосоматическую природу заболевания. В случае же сомнений у невролога есть резервный инструмент. Наш мозг, нервы и мышцы функционируют благодаря крошечным электрическим импульсам, путешествующим по всему телу, и с помощью специальных приборов мы в состоянии их зафиксировать. Эта методика широко используется как для научного исследования психосоматических заболеваний, так и в

практической медицине.

Однако даже при всем совершенстве технологий мы можем лишь доказать пациенту, что его нервная система не повреждена. Врачу этого достаточно, а пациенту – нет; таким, как Мэтью, нужны доказательства. Подтверждение реальности их страданий. Каждую неделю я слышу эти просьбы снова и снова, будто без доказательств болезнь становится фикцией. Однако в нашем мире и без того много необъяснимых и иллюзорных вещей, реальность которых мы никак не можем доказать. Те же мысли: мы не знаем, откуда они берутся, не способны их увидеть, потрогать или еще каким-то образом зафиксировать – и при этом нельзя отрицать их существования. Или, например, сны: мы можем лишь предполагать, как они возникают и почему. Значительная часть земного населения верит в Бога. Ему поклоняются умные, рассудительные взрослые люди (более того, во имя Господа развязывают войны!), но никто не требует предъявить научное доказательство его существования.

В разговоре с Мэтью мне не на что было сослаться: никаких темных или светлых пятен на снимках, отклонений в анализах крови – ничего, что подтвердило бы мой диагноз. Я просила его поверить мне на слово. Разделить со мной убеждение, что паралич, существование которого не удалось доказать, совершенно реален.

Многие мои пациенты сталкиваются с той же проблемой. Есть, однако, один метод, который позволяет добыть столь нужное им доказательство. Конверсионные нарушения возникают как реакция на некую душевную травму, и врачи нашли способ эту самую травму выявить.

С конца XIX века неотъемлемой частью диагностики и лечения истерии стал гипноз. Под его воздействием пациенты снова переживали негативный эпизод своего прошлого и избавлялись тем самым от отрицательных эмоций. Пережитый катарсис иногда способствовал полному излечению. В начале XX века обнаружили, что подобного эффекта можно добиться с помощью химических препаратов. Барбитураты позволяли стимулировать мозг и выявить сокрытые истины. Под воздействием амитал-натрия пациент четче видел в своем прошлом травмирующую ситуацию и со временем мог с нею бороться. Расслабляющий эффект от препарата был сродни тому, что испытывают при гипнозе; пациент в таком случае легче поддавался внушению. Использовались эти препараты и при лечении фобий, когда больного нарочно сталкивали с его страхами в безопасной и контролируемой ситуации. Абреакция, снятие нервно-психического напряжения, и по сей день является базовой техникой в психотерапии. В середине XX века она

позволила многим жертвам Второй мировой войны побороть тяжелые воспоминания и ослабить страхи.

Амитал-натрий активно использовался до самого конца XX века, особенно при лечении пациентов с кататонией. Люди внезапно впадали в ступор, теряли способность говорить и двигаться, и никакие анализы не могли выявить, в чем проблема. Лишь под воздействием барбитуратов больных удавалось вывести из такого состояния. Первым делом амитал-натрий воздействует на лобную долю мозга, которая отвечает за наше поведение в социуме: не дает рассказать глупую шутку на деловой совещании, контролирует порывы, предупреждает об опасности. Препарат химически блокирует эту зону, по сути своей, оставляя мозг без цензуры. Однажды, например, барбитураты использовались при лечении амнезии у мужчины, который напал на молодую женщину, после чего полностью потерял память. С помощью препарата удалось выяснить, что он был влюблен в эту женщину, но она его отвергла. Когда действие амитал-натрия закончилось, воспоминания опять исчезли, и мужчина впал в состояние глубокого сна. Однако в течение недели память постепенно вернулась сама собой.

Подобные случаи выздоровления были и с парализованными больными. Далеко не все из них помнили, как вставали с инвалидного кресла под воздействием препарата, но, посмотрев записанное видео, могли – пусть даже на короткое время – совладать со своей болезнью.

Однако у этой методики есть и обратная сторона. Гипноз и барбитураты позволяют вскрыть старые психологические раны, вызванные жестоким обращением. Не все пациенты способны с этим справиться. А еще – и это гораздо хуже – были случаи, когда под воздействием препаратов всплывали фальшивые воспоминания, которые приводили к ложным обвинениям в насилии.

Мэтью пришлось обойтись без абреакции и гипноза, у него были лишь мои слова и результаты тестов. И когда мы снова встретились шесть недель спустя, я приятно поразила перемена.

Я вышла в зал ожидания и назвала его имя. Мэтью по-прежнему сидел в инвалидной коляске, но на этот раз он был без своей папки с документами. И выглядел он уже не таким заносчивым. Я еще не получила письмо от психотерапевта и не знала, чего ждать, однако, на первый взгляд, Мэтью показался мне вполне довольным жизнью. Жена стояла за коляской, и хотя она молчала – даже не поздоровалась, когда зашла в кабинет, – похоже, она была настроена вполне благожелательно.

В целом Мэтью сообщил хорошие новости. За это время ему каким-то

образом удалось смириться с психосоматической природой своей болезни. Жена всячески поощряла его не только встречаться с психотерапевтом, но и проводить собственные изыскания по теме, поэтому Мэтью рано или поздно согласился, что мой странный диагноз не лишен смысла.

– Как у вас дела с психотерапевтом?

– Ну, сперва он мне не понравился, а потом я понял, что он говорит толковые вещи. Например, что мой паралич вызван функциональной блокировкой нерва, поэтому мозг не может подавать сигналы ногам. Он назвал это неврологическим функциональным расстройством.

– Хорошо, что вы нашли общий язык.

– Он объясняет гораздо лучше, чем вы. Психотерапевт сказал, что нервная система похожа на компьютер. Все оборудование в порядке, нужные провода подключены, но вот программное обеспечение, которое управляет ногами, дало сбой.

Мэтью получил нужное ему объяснение. В лечении любой болезни первый шаг – это принятие диагноза, и Мэтью удалось его сделать. Теперь он видел свое будущее в достаточно радужном свете. Связался с работодателем и сообщил, что у него функциональное расстройство, что придется пройти интенсивный курс физиотерапии, но прогноз благоприятный.

– Я знаю, что справлюсь с этой чертовой болезнью, – потирая ноги, заявил Мэтью.

Он нашел свой выход.

Поставив окончательный диагноз, я передала Мэтью заботам психотерапевтов, которые держали меня в курсе, как проходит лечение. Со временем он снова научился ходить. Хотел как можно скорее вернуться к работе, и руководство компании позволило ему первое время трудиться удаленно, из дома.

Благодаря сообщениям психотерапевтов маленькие кусочки мозаики постепенно занимали свои места. Мэтью был младшим из трех братьев, каждый из которых по-своему добился успеха. Однако Мэтью всегда казалось, что он недотягивает до их уровня, что он недостаточно хорош.

Изредка мы встречались с ним в больнице. У любого человека рано или поздно возникают сомнения в поставленном диагнозе, и в таком случае нужна была моя помощь, чтобы их развеять. Путь к выздоровлению не бывает прямым, на нем случаются взлеты и падения. Мэтью находил у себя новые симптомы, и я назначала соответствующие анализы или доказывала их бесполезность. Вскоре он научился верить мне на слово.

– Точно? – иногда все-таки переспрашивал он.

– Абсолютно, – отвечала я.

В конце концов Мэтью смог обходиться без меня.

– Представляете, доктор, я снова спятил, – время от времени в шутку говорил он, и я понимала: он не только смирился с диагнозом, но и научился с ним жить. Симптомы никуда не делись, однако теперь он воспринимал их иначе. Мэтью понял, что человеческое тело может функционировать с нарушениями. И если это мешает нормальной жизни, то надо бороться любыми способами.

4. Шахина

Если хочешь сохранить секрет, надо скрывать его и от себя.

Джордж Оруэлл. «1984» (1949).

Кассандру, дочь троянского царя, боги благословили и прокляли одновременно. Благословением был ее дар – умение видеть будущее. Проклятие заключалось в том, что ей никто не верил.

То же самое испытывают люди с психосоматическими расстройствами. Их болезнь настоящая – и никто не верит в реальность их мучений.

Почему-то сообщить человеку, что его болезнь вызвана нарушением психики, – все равно что унижить его, сказать, что он врет. Моим пациентам приходится буквально переступить через себя, чтобы согласиться на встречу с психотерапевтом. И даже если самому больному это удастся, семья далеко не всегда встает на его сторону. Едва ли не важнейшая моя задача – поддержать пациента и его близких на этом непростом пути. Увы, удается это далеко не всегда.

Шахина заболела за полгода до нашей встречи, после одного случая в университете. В тот день она опоздала на лекцию. Еще не зная, как это событие изменит ее жизнь, она зашла в аудиторию. Первые ряды были заняты, поэтому девушка села сзади. Положив пальто на колени, она откинулась на спинку стула и завела руки назад, опираясь о пол предыдущего ряда. Дверь аудитории изредка хлопала, впуская других опоздавших студентов.

Шахина подалась в сторону и вытянула шею, чтобы лучше видеть лектора, как вдруг громко вскрикнула от сильной боли. Однокурсники удивленно обернулись. Парень, наступивший ей на руку, жутко покраснел и забормотал извинения. Наклонившись, он погладил ей пальцы, словно этим движением мог исправить нанесенный ущерб. Оттолкнув его, Шахина прижала руку к груди. Оставшуюся часть лекции она не слышала, сквозь слезы глядя, как расплывается по ладони огромный синяк.

Когда вечером Шахина пожаловалась на боль и отказалась принимать участие в домашних делах, родственники проявили мало сочувствия; зато наутро, увидев распухшую и побагровевшую руку, ужаснулись. Мать

поспешно отвезла Шахину в больницу. Рентген показал трещину в пястной кости. Девушке наложили гипс, надели поддерживающую повязку. Мать, сгорая от стыда, попросила на работе отпуск, чтобы заботиться о дочери. Следующие три недели Шахине пришлось управляться одной левой рукой, а лекции записывать на диктофон.

Когда гипс сняли, оказалось, что за это время рука успела атрофироваться. Она стала слишком худой – гораздо тоньше левой – и плохо слушалась. Врач направил Шахину к физиотерапевту, который рекомендовал комплекс упражнений. При каждом движении девушка чувствовала боль, но после долгого бездействия радовалась, что может сама застегивать пуговицы или управлять автомобилем.

Спустя еще две недели, когда Шахина была на лекции, правую кисть вдруг скрутил непонятный спазм. Ручка выскользнула из пальцев. Шахина ее подняла, но ручка снова выпала и закатилась под парту. Девушке пришлось оставить ее на полу. Следующие тридцать минут она бездумно пялилась на лектора, пропуская его слова мимо ушей.

После занятия Шахина продемонстрировала руку друзьям. Указательный и средний пальцы сгибались сами собой. Их можно было выпрямить другой рукой, но как только она их отпускала, они опять крючивались, сжимаясь в кулак. Друзья сочли это интересной забавой и полчаса развлекались, сгибая и разгибая ей пальцы. Девушка тоже смеялась вместе с ними – но недолго.

Вечером, за ужином, оказалось, что она не может держать нож. Родители, встревоженные ее состоянием, позвонили физиотерапевту.

Следующим утром Шахина отправилась к врачу. Тот сделал массаж, который несколько ослабил спазм, и направил ее к хирургу. Повторный рентген показал, что перелом полностью зажил, но, вопреки снимкам, девушку по-прежнему мучила боль.

– Все вокруг твердили, что рука в порядке. Словно хотели сказать: «Хватит уже притворяться!» И от этого становилось только хуже.

– Вы говорили врачам, что рука не слушается, а вам отвечали, что такого не может быть?

– Да, что я выдумываю.

Целый месяц Шахина делала упражнения по несколько раз в день. Боль только усиливалась. Мать записала ее на прием в частную клинику, где прописали миорелаксанты и болеутоляющее. Это позволило снять болезненные ощущения, но спазмы никуда не делись. Шахина не могла писать – пальцы сводило судорогой, поэтому она записывала лекции на диктофон и брала конспекты у однокурсников. А еще по совету друга

семьи делала на ночь ванночки со льдом. Все это помогало унять боль, но рукой она по-прежнему не владела. Через месяц в кулак сжимались уже четыре пальца.

Когда мы с Шахиной встретились в моем кабинете, она вновь носила поддерживающую повязку. Так ей было легче; если опустить руку, ее вскоре сводил мучительный спазм.

– В руке скапливается кровь, словно нарушена циркуляция. Поэтому тут же начинается отек, – объяснила мать.

Она говорила о руке безлико: как о чуждом элементе, а не части тела своей дочери.

Я осмотрела Шахину. Средний и указательный пальцы так глубоко зарылись в ладонь, что не было видно даже ногтей. У мизинца и безымянного ногтевые лунки пока еще проглядывали. Большой палец двигался свободно, значит, Шахина могла управляться с застежками-молниями или нажимать большие кнопки. Писать уже не получалось, выходили детские каракули. Печатать – опять-таки только большим пальцем, очень медленно и с ошибками.

Я попыталась расправить ладонь, но встретила сопротивление. Постепенно нам вдвоем удалось выпрямить пальцы. На коже проступали красные полукруглые отметины от ногтей. Стоило мне отпустить, как пальцы тут же свело в прежнее положение.

– Иногда у нее получается их выпрямить, – сказала мать.

– Чтобы вымыть ладонь или подстричь ногти, – добавила Шахина.

– Вы раньше такое видели? Что это с ней?

– Похоже, фокальная дистония. Это такое состояние, при котором мышцы сводит судорогой. Оно может быть вызвано травмой, хотя бывают и другие причины. Ситуация серьезная, и я бы предложила вам госпитализацию, чтобы сделать необходимые анализы и разобраться во всем как можно быстрее.

– Пожалуйста, вылечите мою девочку, – попросила мать.

В следующий раз мы с Шахиной встретились спустя несколько дней в ее палате. С рукой все было по-прежнему. Анализы крови, генетические тесты и сканирование мозга не выявили никаких неврологических нарушений. Электромиография подтвердила постоянное сокращение мышц предплечья, но причина оставалась неизвестной. Впрочем, у пациентов с дистонией часто наблюдаются нормальные результаты анализов. Пока мы не могли ничего сказать наверняка. Однако девушка не владела правой рукой и не могла даже застегнуть пуговицы или нарезать мясо на тарелке. Нужно было что-то делать. Ее осмотрел специалист в области заболеваний

опорно-двигательного аппарата, который рекомендовал ботулотоксин.

Ботокс применяется не только в пластической хирургии. Он активно используется в лечении неврологических заболеваний, поскольку парализует мышцы и снимает болезненные спазмы. Конечно, мышцы тогда не выполняют нужных действий, но это может быть меньшим злом по сравнению с болью и деформацией конечностей. Укол ботулотоксина не поможет выяснить, что случилось с Шахиной, зато облегчит ее состояние и позволит хоть как-то использовать руку.

Я присутствовала на процедуре. В предплечье девушки вставили тонкую иглу электрода. Он зафиксировал чрезмерное напряжение мышц, управляющих пальцами. Компьютер преобразовывал электрическую активность в звук, поэтому палата тут же наполнилась диким треском. Врач поспешно приглушил громкость.

– Это из-за моей руки такой шум? – поинтересовалась Шахина.

– Да.

– Так и должно быть?

– Если бы вы расслабились – нет. В состоянии покоя мышцы должны молчать.

Врач достал шприц с ботулотоксином, снял колпачок с иглы и медленно вколол содержимое. Шахина не сводила глаз с монитора. Я знала, как тщательно она прислушивается к треску. Мы все наостригли уши. Прошла минута – это очень долго, когда стоишь на одном месте и ждешь. И вот мы заметили изменения: статический треск начал утихать. Шахина потрясенно уставилась на руку. Округлив глаза, она глядела, как медленно разжимается кулак.

– Получилось! – воскликнула она.

Делавший укол врач недоуменно поднял брови.

Чуть позже я заглянула к Шахине в палату. На коленях у нее стоял ноутбук.

– Рука еще болит и плохо слушается, но мне уже давно не было так хорошо. – Она пошевелила пальцами. – Меня скоро выпишут?

И тут я совершила роковую ошибку.

– Позвольте кое-что вам объяснить. – Я села на край кровати. – Ботулотоксин воздействует на нервные окончания; он и в самом деле расслабляет мышцы, но происходит это не мгновенно. Этот процесс обычно занимает как минимум день, а то и два.

Шахина озадаченно на меня глядела. Кажется, она не поняла.

– У меня же все прошло! Это ведь хорошо, правда?

– Правда.

– Ну, значит, меня можно выписывать.

Шахина давала мне шанс отступить, но я не послушалась.

– Я хочу сказать, что вряд ли вам стало лучше из-за ботулотоксина. Слишком быстро.

– Раз всё прошло после укола, значит, это он помог!

– Иногда люди очень хотят выздороветь и так сильно верят в эффективность какого-то лекарства, что им удается поправиться одной лишь силой мысли. И нам, врачам, это подсказывает, что могло быть причиной болезни.

Шахина смотрела на руку, сжимая и разжимая кулак.

– Скорость, с которой подействовал ботулотоксин, заставляет думать, что изначально спазм был вызван психологическими проблемами.

– Хотите сказать, я сумасшедшая?

– Нет, конечно.

– А что тогда? Что значит «психологические проблемы»? Или я нарочно это делаю, или я сумасшедшая! Так, что ли?!

Напряжение нарастало. Ходившие мимо палаты люди слышали крики и с любопытством косились в открытую дверь.

– С каждым человеком бывает так, что душевные переживания отражаются на физическом здоровье...

– Хватит уже! Я обратилась к вам с жалобами на спазм, а вы говорите, я выдумываю!

В палату заглянула медсестра.

– Вам, наверное, лучше побыть наедине. – Она закрыла дверь.

– Жаль, что я вас расстроила. Но ведь руке стало лучше – и это главное.

Шахина долгое время угрюмо молчала.

– Что мне теперь делать?

– Наверное, отправиться домой.

– А что вы говорили про «психологические причины»? Вы ведь не объяснили, что имели в виду.

Следующие десять минут мы балансировали на краю. Я чувствовала, что разговор может в любой момент свернуть не туда, и очень аккуратно подбирала слова. Шахина, скорее всего, разделяла мои опасения.

Я объяснила, в чем суть психосоматических заболеваний.

– Это лишь предположение. Я не утверждаю, что с вами то же самое. Вы понимаете?

– Не знаю. Все это очень странно.

– Наверное, пока вам лучше об этом не думать. Сосредоточьтесь на

том, что вы пошли на поправку.

Впрочем, мы обе знали, что от моих слов нелегко отмахнуться.

– И как из-за проблем с психикой может возникнуть мышечный спазм?

– Когда мы испытываем негативные эмоции, мышцы тоже напрягаются. Вы же наверняка чувствовали, как от злости каменеют плечи и спина? Вот и здесь было что-то вроде этого.

– Но я ни на кого не злюсь.

– Знаю. Но у вас была травма, перелом. Может, это как-то повлияло.

– Я не хочу ходить к психотерапевту.

– Сейчас в этом нет никакой необходимости.

– Так все прошло? Мне больше не придется делать новый укол?

Я решила не разрушать ее надежд.

– Думаю, раз сейчас полегчало, все так и останется.

– Простите, что кричала на вас...

– Ничего страшного, вам нелегко пришлось...

Мы договорились, что Шахину выпишут и спустя какое-то время она заглянет ко мне на прием. Однако час спустя меня срочно вызвали в отделение.

Мать стояла в дверях палаты. Шахина сидела на кровати, возле нее стояла упакованная сумка. Отец сидел в кресле. Вслед за мной в палату зашла медсестра.

– Я хочу точно знать, что вы сказали моей дочери! – заявила мать.

Я объяснила, что анализы были в норме, но реакция на ботулотоксин вызвала некоторые подозрения.

– Моя дочь сказала, будто вы заявили, что она притворялась!

Саму девушку я не видела, мать загораживала мне обзор. Я вытянула шею и заговорила громче:

– Шахина, я вовсе не считаю, что вы притворялись. Я просто волнуюсь из-за того, что мы так и не установили причину дистонии. Я могу ошибаться, и если так, то простите меня.

– Ваши извинения нам не нужны! – отрезала мать. – Вы и правда думаете, будто молодая девушка способна месяцами так крючить руку? Да у нее вся ладонь изрезана ногтями! Ей больно!

– Спазмы были произвольными, мы это уже обсуждали.

– У нее был перелом, это подтвердил рентген. С этим вы хоть согласны?

– Да, дистония явно спровоцирована травмой.

– Так вы признаете, что у нее дистония?

– Признаю. Вопрос лишь в том, из-за чего.

– Я знаю свою девочку! Она очень умная, собирается стать юристом. Она много учится и никогда не болеет. И если бы она могла хоть как-то контролировать руку, ничего бы не произошло!

Мать сыпала репликами так часто, что, казалось, мы в палате вдвоем. Шахина и ее отец молчали, будто их и вовсе там не было.

– Шахина?.. – Мне хотелось знать мнение пациентки.

– Я сейчас отвезу дочь домой, а потом напишу на вас жалобу.

На этой фразе отец Шахины поднялся со стула, взял чемодан и положил руку на спину дочери. Та тоже встала и, сжимая в правой ладони ремешок своей сумки, подошла к матери.

– Врач не верит, что я больна, – фыркнула девушка, переступая порог.

– Она ошибается, – повернулась к ней мать, а потом, поймав мой взгляд, добавила, обращаясь уже ко мне: – Вы о нас еще услышите!

В глазах родителей эта болезнь закрывала для их дочери дверь в тщательно распланированное будущее. В общем-то, их ярость была оправдана. Но на кого им злиться? На самих себя? А может, на ребенка, которого угораздило заполучить клеймо сумасшедшего? Не имея особого выбора, они выплеснули свои эмоции в единственно возможное русло.

Спустя неделю мне передали письмо с официальной жалобой.

«Я выражаю недовольство работой доктора О`Салливан, лечащего врача моей дочери. Мою дочь госпитализировали с жалобами на спазмы правой кисти. Доктор О`Салливан, несмотря на сугубо ФИЗИЧЕСКУЮ природу симптомов, не подтвердив свои слова никакими ОБЪЕКТИВНЫМИ доказательствами, диагностировала у нее психиатрическое заболевание!! Она заявила моей дочери – между прочим, студентке юридического факультета, – что та симулирует».

И так далее, в том же духе. Письмо было напечатано на бланке юридической фирмы, где работала мать. В конце сообщалось, что Шахина ходила на консультацию к другому врачу, и тот полностью исключил возможность психосоматического расстройства. От самого врача никаких комментариев не последовало.

После этого я отправила Шахине несколько сообщений с просьбой прийти на мне на прием. Она их проигнорировала. В следующий раз я услышала о ней лишь через год. Новости были в письме из неврологической клиники соседнего района.

«Уважаемая доктор О`Салливан!

Не могли бы Вы прислать результаты анализов этой юной леди? Она говорила, что вы диагностировали у нее фокальную дистонию и успешно применили для лечения ботулотоксин. Заболевание дало рецидив, мы попробовали повторно использовать инъекцию ботокса, однако улучшения не последовало. Более того, спазматические сокращения распространились на левую руку и частично в область торса. Судя по всему, прогрессирует общая мышечная дистония. Я никак не могу установить причину заболевания, и было бы любопытно услышать Ваше мнение. Возможно ли, на Ваш взгляд, что дистония имеет психосоматическое происхождение?»

Очень часто пациенты напрочь отвергают любой намек на психиатрическое заболевание и обращаются к другим специалистам. Увы – если выздоровление стало результатом плацебо, эффект от такого лечения длится недолго. Я часто думаю, не могло ли все обернуться иначе, если бы я подобрала для Шахины и ее родителей иные, более деликатные слова?

Все годы своей практики я пыталась найти нужный подход к пациентам. То, как сообщают психосоматический диагноз, во многом определяет дальнейший ход лечения. Если больной решит, будто его обвиняют в симуляции, он развернется и хлопнет дверью – а значит, не получит столь нужную ему помощь.

При всей своей осторожности я не раз провоцировала пациентов на чудовищные скандалы, а потом получала такие же письма, испещренные заглавными буквами и восклицательными знаками: даже на бумаге человек пытался кричать в надежде доказать свою правоту.

Гнев тоже неслучаен. Он сигнализирует, что с человеком не все в порядке. В какой-то степени он тоже сродни психосоматическим симптомам, потому что маскирует другие эмоции: боль или страх. Беда в том, что его неправильно истолковывают обе стороны: и гневающийся, и тот, на кого этот гнев направлен. А еще он отталкивает людей именно в тот момент, когда они нужны друг другу больше всего. Гнев разрушает отношения врача и пациента.

В конце концов я стала расценивать гнев как тяжелый, но неизбежный этап лечения. Нельзя сказать неприятную правду без последствий. Со временем гнев должен угаснуть, хотя иногда он трансформируется и в другие защитные механизмы – например, в отрицание.

С Шоном мы встречаемся три-четыре раза в год. Обычно я получаю новости о его состоянии и тогда отправляю ему письмо с просьбой прийти на прием. Иногда он сам звонит и рассказывает, что ему стало хуже. Иногда

другие врачи сообщают, что его госпитализировали с очередным приступом. Это в лучшем случае – бывает и так, что я получаю письмо спустя неделю после того, как его положили в реанимацию: *«У него случился эпилептический припадок, мы провели курс фенитоина, о чем уведомляем Вас, поскольку Вы его лечащий врач...»*

Мы познакомились с Шоном два года назад. Тогда он работал учителем. Первый приступ случился в школе. Шон почувствовал себя плохо: затошнило, закружилась голова... Начальство отпустило его домой; коллеги предлагали подвезти, но Шон отказался от их помощи. Он жил в трех километрах от школы, уже почти добрался до дома, как вдруг потерял сознание. О том, что произошло дальше, он ничего не помнил. Очнулся все так же за рулем машины, которая стояла на тротуаре. Других автомобилей на дороге не было, свидетелей тоже.

Терапевт запретил Шону водить и выдал направление к неврологу. Сканирование мозга ничего не выявило. Электроэнцефалограмма зафиксировала незначительные искажения, которые, в общем-то, еще не свидетельствовали об эпилепсии, но врач, не в силах предположить что-то иное, поставил именно этот диагноз.

Вскоре у Шона случился второй припадок, на этот раз в присутствии жены. Она рассказала, что он вдруг смертельно побледнел и тряпичной куклой свалился на пол. Приступы стали повторяться чаще. Шону назначили противоэпилептические лекарства, которые изначально помогли. Однако через месяц приступы вернулись с утроенной силой. Они стали длиннее, сопровождались конвульсиями. Жена заметила, как иногда посреди фразы Шон замолкает на несколько секунд, и заподозрила, что это новая разновидность припадков. Шону выписали второе лекарство от эпилепсии. И опять симптомы исчезли на три недели. Врач решил провести видео-ЭЭГ-мониторинг. За три дня в больнице у Шона случилось несколько приступов, не считая кратких эпизодов «выпадения из реальности». Жена не отходила от него ни на шаг; была она рядом и тогда, когда я сообщила, что у Шона не эпилепсия, а диссоциативное расстройство.

– Такого не может быть, – сказала она.

– Техника исключает возможность ошибки, – возразила я.

– Если у него не эпилепсия, почему лекарства помогали? – последовал вполне логичный вопрос.

– По разным причинам: и потому что ваш муж очень хотел выздороветь и верил в надежность препаратов, и потому что лекарства от эпилепсии не только снимают приступы, но и влияют на настроение и

улучшают самочувствие.

– Один парень на работе видел мой приступ. У его ребенка эпилепсия, так вот, он сказал, что это было то же самое, – заговорил Шон.

– Диссоциативное расстройство очень легко спутать с эпилепсией. У меня есть результаты ваших анализов, я ни капли не сомневаюсь в своем диагнозе.

– Разве ЭЭГ при эпилепсии не может быть нормальной?

– Во время таких приступов – нет.

– И все-таки это возможно?

– В вашем случае невозможно.

– ...Но такое бывает?

– Я понимаю, вам непросто согласиться с новым диагнозом, ведь вы несколько месяцев считали, будто у вас эпилепсия. Я не собираюсь игнорировать ваши приступы, потому что они в самом деле мешают вам жить. Однако надо учитывать и другой аспект. Вы потеряли водительские права. Лишились работы. Принимаете очень токсичные и, главное, бесполезные препараты. Теперь мы знаем, что с вами. И можем это вылечить. Да, уйдет немало времени, но вы сумеете рано или поздно вернуться к обычной жизни.

Готов ли Шон сделать этот шаг? Выбросить из головы навязчивую мысль про эпилепсию и принять протянутую руку помощи? Шон согласился поговорить с психотерапевтом, после чего мы встретились еще раз.

– Я познакомился с другими эпилептиками, у них те же симптомы. Как у меня может быть что-то иное?

Я не стала отвечать – мы это уже обсуждали.

– Вдруг у меня и в самом деле эпилепсия, просто вы этого не видите?

– Что вам сказал психотерапевт?

– Что у меня нет депрессии. Да я и сам это знаю.

Психотерапевт подтвердил, что Шон не страдает никакими тревожными невротами, но при этом поделился одной историей, о которой мой пациент умолчал. За год до начала болезни один из учеников обвинил Шона в том, что тот его ударил. Шон всячески отрицал свою вину. Свидетелей не было, доказательств – тоже. Шона временно отстранили от работы до окончания расследования, которое заняло целых три месяца. Дело закрыли благодаря случайности: друг пострадавшего ученика проболтался одному из учителей, что на самом деле тот все выдумал – хотел отомстить за какой-то незначительный инцидент в прошлом. В конце концов парень признался, и Шон смог вернуться к занятиям. Коллеги,

которые ни на секунду не поверили в обвинение, встретили его с ликованием.

– Эти три месяца показались ему адом, – сказал психотерапевт. – Шон боялся, что дело дойдет до суда, ему дадут реальный тюремный срок и навсегда запретят преподавать. Ситуация казалась безвыходной.

Однако теперь Шон считал, что самое большое испытание его жизни осталось позади.

– Вряд ли он поверит, что обвинение все-таки не прошло бесследно для его психики.

Жаль, но психотерапевт оказался прав.

– Тот, первый, невролог сказал, что у меня эпилепсия, – упрямылся Шон.

– И направил вас ко мне, потому что сомневался в диагнозе.

– На ЭЭГ были отклонения. Врач сказал, они могут свидетельствовать об эпилепсии.

– Такое часто встречается: у двух разных людей волны ЭЭГ будут отличаться, так же как отличается внешность, рост, телосложение и так далее. Эти маленькие различия очень легко принять за отклонение от нормы.

– Все остальные говорят мне другое, – не сдавался Шон.

– У меня есть преимущество: я сама лично наблюдала за вашим приступом во время мониторинга. Остальные врачи имели дело лишь с чужими рассказами.

– Я читал об эпилепсии, все симптомы совпадают точь-в-точь.

Шон не первым и не последним отказывался верить в диагноз. Надо было дать ему время осмыслить и смириться. Следующую неделю он провел в больнице, причем лекарства от эпилепсии я отменила. Накануне выписки мы встретились снова.

– Не то чтобы я с вами согласился, но готов попробовать. Все равно хуже не будет.

Напоследок я дала Шону и его жене строгие инструкции. Предупредила, что в ближайшее время приступы могут и не прекратиться, однако ехать в больницу стоит лишь в самом крайнем случае. Диссоциативные судороги только усиливаются, если привлекать к ним лишнее внимание.

– То есть нам ничего нельзя делать? – запаниковала жена.

– Вы, конечно, можете обратиться к врачу, но лучше эти приступы просто игнорировать, они не опасны.

Я пересказала психотерапевту наш разговор.

- Кажется, Шон готов идти дальше. Надеюсь, у него все получится.
- Боюсь, вы ошибаетесь.
- Увы, он оказался прав.

В XXI веке психосоматические заболевания считаются чем-то неприличным. Однако так было не всегда. Когда-то пациенты охотно принимали диагноз «истерия» – в эпоху Жан-Мартена Шарко и его примы Бланш Уитман.

В медицине XIX века правили бал «спинальное раздражение» и «теория рефлексов» – две надуманные концепции, основывающиеся на смутном представлении о физиологии и анатомии. Обе теории были весьма популярны среди богачей, которые могли позволить себе рекомендованное лечение. Однако многие врачи в то время полагали, что истерия – синоним безумия; и бедняков, как и за век до описываемых событий, по-прежнему отправляли в приюты для умалишенных. Так продолжалось, пока Жан-Мартен Шарко не совершил революцию.

Шарко был одним из самых известных и влиятельных неврологов той поры. Среди прочих его достижений – работы об истерии. Он первым взглянул на это заболевание с научной точки зрения. Шарко так и не нашел подходящего лечения, и все его открытия в этой области со временем подвергли сомнению, но то внимание, которое он привлек к истерии, в корне поменяло все представление о болезни.

Представьте себе сцену. 1887 год, Париж. Перед публикой появляется Бланш. Она невероятно популярна. Настоящая звезда. Впрочем, даже если бы про нее никто не слышал, все равно сейчас она находилась бы в центре всеобщего внимания. Она чуть ли не единственная женщина в зале, полном мужчин. Белая блуза полурасстегнута, обнажая грудь. Каштановые волосы, с утра аккуратно зачесанные, теперь растрепались и придают ей диковатый вид. Кроме нее здесь еще две женщины – они медсестры, их скучные серые платья наглухо застегнуты под горло, а ленты шляпок туго завязаны, впиваясь в кожу. Они никому не интересны, люди пришли не ради них.

Рядом с Бланш стоит Жан-Мартен Шарко, выдающийся невролог с мировым именем. Эта женщина – его пациентка. Сквозь высокие окна падают косые солнечные лучи, и в их сиянии бледная кожа Бланш кажется еще светлее, особенно на фоне аудитории, сплошь состоящей из мужчин в черном. Мужчины яростно строчат в блокнотах, фиксируя каждое произнесенное слово. Они столько слышали о знаменитой «*la grande hysterie*», большой истерии, – и вот теперь увидят это зрелище собственными глазами!

Впрочем, далеко не все из присутствующих – медики. Еженедельные лекции Шарко столь популярны, что на них собирается весь бомонд Парижа. Вот художник Андре Бруйе. Вот сын Шарко – Жан-Батист, он учится на врача, но в будущем прославится как полярный исследователь. Здесь представлена вся именитая публика, и потом, когда лекция закончится, их пригласят на бульвар Сен-Жермен, в дом Шарко, где гостей ждут более изысканные развлечения. А Бланш вернется в запертую больничную палату, где провела последние восемь лет.

В XIX веке больница Сальпетриер была приютом для душевнобольных, она вмещала до восьми тысяч пациентов из низших слоев общества: проституток, нищих, уличных попрошайек... Уважающие себя врачи обходили эту обитель безумия и рассадник венерических заболеваний стороной, и потому медицинское сообщество ужаснулось, когда молодой и многообещающий доктор вдруг решил занять там постоянную должность. В 1863 году Шарко связал свою жизнь с больницей Сальпетриер. Он счел приют идеальной базой для научных исследований, и пациенты больницы стали первыми, на ком он испробовал метод, впоследствии названный клинико-анатомическим.

На каждого пациента Шарко заводил карту с историей болезни, тщательно документируя все ее этапы: с момента проявления до самой смерти, которые, увы, в Сальпетриере случались с незавидной регулярностью. Имея огромный опыт работы в патологоанатомической лаборатории, он вскрывал умерших и изучал под микроскопом ткани мозга, пытаясь найти аномалии, которые подтвердили бы его наблюдения.

Шарко проработал в Сальпетриере более тридцати лет. За эти годы он выявил и классифицировал больше неврологических заболеваний, чем любой другой врач как до, так и после него. Он сумел разграничить рассеянный склероз и болезнь Паркинсона; его находки позволили диагностировать многие на тот момент малоизученные заболевания: болезнь моторных нейронов, сифилис, полиомиелит...

Клинико-анатомический метод перевернул все представление о невралгии, последствия чего ощущаются до сих пор. Поэтому вдвойне удивительно, что Шарко мог *так* ошибиться насчет истерии.

Его интерес к болезни, пожалуй, был неизбежен: в Сальпетриере было целое отделение для женщин-истеричек. Отработав свой метод на других пациентах, Шарко обратил внимание и на это заболевание, которое окрестил «*la grande hysterie*» – «большая истерия».

В самом начале Шарко избрал иной подход, нежели другие врачи. Например, он не навещал пациенток в палате – их приводили к нему в

кабинет. И даже тогда он не поднимался из-за стола, чтобы осмотреть больную, – только отдавал распоряжения. Пациентка раздевалась, и он за ней наблюдал. Ассистенты рассказывали, что молчание могло растянуться на целую вечность, лишь изредка он просил сесть, или пройтись по комнате, или поднять руку. Наверное, в таких обстоятельствах он и встретил Бланш Уитман.

Бланш поступила в Сальпетриер в 1878 году. Росла она в бедноте, мать рано умерла, отец был плотником. С детских лет ей пришлось работать прачкой, потом сиделкой. Первый приступ судорог случился у нее в возрасте пятнадцати лет, вскоре после того, как ее изнасиловал наниматель. В шестнадцать она очутилась в больнице. История ее жизни до этого момента окутана слухами, после – во всех подробностях скрупулезно запечатлена на бумаге.

До встречи с Бланш Шарко уже десять лет изучал истерию, пытаясь ее описать, как это удалось ему с другими неврологическими заболеваниями. Он проводил все возможные исследования, фиксировал каждый, даже самый незначительный симптом. И начал замечать общие черты. Всех пациентов объединяло одно – конвульсии, и приступ всегда развивался по одинаковой схеме. Шарко обратил внимание, что судороги часто были вызваны какой-то травмой, физической или психологической. Это наблюдение продвинуло его в диагностике болезни. Однако гораздо больше Шарко заинтересовало другое – неожиданная восприимчивость истеричек к гипнозу.

Каждую неделю по вторникам, а позднее и по пятницам Шарко давал лекции, на которых демонстрировал, как у пациентов проявляются все формы истерии под воздействием гипноза. Пока Бланш билась в судорогах, Шарко стоял рядом и подробно рассказывал удивленной публике, что происходит. Он велел пациенткам делать то, на что они никогда не согласились бы осознанно: например, обнажаться или ползать на четвереньках по сцене.

Шарко экспериментировал и с металлотерапией. В то время и врачи, и больные верили в исцеляющую силу магнитов. Шарко с их помощью перетягивал судороги из одной части тела в другую или даже передавал другому человеку.

Для того чтобы вызвать симптомы истерии, использовался не только гипноз. К припадку мог привести нажим в области яичников. Шарко, впрочем, развил эту концепцию, доказав, что подобное давление не только начинает приступ, но и позволяет его прервать.

За годы работы Шарко зафиксировал и описал многие клинические

проявления, которые он считал симптомами истерии: параличи, расстройства зрения, головные боли, головокружения и, конечно же, судороги. Разве что задокументировать всю историю болезни вплоть до смерти пациента не получалось, ведь болезнь не летальна. Впрочем, обитатели больницы Сальпетриер редко выходили на свободу, поэтому истерички рано или поздно умирали по другим причинам. Шарко изредка выпадал шанс обследовать их мозг, и при этом не обнаруживалось никакой патологии. Тогда он осматривал яичники – они опять-таки были в норме. И все же, несмотря на отсутствие доказательств, Шарко ни капли не сомневался, что истерия – заболевание органическое. Пусть ему не удавалось найти тому подтверждение, но он отмечал, что пациенты, несмотря на все различия между ними, демонстрировали одни и те же симптомы. В случае с безумием это просто-напросто невозможно. Также Шарко заметил, что истерия бывает наследственной либо может внезапно проявиться уже в стенах приюта. Он предположил, что болезнь вызывают функциональные поражения мозга, которые то проявляются, то исчезают – поэтому их и невозможно зафиксировать при вскрытии.

Внимание ученого подстегнуло развитие болезни, и в 1890 году в Сальпетриере началась настоящая эпидемия, которая постепенно распространилась по Франции, а потом и по всей Европе. За год к Шарко обратились три тысячи пациенток, у восьмисот из которых он диагностировал истерию. Конец XIX века стал эпохой ее расцвета, и произошло это благодаря интересу одного-единственного человека.

А в 1893 году Шарко умер, и истерия угасла вслед за ним. Многие пациенты покинули стены больниц.

Во времена Шарко истерия обрела популярность – но лишь потому, что считалась органическим заболеванием мозга. Со временем же, когда последовали новые открытия, она опять стала непристойностью, о которой стыдно упомянуть в приличном обществе.

С Шоном я планировала встретиться через месяц после его выписки, но обстоятельства сложились так, что произошло это гораздо раньше. Спустя шесть часов мне позвонили из другой больницы и сообщили, что его срочно госпитализировали.

По дороге домой у Шона случился припадок. Жена остановила машину на обочине. Когда поняла, что судороги длятся дольше обычного, вызвала «скорую». Шона отвезли в ближайшую больницу. Приступ не прекращался, поэтому врачи решили использовать препараты, которые применялись лишь в самых крайних случаях.

Работу медика нельзя назвать неблагодарной, но иногда бывают моменты, когда кажется: что бы ты ни делал – все зря. Именно так я себя чувствовала. Думала лишь о том, что в кармане Шона лежало письмо: *«У этого человека нет эпилепсии, его судороги не связаны с заболеванием ЦНС, лечение противоэпилептическими препаратами нерационально»*. Жена должна была показать это письмо врачам. Она, скорее всего, так и сделала – я не заметила за ней особой скрытности или недоверия, – значит, врач в больнице просто-напросто не обратил на него внимания.

Я позвонила ему.

– На самом деле у Шона не эпилепсия, – сообщила я.

– Жена тоже так сказала, но судороги не проходили. Приступ длился более двадцати минут.

Диссоциативные конвульсии неопасны, приступ может растянуться на несколько часов. Все это время за пациентом нужно наблюдать, по возможности – успокаивать. Я, в общем-то, понимала коллег. Очень тяжело наблюдать за человеком, бьющимся в судорогах, и ничего при этом не предпринимать. Жена продержалась в машине десять минут. Медперсонал в отделении – двадцать.

Шона вскоре выписали, через неделю он заглянул ко мне на прием. Жена припомнила мне инструкции не вмешиваться – на обочине автомагистрали они оказались бесполезными. Чужое внимание только провоцирует психосоматические симптомы, собственно, ради него все и происходит. Однако одно дело – абстрактные советы, и совсем другое – реальная ситуация. Мы с Шоном обсудили диагноз еще раз.

– Врачи в «скорой» уверяли, что это эпилепсия, – настаивал Шон.

– Мы не знаем наверняка, вдруг они впервые имели дело с судорогами? Врачи считали, что все делают правильно, хотели помочь. Но они ошиблись.

– Давайте-ка еще раз с самого начала. Почему мой первый врач решил, что у меня эпилепсия? Почему вы не обращаете внимания на отклонения ЭЭГ? И почему лекарства от эпилепсии помогают?

Я терпеливо повторила свои аргументы. Позднее я пересказала наш разговор психотерапевту.

– Ничего удивительного, – сказал он. – Шон очень гордится своей работой, в ней вся его жизнь. Сперва тот случай с обвинением чуть все не разрушил. Теперь то же самое делаете вы.

С тех пор Шон еще трижды попадал в больницу. Всякий раз ему назначали бесполезные препараты. Мы изредка встречаемся, и наш разговор всегда идет по одному сценарию.

– Ладно, может, те, первые, приступы, были не из-за эпилепсии, однако теперь-то это точно она.

Да, иногда у эпилептиков случаются психогенные припадки. Механизм их появления до конца неясен; лично я считаю, это что-то вроде приобретенного рефлекса. Если всю жизнь мучиться из-за эпилепсии, в любой экстремальной ситуации организм невольно воспроизводит имеющийся опыт. Вот только наоборот не бывает – нельзя заболеть эпилепсией *после* начала диссоциативных судорог.

– Нет, Шон, вы не правы.

– Нет? Моя жена нашла статью о женщине, больной энцефалитом. Судя по тексту, симптомы те же. Может, есть смысл сдать анализы?

– Энцефалит вызывает эпилептические судороги. Ваши судороги – не эпилептические, мы в этом убедились, когда провели мониторинг. Об энцефалите не может идти и речи.

– А синдром мышечной скованности – слышали о таком? От него мышцы как будто каменеют, со мной во время приступов происходит то же самое.

– Судя по вашим анализам, его тоже нет.

– ...Припадки не прекращаются. Мне, наверное, стоит принимать еще какое-нибудь лекарство? Так, на всякий случай.

– Шон, вы не верите, что ваши приступы не из-за эпилепсии?

– Нет, не верю.

Если выбирать между гневом и отрицанием, я предпочитаю первое. Гнев говорит о том, что меня услышали, отрицание – что к моим словам остались глухи. Если механизм заболевания до конца неясен и его нельзя подтвердить результатами тестов, пациент всегда сомневается, у него возникают вопросы, за которые он цепляется в попытках опровергнуть диагноз. С отрицанием бороться сложнее, чем с гневом, и в таком случае шансы на выздоровление стремительно падают. Вполне возможно, что судороги Шона так и не прекратятся, а то и вовсе сменятся новыми симптомами уже другой болезни.

5. Ивонна

Выслушай это, народ глупый и неразумный, у которого есть глаза, а не видит, у которого есть уши, а не слышит.

Иер. 5:21.

Есть один психологический тест на селективное внимание – «Невидимая горилла». Зрителям предлагают посмотреть видео, где шесть человек, разделенных на две команды – одна в черном, вторая в белом, – передают друг другу баскетбольные мячи. Нужно сосредоточиться и посчитать, сколько пасов делают игроки в белых футболках. Зрители заинтригованы, им хочется победить, поэтому они внимательно глядят на экран. В ответ на вопрос ведущего раздается единогласное:

– Пятнадцать!

Зрители торжествуют, они уверены в своей правоте.

– А кто видел гориллу? – вдруг спрашивает ведущий.

В зале поднимается несколько рук, все прочие недоумевают. Какая еще горилла? О чем он говорит?

Ведущий снова запускает видео. Теперь зрители не считают пасы, они следят за происходящим. Вот игроки скачут и ловко передают друг другу мячи, и тут среди них появляется человек в костюме гориллы. Он не прячется, не бежит. Встает посреди сцены, бьет кулаками в грудь и так же не спеша уходит. Те, кто не заметил его в первый раз, не верят глазам.

– Это другой ролик! – возмущается какая-то женщина.

Нет, ролик тот же самый. Просто аудитория видела лишь то, что хотела видеть, а все остальное проходило мимо их сознания.

Ролик с невидимой гориллой напомнил мне о женщине, которую я знала много лет назад.

Ивонну я встретила в самом начале своей карьеры, когда я только закончила медицинский колледж в Дублине. Мне еще предстояло многому научиться. Например, тому, что психосоматическая болезнь – это война, которая объединяет врачей и пациентов. И первый урок дала мне Ивонна.

Впервые я услышала об Ивонне во время утреннего обхода – о ней рассказал мой коллега. В отделении нас, таких же неопытных, как и я, молодых докторов, интернов и стажеров, было девять. Мы топтались сзади,

прячась за спинами, чтобы случайно не нарваться на особо заковыристый вопрос нашего руководителя-консультанта. Один из моих друзей – он был старше меня на год – накануне встретился с Ивонной и теперь вкратце пересказывал нам историю ее болезни.

Ивонне было сорок лет, она работала в супермаркете. С ней произошел несчастный случай, когда сотрудники убрали товар с истекшим сроком годности, выкладывая взамен новый. Скоропортящиеся продукты хранились в холодильниках со стеклянными дверцами. Ивонна почти закончила; она стояла возле последней витрины, придерживая открытую дверцу рукой. Женщина рядом о чем-то спросила, и Ивонна, захлопнув холодильник, невольно повернулась в ее сторону. В это время та, собираясь протереть стекло, брызнула чистящим средством. Капли попали Ивонне прямо в лицо. Она зажмурилась и машинально вскинула руки. Вскрикнула сперва от неожиданности, а затем от боли – глаза будто обожгло огнем. Коллеги поспешно отвели ее в туалет, потом вызвали «скорую». В больнице Ивонне тщательно промыли слизистую. Сообщили о случившемся мужу, но когда тот приехал, Ивонне уже полегчало. Глаза покраснели и слезились, однако боль утихла. Муж забрал Ивонну домой.

В тот вечер она, наплевав на домашние дела, рано легла спать. Ивонна надеялась, что к следующему дню все пройдет, однако утром оказалось, что в глазах полопались сосуды и они налиты кровью. Ивонна приготовила завтрак и нарезала детям бутерброды в школу, избегая смотреть в окно на яркий солнечный свет – в полумраке кухни ей было куда комфортнее.

Обычно по средам Ивонна выходила на работу, но в тот раз муж велел ей остаться дома. Ивонна затеяла спор, она не любила отпрашиваться. Однако муж заявил: «Твое геройство никому не нужно», и она сдалась. Днем Ивонна заметила, что картинка перед глазами как будто размыта. Когда позвонил муж узнать, как у нее дела, Ивонна с трудом разглядела цифры на электронных часах. Она то и дело терла глаза. Вечером дети заявили, что она выглядит усталой, и отправили ее в постель.

Когда Ивонна проснулась, вокруг было темно. Сперва она решила, что утро еще не наступило, однако усевшись в кровати, вдруг поняла, что тьма слишком непроницаема – ночью так не бывает. Глаза никак не хотели привыкать, и Ивонна испугалась. Она зашарила по кровати в поисках мужа – его рядом не было. Хотела встать, но тут же обо что-то споткнулась и закричала. В комнате слышались шаги и голоса: на крики сбежались дети. Она никого не видела, потому что полностью ослепла.

Ивонну доставили в больницу. Врач ее осмотрел и опять промыл глаза – без всякого результата. Ей назначили стандартные анализы и

процедуры... Спустя неделю зрение так и не восстановилось. Причину слепоты не обнаружили. Впереди Ивонну ждала шестимесячная череда больниц, докторов и тестов – увы, все было бесполезно. Врачи всякий раз заявляли, что не могут ничего найти, и передавали ее другим специалистам. Так она оказалась у невропатолога. Судя по выписанному направлению, предыдущий врач сомневался, что болезнь носит неврологический характер, но других вариантов не оставалось. Уже один этот факт наводил нас на определенные мысли.

Мой друг листал медкарту и вкратце пересказывал историю болезни, акцентируя внимание на том, что все результаты анализов были хорошими, а любые методы лечения оказались неэффективны. Также он упомянул, как слепота отразилась на жизни Ивонны:

– Она не смогла вернуться к работе и теперь получает пособие по инвалидности.

Мы подавили кривые ухмылки.

– Нуждается в круглосуточной помощи сиделки. Неспособна заниматься домашней работой.

Ознакомившись с историей болезни, мы перешли в палату. Внешний вид пациентки меня удивил. Ей было лет сорок – ровесница моей матери, – но выглядела она гораздо старше. Не знаю даже почему. Вроде бы кожа была гладкой и не морщинистой, и в каштановых волосах почти не проглядывала седина... Может быть, из-за манеры поведения? Крошечная женщина, ссутулившись, сидела на кровати, сложив руки на коленях. Пояс халата слишком туго стягивал талию. Пустые глаза глядели куда-то поверх наших голов. Возле кровати раскинулся на стуле муж, закинув ногу на ногу и скрестив руки на широкой груди. Он цепко глядел на нас, внимательно изучая каждого, кто заходил в палату.

Наш руководитель, представившись, начал задавать вопросы, уточняя детали случившегося. Муж часто поправлял Ивонну, а то и вовсе отвечал вместо нее:

– Нет, это был не стеклоочиститель, а средство на основе отбеливателя. Да, коллеги пытались промыть глаза, но на самом деле их просто вытерли влажным полотенцем. Проточную воду, как рекомендуется в инструкции, они не использовали.

Муж рассказал, что связался с производителем чистящего средства, и там сообщили, что оно при попадании в глаза может повредить зрительный нерв. Он просил их подтвердить это письменно.

Мы с друзьями украдкой обменялись улыбками. Похоже, нас хотели убедить, что сотрудники магазина не оказали Ивонне первую помощь.

Потом врач обратился напрямую к Ивонне. Он спросил, может ли она различать хоть малейшие проблески света. Ивонна ответила, что иногда чувствует, будто в комнате горит лампа, не более того. Посветив ей в глаза фонариком, врач поинтересовался, видит ли она хоть что-то. Ивонна неопределенно пожала плечами. Сперва она глядела мимо врача, словно даже не понимала, где он находится, однако по мере разговора стала бросать короткие взгляды то на него, то на мужа.

Затаив дыхание, мы наблюдали за действиями врача. Зрачки Ивонны расширились, реагируя на свет, но за лучом фонарика она проследить не могла. Затем консультант достал маленький крутящийся барабан, окрашенный в черно-белые спирали. Он раскрутил его, и зрачки у Ивонны задвигались, невольно следя за движениями полос.

Врач попросил ее соединить перед собой кончики указательных пальцев. Ивонна попробовала, однако левая рука оказалась выше правой.

О таком тесте мы прежде не слышали, поэтому почти вся группа зажмурилась, пытаясь повторить этот трюк.

В самом конце врач поднес офтальмоскоп вплотную к ее глазу, и Ивонна нечаянно моргнула. Кто-то из нас фыркнул, сдерживая смех. Ивонна, кажется, это услышала, потому что испуганно заозиралась:

– Кто здесь? Здесь есть кто-то еще?!

Смех зазвучал громче.

Когда мы вышли в коридор, кто-то озвучил общую мысль:

– Интересно, дело уже в суде?

Я чуть было не рассмеялась, но тут непривычно резко заговорил наш руководитель:

– Лучше радуйтесь, что бедная женщина не только слепая, но и глухая, раз она не заметила вашего ужасного поведения. Будьте добры в следующий раз вести себя приличнее.

Впечатленные суровым тоном, мы поспешно стерли улыбки. Однако позднее в больничном кафе выплеснули свои эмоции:

– Мы шумели как стадо гиппопотамов. Как она могла нас не слышать?!

– Бездарная из нее актриса.

Мы стали думать, как поймать женщину на обмане. Я предложила в следующий раз уронить пятифунтовую банкноту и посмотреть, как быстро Ивонна ее найдет. Кто-то другой – громко закричать, указывая на окно: смотрите, мол, что там происходит! Конечно, все это было не всерьез. Мы были молоды, только что закончили колледж и слишком часто – чаще остальных – сталкивались с несправедливостью жизни. Я знала, как часто

умирают люди младше меня. Мы хотели помогать тяжелобольным и отчаявшимся. Но еще не понимали, что боль и страдания могут проявляться по-разному.

Ивонна пробыла в нашем отделении еще неделю. Каждый день мне надлежало заглядывать к ней и сообщать результаты анализов. С ней я проводила больше времени, чем с остальными пациентами, потому что Ивонна меня заинтересовала; хотя интерес этот был весьма специфичен. За неделю ее история обросла новыми деталями.

Ивонна очень тепло отзывалась о родных и о своей жизни в целом, но я по случайным намекам и интонациям поняла, что ей приходилось нелегко. Она выросла в Ирландии, в сельской местности. Детство с любящими родителями можно было назвать счастливым. В двадцать лет она, как водится в тех краях, вышла замуж за человека, на десять лет ее старше. Сейчас, когда ей сорок, а Джеральду пятьдесят, разница вроде бы незначительна; тогда она казалась огромной. Через десять месяцев после свадьбы Ивонна родила первого ребенка. К тридцати годам детей было уже шестеро.

Большую часть жизни она занималась хозяйством. Муж работал, жена воспитывала детей и следила за домом. Роли в семье были четко распределены.

– У нас сложилась отличная команда.

Затем старшие дети покинули отчий дом, а младшие практически весь день проводили в школе, и у Ивонны появилось свободное время. Последовав совету старшей дочери, она устроилась на работу в местный супермаркет. Огромный шаг!.. В молодости, до свадьбы, ей уже доводилось работать: после школы она устроилась секретарем в местный колледж. Ей повезло, эта была самая престижная должность, на которую могла претендовать девушка без образования.

– Мне нравилось это чувство – что я часть коллектива, – со счастливой улыбкой рассказывала Ивонна. – Вообще-то я была там на побегушках. Но гордилась самим фактом, что работаю в солидном учебном заведении.

Ивонна встретила Джеральда на одной из вечеринок, куда изредка заглядывала с подругами. Через год они поженились, и Ивонна сразу же бросила работу.

– Так у нас было принято. Да и Джеральд считал, что мне лучше проводить время с семьей, чем тратить его на чужих людей.

Почти сразу они переехали из Корка в Дублин. Джеральд был младшим ребенком и вряд ли унаследовал бы семейную ферму или дом.

– У него хорошо получалось с хозяйством. Но младшим не на что

рассчитывать, поэтому нам пришлось уехать.

– Вы не хотели?

– Пришлось. Джеральд выучился на электрика, у него теперь свой бизнес. Мы устроились лучше, чем если бы остались в Корке.

– То есть Дублин стал для вас вторым домом?

– Наверное.

Когда Ивонна решила устроиться на работу, Джеральду эта идея не понравилась. Он переживал, что тогда ей не хватит времени на семью. Ивонна заверила, что станет работать лишь в дневные смены, пока дети на занятиях. К их возвращению она будет уже дома – никто и не заметит ее отсутствия.

Работа была простой и даже скучной, но при всех своих недостатках Ивонне нравилась. Она давала возможность заработать собственные деньги и провести несколько часов в «большом» мире. Ивонна, тихая и замкнутая, плохо ладила с незнакомыми людьми, однако постепенно сдружилась и с коллегами, и с некоторыми постоянными клиентами. По домашнему хозяйству, впрочем, она тоже успевала, и для семьи все осталось по-прежнему. Изредка Джеральд, конечно, ворчал, но придраться было не к чему. В целом у Ивонны все шло хорошо – до несчастного случая.

По вечерам к ней в больницу заглядывали дети – как правило, старшие, которые жили отдельно. Младшие приходили всего пару раз, в сопровождении кого-то из взрослых.

– Я здесь всего неделю, – говорила Ивонна. – Это же так мало. Они вообще обо мне не забыли.

– А Джеральд сегодня был? – спрашивала иногда я. С того первого дня я ни разу его не видела.

– Он слишком занят, – качала головой Ивонна. – Он построил свой бизнес с нуля и другим работникам не доверяет.

Однажды я видела, как девушка – скорее всего, старшая дочь – читает Ивонне газету. Я как раз делала записи в медкарте и невольно за ними подсматривала. Это было очень трогательное зрелище: девушка подливала матери чай, поправляла регулятор громкости радио и кнопку вызова медсестры, чтобы до них было легче дотянуться... Потом, нежно поцеловав мать в щеку, она встала. Ивонна нехотя ее отпустила.

Какое-то время после ухода дочери она неподвижно сидела, глядя перед собой. Я опустила голову к записям, как вдруг краем глаза уловила движение. Ивонна повернулась вправо, где на краю стола лежала пачка салфеток, и подцепив бумажный уголок, вытащила одну – ловко, безошибочно, словно точно знала, где та находится. Я с трудом сдержала

смех, хотелось поскорее рассказать друзьям о неожиданной прозорливости слепой женщины. Однако услышав сдавленные всхлипы, передумала.

К концу недели Ивонна узнавала меня по походке и всегда радостно приветствовала, как только я заходила в палату. Я заметила, как постепенно менялось ее поведение. Сперва во время наших разговоров она смотрела поверх моего плеча, будто искала, откуда слышится голос. Однако со временем она все чаще стала заглядывать мне в глаза, и это нельзя было объяснить случайностью – движение зрачков казалось осознанным.

Перед выпиской к ней снова зашел врач-консультант в сопровождении нашей группы. В палате опять сидел Джеральд.

Врач сообщил, что ни один из тестов не выявил отклонений, и Джеральд недовольно дернул головой, бормоча под нос:

– Кто бы сомневался...

А затем, уже громче, спросил:

– Может, есть еще какие-то анализы?

Оставалось разве что сканирование мозга. На него была слишком длинная очередь, а случай Ивонны не сочли экстренным и отправили ее в конец списка. Врач предложил ей поехать домой: сканирование можно сделать и без госпитализации. Это значило, что ждать придется дольше, зато все это время Ивонна проведет с семьей.

– Дома от меня теперь никакого толку. Я лучше останусь здесь, – тихо проговорила женщина.

Ивонна постоянно твердила детям, как ужасно по ним скучает. Да, изредка больница может стать надежным убежищем для пациента – если тот живет один или дома какие-то сложности с близкими. Ивонна, как я считала, не из таких. Поэтому я очень удивилась ее решению.

Ивонна провела в больнице еще семь дней, дожидаясь окончательных результатов обследования. В день выписки за ней снова приехал муж.

– Зрительный нерв не поврежден, мозговая активность в норме, никаких отклонений в работе ЦНС мы не выявили. Единственный возможный вариант – слепота носит функциональный характер, это реакция на стресс.

– Какой еще стресс, у моей жены в жизни не было никакого стресса, глупости не говорите! – отрезал Джеральд.

В ответ врач все-таки рекомендовал (весьма настойчиво) обратиться к психотерапевту: «Если вы, конечно, хотите, чтобы супруге стало легче». Ивонна безучастно глядела вдаль. Разговор с мужем закончился неохотным согласием. «Лишь затем, чтобы доказать вашу ошибку», – не удержался тот в итоге от шпильки.

Выйдя из палаты, я рассказала врачу, как Ивонна глядела прямо на меня, а однажды даже радостно кивнула и поздоровалась, хотя я не успела и слова сказать.

– Как бы там ни было, людям стоит верить на слово. Если вы обвините пациента в обмане – можете навсегда забыть о его доверии.

Возвращаясь к Ивонне, чтобы отдать документы на выписку, я все пыталась понять, как расценивать этот совет. Что мне стоит держать сомнения при себе? Или что я ошибаюсь и лучше обо всем забыть?

Ивонна была одна. Я отдала ей бумаги и попрощалась.

– Хочу вам кое-что подарить. – Она протянула мне открытку.

На картинке был изображен цветущий луг; посреди росло дерево, вокруг которого вились буквы: «Спасибо, с Вами приятно общаться».

– Я сама ее сделала, – сказала Ивонна.

– Вы? Сами?! – невольно вырвалось у меня.

– Да. Попросила карандаши и бумагу у женщины в соседней палате.

Слова врача звенели у меня в ушах, но я не сдержалась:

– Как вы можете рисовать – вы же ничего не видите?

– Я каким-то образом чувствую цвета и линии. – Ивонна, похоже, ни капельки не оскорбилась.

Зашел Джеральд, взял вещи и вывел жену из палаты. А я все не могла оторвать глаз от картинки. Листья и трава были зелеными, древесная кора – коричневой, на поле пестрели розовые и желтые цветы.

У врачей, которые сталкиваются с психосоматическим расстройством, часто возникает проблема: они не хотят верить, что симптомы вызваны бессознательно, что человек не в состоянии ими управлять. А если в это не верит сам врач, больного убедить он тем более не может. Фактически пациента – вольно или невольно – обвиняют в симуляции.

Пьер Жане, французский философ и психолог, первым ввел в науку термин «подсознание». Он был учеником Шарко – и весьма талантливым, – но, увы, сперва поддался влиянию своего учителя, который считал истерию заболеванием физическим. Шарко переосмыслил эту теорию лишь в самом конце жизни, когда так и не сумел ее подтвердить. Свое отношение к истерии он во многом пересмотрел под влиянием трудов Пьера Жане.

В 1880-е Жане работал в клинике Гавра. Он заинтересовался деятельностью Шарко, в частности тем, как тот использовал при лечении гипноз. В 1890-е Жане переезжает в Париж, чтобы продолжить обучение, а заодно пройти практику в Сальпетриере. Молодой врач производит благоприятное впечатление на Шарко, и тот отдает в его ведение целую

психологическую лабораторию. Спустя считанные дни Шарко умирает.

Смерть Шарко становится переломным моментом. Его идейные противники мигом обретают в себе уверенность и начинают активно публиковать работы, в которых опровергается органическая природа истерии и доказывалась бесполезность гипноза. Вскоре весь мир опять считает истерию не более чем душевным расстройством.

Работая в Сальпетриере, Жане сумел обозначить несколько ключевых понятий, которые до сих пор актуальны в диагностике и лечении неврозов. В частности, это понятия «сознание», «подсознание» и «диссоциация». В область *сознания* Жане относил чувственные переживания и мысли, активно воспринимаемые нашим разумом. Оно может сжиматься и расширяться, в зависимости от чего в поле внимания оказываются те или иные вещи. Жане считал, что сознание само выбирает, какие из них стоит воспринимать, а какие – проигнорировать. Чтобы лучше понять его мысль, представьте, как сидите в мягком кресле. Сосредоточившись, вы почувствуете, что форма спинки и сиденья повторяет контуры вашего тела. Кожа – орган осязания – передает эти ощущения мозгу, но тот блокирует их как лишние помехи, оставляя в центре внимания лишь то, что считает важным. Более того, Жане предполагал, что подобная блокировка ощущений может быть не только временной, но и постоянной – когда человек теряет способность управлять ногами, потому что мозг игнорирует сигналы, идущие от конечностей. А например, в экстремальной ситуации поле сознания может сузиться до такой степени, что человек впадает в кататонию – состояние ступора, в котором реальность не воспринимается вовсе.

Подсознание Жане описывал как область, где хранятся переживания и опыт, недоступные для осознанного восприятия. Он считал, что сознание и подсознание существуют параллельно, независимо друг от друга – и даже доказал это с помощью гипноза. Когда больной оказывался в состоянии транса, Жане мог дотянуться до его подсознания и внушить определенную идею, которая там приживалась без сознательного участия пациента. Это открытие актуально и сегодня, оно используется как при лечении гипнозом для вызова состояния абреакции, так и для развлечения публики.

Жане, развивая свою теорию, предположил, что в психике может произойти раскол, и тогда часть воспоминаний и чувств будет существовать отдельно, причем человек об этом знать не будет. Это расщепление он назвал *диссоциацией*, и возникает она, по его мнению, в результате какой-то травмы, когда подсознание блокирует неприятные переживания.

Если при диссоциации психика разделяется на две независимые друг

от друга части, значит, Ивонна могла быть зрячей – но при этом считать себя слепой. Надо, однако, заметить, что это довольно спорная концепция; ученые до сих пор не пришли насчет нее к единому мнению.

Впрочем, подсознание, даже блокируя какие-то мысли, все равно оставляет нам подсказки, которые нужно лишь увидеть. Вы когда-нибудь сталкивались с супружеской изменой? Партнер может обманывать вас месяцами, но, поймав его с поличным, вы понимаете, что знали все с самого начала. Вы видели счета из ресторанов, слышали ночные разговоры по телефону – и любые подозрения отправлялись в подсознание.

Все мы часто отгоняем от себя ненужные мысли и на время «выпадаем» из реальности. Вот вы ищете кошелек и в конце концов находите в сумке – хотя точно знаете, что его туда не клали. Едете на поезде, который прибывает на нужную станцию неожиданно рано – и вдруг понимаете, что совсем не помните дорогу. Смотрите телепередачу – и теряете сюжетную линию.

Наш разум постоянно выбирает, что воспринять, а что проигнорировать. Не нужно даже принимать участие в эксперименте с «невидимой гориллой» – вспомните, как часто вы не замечаете чего-то прямо перед собой. Как, например, ищете в толпе друга. Вот он в трех шагах от вас, размахивает руками, а вы смотрите сквозь него. «Как это не видел – глядел прямо на меня!» – возмущается он после. Но ваш разум и в самом деле в этот момент почему-то заблокировал восприятие.

Более того, иногда подсознание способно воспроизвести мысли и ощущения из ниоткуда. Однажды моя знакомая – дама преклонных лет – пригласила меня в гости. Из дверей ее дома пахло мокрой псиной. Коридор заваливали старые газеты и какой-то хлам, на кухне громоздились горы немытой посуды. На диване лежали две собаки, хозяйка спихнула их и предложила мне сесть.

Я и сейчас помню, как мне было неуютно. Разыгравшаяся фантазия подсказывала, что в этом диване полным-полно всякой живности вроде клопов. Кожа зудела, будто по ней кто-то ползал, и когда хозяйка на минуту вышла из комнаты, я поспешила вскочить и стряхнуть с себя невидимых насекомых. Даже дома казалось, будто меня всю искусили. Лишь выстирав одежду и приняв душ, я смогла отделаться от этого чувства.

На самом деле, конечно, никаких клопов не было, хотя зуд и боль от укусов воспринимались как реальные. Впечатлившись обстановкой, разум воспроизвел соответствующие ощущения. Пусть это было лишь игрой воображения и с тех пор прошло много лет, но я постоянно вспоминаю тот день. Пережитый опыт помогает мне работать с пациентами, у которых

проявляются диссоциативные судороги, – так я больше верю в бессознательную природу их припадков.

Об этом же свидетельствует и поведение больных. Я всякий раз наблюдаю один и тот же сценарий. У пациента за полгода было несколько приступов – пять, может быть, десять; в сумме конвульсии длились не больше часа. А потом больной приходит ко мне на прием – и припадок случается в зале ожидания или прямо у меня в кабинете. Или я отправляю его на ЭЭГ, и приступ происходит во время процедуры. Последний вариант – большая удача, это значит, что я, основываясь на данных электроэнцефалограммы, могу поставить точный диагноз. А может, удачей было то, что пациент так вовремя забился в судорогах?..

Когда на твоих глазах человек падает на пол, хочется обвинить его в симуляции. В желании привлечь внимание. В попытке произвести впечатление. В стремлении обмануть ради какой-то выгоды.

По молодости мне было непросто отогнать эти мысли. Да, я могла испытывать к пациенту жалость, но при этом считала, что он делает это осознанно. Лишь со временем я поняла, что мои опасения напрасны. Пациенту во всех подробностях рассказывается, что можно увидеть с помощью электроэнцефалограммы. Зачем же имитировать припадок в тот самый момент, когда обман раскрыть проще простого? *Может, человек на это и рассчитывает?*

Допустим, вы хотите впечатлить нового друга и говорите, будто прекрасно играете на гитаре. А у него – представьте себе! – как раз есть инструмент, и он жаждет услышать вашу игру. Если вы не уверены в своих силах, вряд ли согласитесь. Так и здесь: забиться в судорогах, будучи подключенным к аппарату ЭЭГ, – не лучший способ симулировать симптомы. Скорее, это доказательство невиновности, крик о помощи из подсознания.

На мой взгляд, если пациенты охотно демонстрируют симптомы, это свидетельствует как раз о подсознательной природе заболевания. Мэтью педантично перебирал все возможные диагнозы. Ивонна и Полин вновь и вновь проходили разнообразные и зачастую неприятные процедуры, лишь бы найти причину своей болезни. Симулянт никогда не будет столь дотошным. Если я *притворяюсь* больной, врачи со своей диагностикой представляют для меня угрозу. Ивонна, Мэтью и Полин такой угрозы не видели. Напротив, они умоляли о помощи.

Я считаю, что психосоматические расстройства никак не подчиняются воле человека. Однако многие мои коллеги это убеждение не разделяют.

Однажды я решила повысить квалификацию и пошла на курсы по детской неврологии, в частности эпилепсии. На одном из занятий нам предложили посмотреть ролики с записью судорог и поставить диагноз на основании одного лишь видео. В аудитории мало кто специализировался на лечении эпилепсии, в то время как я проработала в этой сфере уже несколько лет. Кроме этого, у меня был опыт диагностики по видео – правда, со взрослыми пациентами, – так что в нашей группе я была, пожалуй, самой опытной. Поэтому я не торопилась отвечать первой.

В самом конце показали видео с девочкой лет четырнадцати. Ее припадок заметно отличался от предыдущих, и, на мой взгляд, с ней все было очевидно. Преподаватель прошелся по аудитории, спрашивая мнение моих коллег.

- Фронтальная эпилепсия.
- Тонико-клинические судороги.

Я сидела в конце ряда и отвечала последней. Кроме меня больше никто не предположил, что припадок носит диссоциативный характер. Меня попросили обосновать ответ, и я пояснила.

Не успела я договорить, как один из моих соседей повернулся и с нескрываемой злостью прошипел:

- По-вашему, бедная девочка притворяется?!

В этом-то и проблема. Неважно, ошиблась я тогда с диагнозом или нет, – для того врача диссоциативные судороги были синонимом симуляции. Да, он говорил так из сострадания к ребенку, но что, если когда-нибудь, столкнувшись с дилеммой, он поставит неправильный диагноз?.. Вдруг сердце просто-напросто не позволит ему уличить пациента «в обмане»?

Я все чаще с этим сталкиваюсь – с тем, что врачи боятся ставить психосоматический диагноз.

– А вдруг я ошибаюсь? Может, на всякий случай выписать лекарства от эпилепсии?

В результате этого «на всякий случай» человек остается без должного лечения. Происходит это по разным причинам. Иногда врач понимает, что пациент отреагирует не лучшим образом, и пытается избежать скандала. В других случаях врач сомневается в своей опытности: вдруг он что-то упустил и болезнь все-таки органическая? Никому не хочется получить судебный иск...

В 1965 году видный психотерапевт Элиот Слейтер опубликовал в «Британском медицинском журнале» статью, где привел результаты десятилетних исследований истерии. Он сообщил, что у двадцати пяти

процентов больных в итоге все-таки обнаружили органические заболевания. Слейтер писал: «Диагноз «истерия» покрывает невежество врачей и поощряет их многочисленные ошибки. Это не просто заблуждение – это ловушка». Под влиянием его работы многие врачи перестали диагностировать конверсионные расстройства. Слейтер ловко сыграл на худших их страхах.

Сомневаюсь, что мои современники читали эту статью, но подобное отношение к истерии невольно сохраняется и сегодня. Что бы ни думали пациенты, на самом деле врачи очень боятся допустить ошибку: вдруг через несколько лет появится новая методика обследования, которая опровергнет диагноз? Поэтому они, не видя в этом ничего зазорного, предпочитают вовсе его не ставить. Однако за пятьдесят лет, прошедших с момента публикации статьи Слейтера, многочисленные клинические исследования так и не подтвердили его выводы. Технологии XXI века позволяют с максимальной точностью исключить возможные физические причины болезни, а психотерапевты, занимающиеся лечением психосоматических расстройств, в свою очередь, подтверждают малое количество ошибочных диагнозов – всего четыре процента, обычный уровень для заболеваний, диагностика которых не ограничивается одним анализом.

Поставить неверный диагноз и подвергнуть жизнь пациента опасности – кошмар для любого врача. Впрочем, при первичном диагнозе такое случается довольно часто: многие психосоматические расстройства маскируются под органическую болезнь. Однако упорствовать в этой ошибке нельзя – причиненный вред может быть несоизмерим.

Во-первых, в попытке «сохранить лицо» мы часто упускаем момент, когда пациент еще готов принять новый, психиатрический, диагноз. Смириться с ним очень непросто. Чем дольше человек упорствует в заблуждениях, тем сложнее дастся ему лечение. Если хоть однажды обнадежить его, что болезнь органическая, шансы на выздоровление стремительно падают. Это подтверждено и научными исследованиями: среди больных с диссоциативными судорогами, считавших, будто у них эпилепсия, процент выздоровевших значительно ниже. Возможно, здесь замешан фактор времени; ошибочный диагноз не позволяет вовремя начать лечение. Возможно, играет роль настрой самого пациента; когда человек верит, что у него серьезное и опасное заболевание головного мозга, избавиться от этой убежденности практически невозможно. Если вы считаете, что не сможете пробежать марафон, – не станете и пытаться.

Это касается любого симптома, спровоцированного стрессом. Вот,

например, пациент жалуется на боль в шее. Рентген показывает износ позвоночных дисков. Любой человек старше среднего возраста тут же спишет неприятные ощущения на преждевременную старость, даже не попытавшись объяснить их чрезмерным мышечным напряжением и, тем более, нервным расстройством. О лечении можно забыть.

Во-вторых, неверный диагноз имеет и другие опасные последствия. Человек принимает ненужные токсичные препараты. Бросает работу или учебу; изменяет свою жизнь, приспособляясь к болезни. Но все это – бесполезно!

Впрочем, нежелание ставить психосоматический диагноз не всегда объясняется столь благородными порывами. Некоторые специалисты до сих пор считают, что психогенного паралича не существует, пациенты его якобы имитируют. Или что диссоциативные судороги вызваны намеренно. Прежде, когда представление о врачебной этике было более размытым, такие пациенты испытывали на себе весьма радикальные методы лечения. Например, в XIX веке один врач практиковал лечение судорог клизмами. Он считал, что пациент не сможет одновременно биться в конвульсиях и контролировать кишечник. Другой запирали парализованных больных в кабинете, предлагая им самим подойти и открыть дверь.

В наши дни врачам приходится держать такие мысли при себе – хотя и не всегда. Я встречала пациентов, которых открыто обвиняли в симуляции. Им ставили диагноз и велели «взять себя в руки». Такой поступок наносит больше вреда, чем кажется. Он ставит на человека клеймо и напрочь убивает веру в возможности медицины.

Джудит направили ко мне с подозрением на эпилепсию. Лечащий врач сообщил, что она лечилась от лейкемии, и намекнул, что эпилепсия может быть вызвана осложнением. Джудит рассказала мне свою историю.

Она родилась в Англии, но в детстве вместе с семьей переехала в Майами. Спустя шесть месяцев Джудит заболела. Все началось со странных синяков. Терапевт не придавал им особого значения: дети всегда падают и набивают синяки. Затем Джудит подхватила тяжелую инфекцию дыхательных путей. По анализу крови врач заподозрил неладное; биопсия костного мозга подтвердила острый лейкоз. Джудит прошла ряд неприятных обследований, затем курс химиотерапии. У нее выпали волосы. Ей облучали мозг и вводили в спинномозговую жидкость радиоактивные вещества, чтобы проверить, не затронул ли рак нервную систему. Иммуитет ослаб, Джудит то и дело подхватывала разные инфекции, резко потеряла в весе, целую вечность провела в больнице.

Однако после трехмесячной ремиссии рак вернулся. Единственная надежда оставалась на пересадку костного мозга. К счастью для Джудит, ее старшая сестра стала идеальным донором.

Перед операцией родители отвезли их с сестрой в Диснейленд. Она никак не могла понять, был ли тот день лучшим или худшим в ее жизни. Впервые за долгое время она развлекалась, как все обычные дети.

– А я ведь знала, что этого не заслужила.

– Чувствовали себя виноватой перед сестрой?

– Не совсем. Я не понимала, почему должна быть ей обязана. Это я мучилась от рака, не она, – спокойно, даже равнодушно пояснила Джудит.

Всю следующую неделю она провела в полной изоляции, чтобы исключить любую инфекцию. Лишь изредка виделась с родственниками, при этом с головы до ног укутанная в стерильную одежду и с маской на лице.

Впрочем, долго это не продлилось. Вскоре кровяные клетки стали восстанавливаться. Карантин закончился, Джудит отпустили домой. Правда, ей по-прежнему приходилось жить по определенным правилам: например, меньше общаться с людьми, чтобы не подхватить инфекцию. Мать сама готовила ей пищу, соблюдая все возможные санитарные нормы. Джудит целыми днями сидела перед окном спальни и смотрела, как другие дети играют в баскетбол и едят пиццу. Она с тоской вспоминала тот день в Диснейленде.

С тех пор прошло двенадцать лет. Семья Джудит вернулась в Англию. Девушка сдала выпускные экзамены и поступила в колледж. Переехала в Лондон, устроилась работать няней. Однажды, играя с ребенком, упала на пол и забилась в конвульсиях. Ей вызвали «скорую». Очнулась Джудит уже в больнице.

– Там все выглядело таким знакомым, словно я оказалась дома.

Врачи решили, что эпилепсия стала побочным эффектом облучения мозга. Джудит выписали лекарства, которые, однако, не смогли снять приступы, поэтому ее направили ко мне.

В юности я полгода работала в команде гематологов. Видела больных раком детей много раз, некоторых с грустью вспоминаю до сих пор. А вот история Джудит совершенно меня не тронула. И я даже знала почему: потому что я ей не поверила. Все факты сами по себе были верными, но в общую картину не складывались. Джудит говорила так, будто читает по бумаге, – по крайней мере, такое возникло впечатление от ее рассказа. Были и другие мелочи, намекающие, что моя пациентка фантазирует или, что еще хуже, намеренно лжет. Почему она не принесла больничные записи?

Люди с таким медицинским прошлым всегда берут с собой выписки из карты, результаты анализов, письма от врачей, старые рецепты... Или почему она пришла одна? Нет, конечно, в двадцать шесть лет она не нуждается в сопровождении взрослых, но после такого серьезного заболевания, как лейкемия, родные обычно проявляют больше заботы.

Я вдруг поняла, что пытаюсь поймать ее на деталях.

– Какие антибиотики вы принимали после операции? – Правильно...

– Куда именно делали пересадку? – Опять верно.

– Не помните, какого вида была пересадка: аллогенная или аутологичная? – Ага, угадала...

Мне было чуточку стыдно, но я не могла остановиться.

– Как называется больница, где вы лечились?

– Центральная больница Майами.

Странное название. Надо будет проверить, есть ли такая.

– А как звали лечащего врача?

– Доктор Мэрроу.

Доктор Мэрроу! Нет, только представьте: доктор Мэрроу (*от англ. marrow – костный мозг*) занимается трансплантацией костного мозга! Хотя... почему бы и нет? Был же известный невролог сэр Уолтер Брэйи (*от англ. brain – мозг*). Может, доктор Мэрроу с иронией отнесся к выбору будущей профессии?

Уже одно это странное имя заставило меня насторожиться. Возможно, такова обратная сторона моей работы – со временем сердце черствеет, и девушка, рассказывающая свою историю без лишних эмоций, воспринимается лгуньей. Решив, что расспрашивать дальше бесполезно и даже цинично, я попросила Джудит сесть на кушетку для осмотра. Рефлексы оказались в норме – впрочем, такое часто встречается у людей с эпилепсией.

Напоследок я решила проверить кое-что еще.

– Джудит, а где был вставлен катетер Хикмана? – Я спрашивала о тонкой пластиковой трубке, через которую вводят лекарства при химиотерапии.

Джудит, даже не замешкавшись, стянула футболку и ткнула в пятнышко чуть ниже правой груди. Не шрам – обычную родинку. Совершенно не там, куда вставляется катетер Хикмана. Это был первый вопрос, на который она дала неверный ответ. Впрочем, с тех пор прошло немало времени. Джудит тогда была ребенком, она могла просто забыть...

Я попросила ее повернуться, чтобы взглянуть на спину – идеально гладкую, белую, без малейших следов от многочисленных шрамов,

оставленных биопсией. Как такое возможно?

Закончив, я велела Джудит готовиться к госпитализации, чтобы мы могли понаблюдать за ее приступами. Доказательств у меня не было, одни лишь подозрения, от которых, увы, никак не удавалось отделаться. Однако мне надо быть объективной. После ухода Джудит я набрала в поисковике «Центральная больница Майами». Как ни странно, такая и в самом деле нашлась.

Спустя пару недель Джудит приехала на обследование. Мне так и не удалось раздобыть ее старую медкарту. В больнице Майами было отделение гематологии, но доктор Мэрроу там не работал. Девушка из регистратуры хихикнула, когда я о нем спросила. Может, он уволился, ответила она. Но самое главное – там никогда не лечили онкобольных и не делали трансплантацию костного мозга. А еще у них не нашлось никаких сведений о пациентке с фамилией Джудит.

– Джудит, вы ничего не напутали? У вас не сохранились оттуда какие-нибудь документы?

– Нет.

– Я им звонила, они сказали, что такие операции никогда не делали. Может, вы лечились в другой клинике, просто ошиблись с названием?

– Не помню.

– А может быть, помнят ваши родители?

– Не знаю.

– Давайте им позвоним, надо кое-что уточнить.

– Они сейчас на работе и вряд ли ответят.

– Вы у них спросите вечером?

– Хорошо, но не обещаю, что они вспомнят.

– Ничего страшного, это на всякий случай.

На ночь Джудит поместили в палату функциональной диагностики. Что бы там ни было в ее прошлом, нам предстояло разобраться с нынешними приступами. Следующим утром медсестра сказала, что обнаружила девушку на полу без сознания. Она тогда отвлеклась на другого пациента и не знала, что именно произошло. Джудит сильно ушибла руку. К счастью, обошлось без перелома.

Я промотала видео до нужного момента. Медсестра зашла в четверть десятого. До этого Джудит весь вечер сидела на кровати: листала журнал, смотрела телевизор. Около девяти она встала и подошла к двери. Прикрепленные к голове датчики не давали ей выйти из палаты. Какое-то время Джудит вглядывалась в коридор, потом закрыла дверь. Снова пересекла комнату, встав у изголовья кровати. То, что случилось дальше,

меня просто шокировало: Джудит подняла правую руку на уровень плеча, примерилась и что было силы ударила в стену. Скорчилась от боли (меня передернуло вместе с ней, и я невольно потеряла собственную кисть), после чего ударила снова, еще раз и еще. Затем легла на пол, нарочно зацепив при этом тарелку. На звон битого стекла вбежала медсестра. Она стала приводить Джудит в чувство, та не реагировала.

И внезапно на меня нахлынула волна сочувствия, которого Джудит не удалось добиться слезливой историей про больную раком девочку. Меня невероятно тронуло, с каким простодушием она это сделала. Камера открыто висела под потолком, Джудит о ней знала и не пыталась от нее спрятаться. В этом-то все и дело – часть ее сознания хотела нам показать, что происходит. Ей в самом деле было очень плохо, и только так она смогла добиться нашего внимания.

Каждый психосоматический больной опасается, что его обвинят в том же – что он намеренно причиняет себе вред. Однако пациентов, которые сознательно симулируют болезнь, крайне мало. В среде медработников часто ходят слухи о женщине, капавшей кровью в мочу, имитируя серьезное заболевание почек. Или о мужчине, втиравшем в раны грязь, чтобы вызвать инфекцию. Правда в том, что большинство врачей сталкиваются с подобными случаями буквально пару раз за всю карьеру, а симулянты заставляют подозревать в нечистых намерениях каждого, чьи симптомы выглядят странными.

Это явление корнями уходит к личности Карла Фридриха фон Мюнхгаузена, «барона-лжеца». Синдром Мюнхгаузена – симулятивное расстройство, при котором человек искусственно вызывает у себя симптомы болезни. Делается это не ради пособия по инвалидности или денежной компенсации, а затем, чтобы получить внимание и заботу. Таких людей осуждают, над ними смеются, недооценивая при этом всю серьезность проблемы. Пациенты с синдромом Мюнхгаузена готовы принимать любые самые ядовитые препараты или ложиться под нож хирурга – вплоть до ампутации конечностей. Они могут разрушить свою жизнь, лишь бы вызвать сочувствие окружающих. Если раскрыть их замысел, они будут все отрицать, замкнутся в себе и наотрез откажутся от психологической помощи.

Синдром Мюнхгаузена практически невозможно вылечить.

К счастью, встречается он редко. Через мой кабинет прошло немало пациентов с конверсионными расстройствами, можно было бы ожидать, что среди них оказалось немало таких симулянтов. Однако на самом деле я сталкивалась с ними лишь трижды. Третьей стала как раз Джудит.

Первый случай был в самом начале моей карьеры. Женщина жаловалась на головные боли и проблемы со зрением. При осмотре выяснилось, что левый зрачок расширен и не реагирует на свет. Однако сканирование мозга никаких отклонений не выявило. Это поставило в тупик все отделение – пока медсестра не зашла случайно в туалет, где пациентка закапывала в глаз мидриатик, препарат для расширения зрачков.

Вторую такую пациентку я встретила через пять лет. На первый взгляд в Джоан не было ничего необычного. У нее случались припадки, похожие на эпилептические; правда, врачи с диагнозом не торопились. Первая серия тестов ничего не выявила, поэтому Джоан поместили под наблюдение. Первый зарегистрированный приступ случился, когда она смотрела телевизор. Второй – когда сидела в кресле. Оба раза она вдруг бледнела и медленно заваливалась набок. Судя по видео и результатам ЭЭГ, у нее случалось что-то вроде обморока. Никаких признаков эпилепсии. Но молодая и здоровая женщина не должна беспричинно терять сознание.

Первым заподозрил подвох лаборант, с которым мы смотрели видео.

– Что это она делает с платком? – спросил он.

Мы увеличили картинку и прокрутили ролик заново. А потом недоумевали, как не заметили это сразу. Джоан достала платок и вроде бы вытерла нос. Однако на замедленной скорости мы четко разглядели, что в платке лежал маленький пузырек. Джоан двумя пальцами открутила крышку и глубоко вдохнула содержимое. Затем аккуратно сложила платок и убрала в карман. А пару секунд спустя побледнела и упала на кровать.

Когда мы сообщили ей о своих подозрениях, Джоан сбежала из больницы. Мы так и не смогли проверить, что в том пузырьке. Впрочем, догадаться было несложно. В таких флакончиках хранится амилнитрит – летучая жидкость с резким запахом, которая позволяет стимулировать работу сердца. Этот препарат применяется в самых крайних случаях, потому что имеет весьма неприятный побочный эффект – резкое снижение кровяного давления, которое может привести к обмороку.

Эти случаи кажутся забавными, пока не понимаешь, что такой пациент способен причинить вред себе и окружающим. Я так и не узнала, что именно двигало Джудит. Как и Джоан, на следующий день она сбежала из больницы, не показавшись психотерапевту. Я о ней больше не слышала. Не знаю, откуда она взяла историю про лейкемию. Вычитала в книге?.. В художественной прозе не бывает таких технических подробностей; может, ее рассказ отчасти был правдой? Некоторые пациенты с синдромом Мюнхгаузена в детстве серьезно болели. А к чему был тот странный и неуместный рассказ о поездке в Диснейленд? Джудит неспроста уделила

ему столько внимания. Она упоминала, что очень злилась на сестру... Может, история про рак настоящая, только больна была другая девочка?

Люди нередко лгут врачу. Скотт чем-то напоминал Джудит, хотя мотивы у него оказались другими.

До болезни он работал грузчиком на складе. В семье Скотт обеспечивал основной доход; он платил алименты на троих детей бывшей жене, содержал свою девушку Дэбби и двоих ее сыновей. Дэбби тоже работала, но в школьной столовой платили очень мало. Поэтому, когда у Скотта начались проблемы со здоровьем и ему пришлось тратиться на лечение, в семье грянул кризис.

Впервые Скотт почувствовал боль после нескольких особенно изнурительных смен. Он взял пару выходных, чтобы отлежаться. Боль вроде бы прошла, но теперь почему-то он ощущал слабость во всем теле. Ему стало труднее подниматься по лестнице. Грузы казались вдвойне тяжелее. Изредка накатывали новые приступы боли. Через месяц Скотт не выдержал и попросился в недельный отпуск, чтобы пройти обследование. Врач назначил болеутоляющее и направил его на физиопроцедуры. Вернувшись к работе, Скотт понял, что у него проблемы: он поднимал груз, однако не мог с ним идти – ноги не слушались. Начальник перевел его на другую должность: водить погрузчик. Так продолжалось шесть месяцев. Скотту полегчало, но это была лишь ремиссия перед новым рецидивом. Вскоре он опять лег в больницу. Начальник потерял терпение и пригрозил увольнением. Впрочем, это было уже неважно – за две недели слабость в ногах усилилась так, что о работе пришлось забыть.

За год Скотта полностью парализовало ниже пояса. Он оказался в инвалидной коляске и во всем зависел от окружающих людей. Дэбби ушла с работы, они переехали из дома, где прожили десять лет, в незнакомый район в квартиру на первом этаже. Детям пришлось сменить школу.

Врачи долго передавали Скотта друг другу, не в силах найти причину его болезни. В конце концов он попал ко мне с подозрением на функциональный паралич. На электрической инвалидной коляске он заехал в мой кабинет. Рядом шла Дэбби. Скотт выглядел недовольным. Он сразу дал понять, как ему надоело выслушивать одно и то же – что врачи, мол, не знают, в чем дело. Слушая его рассказ и листая записи, я боялась, что и мне придется сказать то же самое.

Пересесть на кушетку он не сумел, пришлось осматривать его прямо в кресле. Дэбби помогла мне снять ботинки и закатать штанины.

– Как же вы дома справляетесь? – спросила я.

– Выкручиваемся, – пожал плечами Скотт.

Я осмотрела ноги. Насколько могла судить, с мышцами все было в порядке. Суставы двигались свободно. На боль Скотт не жаловался, он вообще ничего не чувствовал.

– Вы занимаетесь с физиотерапевтом? – уточнила я.

– Нет, я сама делаю с ним упражнения, – ответила Дэбби. Для Скотта она стала круглосуточной сиделкой.

Затем я попросила пошевелить пальцами. У него ничего не вышло. Я с силой надавила на стопу – он опять-таки не отреагировал. На этом осмотр закончился, и я стала опускать штанины.

– Дэбби сама справится, – остановил меня Скотт.

– Хорошо.

Усаживаясь за стол, я заметила, как Дэбби неловко натягивает носок на правую ногу. Мне показалось, что Скотт шевельнул стопой. Я стала заполнять карточку, краем глаза поглядывая на них и убеждаясь все больше: Скотт определенно ей помогал.

Все анализы указывали на одно – функциональное расстройство, так что Скотт вполне мог неосознанно двигать ногами. Такое случается.

Я сообщила, что при желании Скотт может пересдать анализы, но вряд ли они покажут что-то новое.

– Вы верите, что я парализован? – спросил Скотт.

– Да.

– Ну и зачем мне снова сдавать анализы? Признайте уже, что вы, как и все остальные, не знаете, в чем дело. И давайте с этим покончим!

Скотт ушел от меня крайне раздраженным, пообещав напоследок, что больше никогда ко мне не обратится. Я ответила, что, если он передумает, буду рада его видеть. Впрочем, этот мужчина был не из тех, кто бросает слова на ветер, и скорее всего, мы бы и впрямь больше никогда не встретились, если бы не одна досадная случайность.

Мой рабочий день как раз закончился, так что я собрала вещи и вышла. Машина стояла на парковке в десяти минутах ходьбы. Свернув за угол, я увидела впереди Скотта и Дэбби. Он ехал в инвалидной коляске, она шла рядом. Я уже почти нагнала их, когда эти двое остановились возле большого черного минивэна. Дэбби села на пассажирское сиденье. Задняя дверь автомобиля открылась. Скотт встал с коляски, поднял ее и положил в багажник, после чего занял водительское место. В этот момент я поравнялась с их машиной. Скотт повернул голову и, увидев меня в окно, отчетливо выругался.

Скотт вовсе не был невинной жертвой болезни. Таких людей очень

мало, но почему-то именно по ним судят обо всех остальных. И это ужасно. Он единственный из сотен и даже тысяч моих пациентов, кого я с уверенностью могу назвать симулянтом, но из-за него под подозрением оказываются все прочие больные с функциональными нарушениями.

Функциональные нарушения, симулятивные расстройства и симуляция – это три разных группы. Первые две – болезни, последняя – нет. Функциональные нарушения имеют подсознательную природу, и пациенты не знают, что и почему с ними происходит. При симулятивном расстройстве больные вредят себе намеренно, нуждаясь в чужой поддержке и внимании. Они не понимают, что ими движет, и не могут себя контролировать. Симуляция – нечто совершенно иное. Это умышленная имитация болезни с целью наживы: чтобы выиграть суд или избежать призыва в армию. Симулянт нарушает закон, и нужен ему не врач, а хороший юрист.

Согласитесь, вроде бы все просто? «Руководство по диагностике и статистике психических расстройств» не расценивает симуляцию как болезнь. Этим людям не назначают лечение и не оказывают врачебную помощь. Но всех ли симулянтов можно судить одинаково?

Вот женщина, бежавшая из охваченной войной страны. Она потеряла всех родных. Просит политического убежища, но безуспешно. Узнав о скорой депортации, она имитирует болезнь, чтобы избежать отправки домой.

Вот мужчина, который поскользнулся на мокром полу в магазине. Он притворяется парализованным, чтобы отсудить солидную компенсацию.

Вот молодой парень. Он рос в неблагополучной семье, родители ни дня не работали, перебиваясь на пособиях. Они не дали ребенку образование, не научили его ставить цели и добиваться их. Вполне логично, что в будущем какая-нибудь надуманная болезнь станет для него отличным предлогом не искать работу.

Все ли они одинаково заслуживают нашего презрения?

Меня часто спрашивают, как вывести симулянта на чистую воду, а я всегда отвечаю, что не стоит этого делать. Я исхожу из того, что мой пациент в самом деле болен, не трата время на поиски доказательств обратного. Кто-то с такой позицией может быть не согласен. Люди представляют, как парализованные больные дома вскакивают с кресел и танцуют джигу. Возможно, с кем-то так оно и есть – некоторым нравится обманывать систему, – но лучше смириться с их возможным существованием, чем оттолкнуть всех остальных. Я слишком часто имею дело с конверсионными расстройствами и знаю, как оскорбляет больных любой намек на сомнения.

Я написала письмо лечащему врачу Скотта, где подробно изложила увиденное: как «парализованный» пациент не только ходит, но и поднимает тяжелую коляску и водит автомобиль. Тот ответил, что Скотт судится с работодателем – якобы причиной паралича стала производственная травма. Одновременно с этим я получила запрос от юриста, который интересовался медицинским заключением. Я переслала им медкарту, к которой приложила оба письма. Не знаю, чем закончилось дело. Вряд ли Скотт добился успеха. Иногда, правда, меня грызет совесть. Мы были с ним практически незнакомы, меня крайне возмутил этот низкий поступок, но кто я такая, чтобы его судить? Он много лет трудился на тяжелой низкооплачиваемой работе, содержал две семьи. Да, Скотт выбрал неправильный путь, но, возможно, ему просто не оставалось иного выхода. Если бы мы лучше разобрались в его мотивах, то, быть может, не относились так строго...

Настоящие симулянты встречаются редко. А еще их легко разоблачить: они ведут себя не так, как обычные больные. Что бы ни заставляло человека врать, он всегда сознает свою ложь и пытается ее скрыть. Он многое недоговаривает. Избегает анализов и обследований. И не стремится, как Ивонна, любой ценой узнать причину своей болезни.

Я не знала, встречу ли когда-нибудь Ивонну снова. Пациенты, не согласные со своим диагнозом, редко возвращаются в ту же больницу. Они идут к другому врачу в надежде услышать что-нибудь новое. Или предпочитают смириться с болезнью. Иногда, очень редко, человек выздоравливает сам – и называет это чудом. Я надеялась, что Ивонна все же справится. Из-за слепоты вся ее жизнь рушилась, и так не могло больше продолжаться.

Через несколько недель Ивонна вернулась. Ее в инвалидной коляске привезла дочь. Дома Ивонна справлялась без посторонней помощи, но в незнакомых местах ей нужно было сопровождение. Дочь сказала, что Ивонна отказывается брать в руки трость для слепых.

– Ей кажется, что так она смирится со слепотой и перечеркнет тем самым надежду на выздоровление.

– Наверное, в этом есть смысл, – ответила я. – Значит, сейчас надежда все-таки есть.

Мы ведь так и не нашли следов травмы или патологии, которые доказывали бы обратное. Хорошо, что Ивонна это понимала.

– Она согласилась встретиться с психиатром, правда, нехотя... Отец возражал, – добавила дочь.

Почему-то люди считали нужным говорить вместо нее.

Я обещала организовать прием у психотерапевта и спросила, есть ли какие-нибудь вопросы. Ивонна покачала головой.

Дочь развернула кресло к выходу, но Ивонна вдруг наклонилась и взяла меня за руку.

– Если зрение не вернется, мне больше незачем будет жить. Пожалуйста, постарайтесь.

– Вы обязательно поправитесь, – только и смогла сказать я в ответ.

Полагая, что на этом все, я открыла дверь. Однако, как часто водится, самые важные и неприятные вопросы остаются напоследок. Дочь Ивонны, выкатывая кресло, вдруг остановилась на пороге и выпалила на одном дыхании:

– Если она скажет психотерапевту, что дома все хорошо, – это будет враньем!

Я разинула рот – не столько от ее слов, сколько от манеры подачи.

– Мойя!.. – Ивонна схватила ее за руку.

– Это все, что я хотела сказать. – Дочь высвободилась и покатила коляску к выходу.

С тех пор Ивонну я больше не видела, но слов ее дочери забыть не смогла. Что было дальше, я вкратце узнала из писем психотерапевта. Тот излагал некоторые факты – довольно скупое и не вдаваясь в конкретику. Неэтично обсуждать личную жизнь своего пациента, и уж тем более фиксировать его откровения на бумаге – мало ли в чьи руки могут попасть эти записи.

В первом письме сообщались важные детали касательно истории болезни, а затем приводились некоторые личные подробности.

Ивонна вышла замуж в двадцать лет. Она утверждала, что очень счастлива в браке, хотя ради него ей пришлось многим пожертвовать: уйти с работы и переехать из родного города. Ее супруг, Джеральд, придерживался консервативных взглядов. Ивонна не хотела рано заводить детей, отговариваясь юным возрастом, но Джеральд настоял, и после рождения Мойи, старшей дочери, она смирилась. Все последующие беременности также были продиктованы желанием мужа. Ивонна говорила, что «не умеет с ним спорить».

Муж целыми днями работал, Ивонна занималась детьми, однако такое распределение ролей ее вполне устраивало. Джеральд оказался прекрасным семьянином; правда, со старшей дочерью, к великому прискорбию Ивонны, их отношения последнее время разладились.

Ивонна искренне считала свой брак счастливым, хотя из ее рассказов следовало, что она всегда уступает мнению мужа. Желание работать в

магазине стало единственным серьезным поводом для несогласий в семье и (отчасти) конфликта Джеральда с Мойей. Джеральд считал эту работу бесполезной и даже унижительной, а дочь внезапно встала на сторону матери.

Решающим аргументом стал несчастный случай. Когда Джеральду сообщили о нем из больницы, он первым делом заявил, что Ивонна должна уйти с работы. Она пыталась возражать, поэтому тем же вечером Джеральд позвонил от ее имени руководству магазина и сказал, что супруга увольняется. Вскоре их спор и вовсе утратил смысл, потому что Ивонна ослепла.

Затем в письме описывалось ее нынешнее состояние. Ивонне нелегко было признать функциональную природу слепоты, но ради надежды на выздоровление она старалась изо всех сил. Дома ей приходилось нелегко. Джеральд нанял женщину следить за хозяйством и ухаживать за детьми, поэтому Ивонна чувствовала себя ненужной и очень боялась того, что будет с ней дальше.

В итоге Ивонна дала согласие на стационарное лечение в психиатрической клинике.

Второе письмо пришло через несколько месяцев.

«После четырехнедельного курса Ивонну выписали. Сперва возникли некоторые споры по поводу того, где ей жить дальше. Она хотела вернуться в прежний дом к семье, но в конце концов решила, что с дочерью будет лучше. Терапия – в том числе когнитивно-поведенческая, – кажется, была плодотворной. К Ивонне частично вернулось зрение. Мы продолжаем лечение амбулаторно».

Результаты сообщались в третьем, последнем письме.

«Раз сообщить, что зрение Ивонны полностью восстановилось. Она продолжает профилактическое лечение, хотя до сих пор, как и муж, сомневается в диагнозе. Она вернулась домой, говорит, что все хорошо, что она счастлива опять заниматься воспитанием младших детей. Поэтому выходить на работу не считает нужным».

С тех пор я иногда о ней думаю – о том, что чуть не оказала ей медвежью услугу. Ивонна мне нравилась. Мне было ее жаль. Но я не верила в ее слепоту. А потом раз за разом встречала других таких же пациентов – отчаянно сдающих одни и те же анализы и пытающихся

докопаться до причин своей болезни. Лишь благодаря им я поняла, как сильно ошибалась в Ивонне.

Я помню, как на конференции первый раз посмотрела ролик с невидимой гориллой. Гориллу я не заметила. И это меня поразило. Ладно бы я упустила нечто тривиальное, потому что разум был поглощен по-настоящему интересными событиями. Но нет, я смотрела довольно скучный ролик и при этом не заметила такой абсурд и нелепицу!

Глупо было считать Ивонну симулянткой, особенно после того, что случилось в день ее выписки. Подарив мне самодельную открытку, Ивонна все равно что доказывала свою слепоту. Если женщина хочет притвориться незрячей, она надевает черные очки и берет трость. Она не будет рисовать цветные открытки. Подарок Ивонны подтверждал, что она и в самом деле больна, просто в тот момент я не смогла этого понять.

6. Элис

Даже окрасы хамелеона при всем их многообразии уступают по количеству истерическим и ипохондрическим заболеваниям.

Роберт Уитт. «О нервных ипохондрических или истерических заболеваниях с замечаниями о нервных болезнях» (1764)

Для большинства заболеваний характерен конкретный набор симптомов. Болезнь сердца, например, выдают боль в груди и учащенное сердцебиение. Иногда, конечно, не обходится без подвоха, и пациент жалуется на отекающие лодыжки и обильное потоотделение, которые вроде бы никак не связаны с сердцем. Однако в целом кардиологические, неврологические, респираторные и прочие органические заболевания развиваются по одному сценарию, отличаясь только выраженностью симптомов.

Есть и такие заболевания, которые поражают разные органы и потому проявляются по-разному. Например, волчанка (аутоиммунное расстройство) дает о себе знать то кожной сыпью, то болью в суставах, то обычной усталостью. Ее очень сложно выявить. Многие пациенты проходят обследование у нескольких специалистов, прежде чем удастся поставить окончательный диагноз.

Однако даже волчанка не может поспорить в коварстве с психосоматическими заболеваниями, которые затрагивают *абсолютно любой* орган. А еще симптомы перемещаются из одной части тела в другую, словно мыши, удирающие от кота. Стоит обнаружить один симптом, как он исчезает, и – о ужас! – появляется что-то другое.

Я уже упоминала, что древние греки видели источник всех бед в матке. Этот «поселившийся внутри зверь», как ее тогда называли, якобы мог покинуть таз и обосноваться в горле, не позволяя больному глотать. А на следующий день перебраться в желудок, вызывая тошноту и рвоту. Как бы ни заблуждались греки, суть проблемы они подметили верно. Только по организму блуждает не матка. Это ищет себе выход депрессия.

История Элис началась с рака.

Ей было двадцать четыре года. Однажды она, принимая душ,

нащупала шишку в верхней части левой груди, возле подмышки. Элис запаниковала. В тот день она не пошла на работу, а отправилась к врачу. Терапевт, разделяя ее страхи, договорился о срочном приеме у онколога.

Вскоре Элис – за час до назначенного времени – сидела в зале ожидания онкологической клиники. Она была одна: решила не волновать семью раньше времени. Онколог внимательно ее осмотрел, но опухоль не нашел. Возможно, Элис показалось. Она с облегчением выдохнула, хотя в глубине души продолжала нервничать. С одной стороны, раз опухоли нет – это прекрасно. С другой – Элис четко помнила, какой твердой была шишка под пальцами. Вдруг врач ошибся? Чтобы ее успокоить, он назначил УЗИ и маммографию.

В день обследования Элис опять приехала на час раньше. Рентгенолог, женщина средних лет, удивилась: «О, вы намного моложе моих обычных пациенток». Болтая о погоде и забастовке таксистов, она включила прибор. Потом к ним присоединился второй врач, чтобы взглянуть на снимки, и в кабинете вдруг стало очень тихо... Рентгенолог совсем другим тоном попросила Элис подождать снаружи.

Через двадцать минут та разговаривала с онкологом.

– Элис, мы нашли опухоль. Надо поскорее определить, злокачественная она или нет, поэтому давайте сделаем биопсию прямо сейчас.

– У меня рак?

– Не будем торопиться с выводами.

Через неделю пришли результаты биопсии, которые подтвердили рак молочной железы. Предстояло сделать операцию и пройти курс химиотерапии, но сперва – сдать целый ряд анализов.

Выйдя из больницы, Элис позвонила на работу и предупредила, что сегодня не придет и ей, скорее всего, потребуется отпуск. А затем купила билет на мюзикл «Кордебалет».

– Сама не понимаю, почему я это сделала... – рассказывала она. – В голове все время крутилась мысль, что я могу вот-вот умереть, так и не посмотрев мюзикл на сцене. Впереди меня сидели две женщины, они болтали о том, куда поедут в отпуск или что приготовят на ужин мужьям... А мне хотелось рывкнуть, чтобы они заткнулись! Потом началось шоу, и на пару часов я забыла про диагноз. Странно, наверное, что в такой момент я взяла и пошла в театр.

Элис рассказала о болезни семье и самым близким друзьям. Отец настоял, чтобы Элис вернулась в родной дом. Девушка снимала жилье в центре Лондона, и ей не хотелось терять независимость, но ради отца она

тем же вечером собрала вещи. Теперь оставалось только ждать...

Все это время Элис ходила на работу, сообщив диагноз лишь непосредственному начальнику. Она не видела смысла сидеть дома и размышлять о предстоящей операции. Вскоре ей сообщили дату и время обследования. Следующие семь дней она в сопровождении отца ездила по больницам.

За это время у Элис разыгрались сильные головные боли. Сперва она не придавала им значения, списывая на стресс. Однако боль усиливалась. Элис пошла на прием к терапевту, тот позвонил онкологу, и ее срочно госпитализировали. Врачи опасались, что рак добрался до мозга. Ей тут же сделали сканирование, которое, ко всеобщему облегчению, не показало никаких отклонений. Боли, однако, не проходили. Элис назначили второе, более чувствительное сканирование – тоже безрезультатно. Затем сделали спинномозговую пункцию: вдруг рак распространяется иными путями? Раковых клеток не обнаружили; причин головной боли, впрочем, – тоже. Через неделю Элис не могла даже встать с больничной койки. Обезболивающее не помогало. Дату операции решили перенести на ближайший срок.

Несколько дней спустя Элис ампутировали левую грудь. К этому времени из Австралии примчалась ее сестра (она хотела приехать раньше, но Элис ее отговорила). Она была рядом, когда девушка очнулась от наркоза – и поняла, что голова больше не болит. Вечером заглянул хирург, заверил, что все прошло успешно, и пожелал скорейшего выздоровления.

Той ночью Элис не спалось. Около полуночи, когда отделение затихло, она почувствовала в груди неприятное ощущение, которое медленно перерастало в жгучую боль – самую сильную на ее памяти. Элис не могла дышать. Она нажала кнопку вызова медсестры. Той хватило одного взгляда на лицо девушки, чтобы позвать врачей. Первым делом Элис отправили на рентген грудной клетки. Тот ничего не показал. ЭКГ и анализ крови тоже были в норме. Чтобы снять боль, Элис вкололи морфин. От лекарств она опьянела, но дышала все равно с трудом. В конце концов медсестра сняла повязку, чтобы проверить разрез. Тот оказался чистым, все швы – на месте. Врачам оставалось лишь беспомощно развести руками. Медсестра до конца смены просидела рядом с Элис. Утром врачи опять ее осмотрели, повторили анализы – и не нашли ничего необычного.

Элис, однако, чувствовала себя лучше, и вскоре ее отпустили домой.

Через две недели начался курс химиотерапии. Врачи настаивали, чтобы Элис его прошла, хотя неплохие результаты анализов в сочетании с молодым возрастом намекали на благоприятный исход. Какое-то время ей

помогала сестра, но той вскоре пришлось вернуться в Австралию, к своей семье. Спустя несколько дней после ее отъезда Элис почувствовала в руке странное жжение. Особенно заметным оно было ночью. Постепенно это ощущение становилось сильнее, пальцы начали неметь. Однажды ночью рука вовсе отнялась. Элис тут же разбудила отца, и тот отвез ее в больницу.

Онколог снова направил Элис на МРТ. Все было в норме. Пригласили невролога, который убедился в целостности нервной системы и с помощью электромиографии проверил, доходят ли электрические импульсы от руки до мозга. Затем сделали еще одну пункцию. И опять никаких патологий. Причину паралича установить не удалось.

Следующим утром во время очередного рентгена Элис потеряла сознание. Она упала на пол и забилась в судорогах; медперсонал суетился вокруг, не зная, что делать.

Так Элис и стала моей пациенткой.

Порой стресс выплескивается столь причудливым образом, что я задумываюсь: почему именно так, а не иначе? Иногда нахожу ответ, иногда нет... Что случилось с Элис, я пока не знала – хотя в будущем мы разобрались в ее симптомах. А вот насчет Мари для меня все было очевидно с первого же взгляда.

– Я сама вам это скажу. Не я – так кто-нибудь другой. Моего мужа обвиняют в растлении несовершеннолетней.

Мари, зажмурившись, сидела напротив. Поэтому она и пришла к врачу. Две недели назад она заметила, что ей очень хочется закрыть глаза. Даже моргая, всякий раз не торопилась поднимать веки. Потом глаза стали закрываться сами собой. Сперва ей удавалось кое-как раскрыть их пальцами; вскоре и это стало невозможным.

– А знаете, что хуже всего? – продолжала Мари. – Его сдала полиции родная сестра. Как можно поступить так с близким человеком?

– Думаете, вы заболели из-за ситуации с вашим мужем?

– Нет, просто я хочу, чтобы вы поскорее меня вылечили. С девочками некому сидеть, потому что Джон в тюрьме.

– У вас есть дети?

– Две дочери. Им одиннадцать и четырнадцать лет.

У Мари был блефароспазм – непроизвольное сокращение мышц вокруг глаза, заставлявшее ее плотно смыкать веки. Обычные диагностические тесты тут бесполезны. Электромиография выявит гипертонус мышц, но спазмы могут быть вызваны как психогенными причинами, так и некоторыми заболеваниями головного мозга. Более того,

даже если блефароспазм имеет органическую природу, анализы все равно ничего не покажут. В общем, риск ошибки очень велик. Тем не менее, для врачей все-таки есть подсказки. Например, если болезнь вызвана внешними факторами, пациенту удастся с некоторым усилием приоткрыть глаза. У Мари же, несмотря на все старания, ничего не выходило, поэтому я даже без исповеди заподозрила бы, что блефароспазм вызван стрессом.

Я предложила ей обратиться к психотерапевту. Она возмущенно отказалась: кто будет сидеть с детьми, пока она тратит время на мозгоправов? Нужно, чтобы она выздоровела уже *сегодня!*.. Мы решили использовать мышечный релаксант и дали ей диазепам. Он и впрямь помог, через два дня Мари выписали.

Вот только диазепам унял симптомы лишь на время. Основную проблему так и не удалось решить. Спустя месяц организм взбунтовался, и Мари опять доставили в больницу. Ее привез сосед – увидел, как она бродит по улице в одной лишь ночной рубашке. О нашей предыдущей встрече Мари не помнила, потому что потеряла память.

Блефароспазм прошел; теперь у нее была глубокая амнезия. Мари забыла всю свою жизнь. Она не помнила, как ее зовут, что у нее есть дети, не знала, где она выросла и кем работала. Не имела понятия, что ей нравится, а что она терпеть не может. Ее личность будто начисто стерли.

– С кем сейчас ваши дочери? – спросила я.

Мари лишь молча уставилась на меня, вместо нее ответил сосед:

– У меня дома. Ее мужа выпустили под залог, но до окончания суда ему запрещено оставаться наедине с детьми.

Девочки вскоре навестили мать в больнице. Принесли кое-что из ее любимых лакомств, рассказали немного об их жизни.

– Они такие милые, – чуть позже поделилась со мной Мари.

Я провела ряд тестов. Показывала Мари картинки и спрашивала, что на них изображено. Увидев лошадь, она сказала, что не помнит точно, но ей кажется, это «нарцисс». А вот изображение яблока привело ее в настоящий восторг:

– О, я знаю, знаю! Мне девочки такое приносили. Это яблоко!

Ни на один вопрос о своем детстве она ответить не смогла.

Затем я дала ей фотографии известных людей, попросила назвать их имена и сказать, жив ли этот человек или уже умер. Мари ни разу не угадала – и это противоречило теории вероятности. Шанс ответить правильно был пятьдесят на пятьдесят.

МРТ и ЭЭГ не выявили никаких отклонений, значит, амнезия не была связана с нарушениями работы ЦНС. Скорее всего, амнезию

спровоцировал стресс. И снова Мари с негодованием отвергла это предположение. После выписки мы с ней больше не пересекались, хотя я часто думала: что именно Мари не хотела видеть, что она предпочла забыть?

Психосоматические заболевания, как и их предшественница-истерия, подобны хамелеону: всякий раз, когда врачу удастся их увидеть, они тут же меняют облик. Судороги – типичный, давно известный симптом истерии, но отнюдь не единственный.

Практически любой орган, любая система человеческого организма однажды может дать сбой. Вот женщина внезапно теряет дар речи, а через пару дней начинает говорить, но уже голосом ребенка. Мужчина забывает, как застегивать рубашку и что нужно делать с расческой. Девушка чувствует в горле странный комок, который не позволяет ей сглотнуть. Мальчик падает на землю всякий раз, когда его пытаются поставить на ноги. Конечности мечутся сами собой, словно живя собственной жизнью; глаза закрываются против воли, и их ничем не удастся открыть... Науке известны все эти случаи – и многие другие.

Даже у одного человека могут последовательно проявиться несколько вроде бы не связанных между собой симптомов. Иногда этот процесс занимает годы, иногда все происходит в течение нескольких часов или даже минут. Однако почему парализованный пациент вдруг начинает мучиться от необъяснимой боли в желудке? Многие пытались ответить на этот вопрос, и ближе всех к разгадке подошли Зигмунд Фрейд и Йозеф Брейер.

Фрейд был современником Жане и также учился у Шарко, который пробудил в нем интерес к истерии и гипнозу, а работы Жане о диссоциациях и подсознании позволили ему выстроить собственную концепцию.

В 1881 году в Австрии Фрейд получил степень доктора. Нам он известен как гениальный психоаналитик, но многие даже не подозревают, что в молодости Фрейд занимался зоологией, патологической анатомией и неврологией. В 1885 году он приехал в Париж, где прошел научную стажировку в Сальпетриере. Во Франции он прожил всего полгода, однако полученный опыт сильно на него повлиял. В письмах своей невесте, Марте, Фрейд описывал Шарко как «одного из самых великих врачей, чей ум граничит с гениальностью», который в буквальном смысле перевернул все его представления о медицине: «Иногда выхожу с лекций, окрыленный совершенно новыми идеями».

Фрейд покинул Францию, намереваясь посвятить себя изучению

истерии. Особенно его воодушевляли использование гипноза и мысль, что толчком для развития болезни может стать некая травма. Эти же интересы разделял его австрийский коллега Йозеф Брейер.

На совместную работу их вдохновил случай Берты Паппенгейм.

Болезнь Берты впервые проявилась в 1880 году, когда девушке исполнился двадцать один год. Берта была очень умна, но воспитывалась в строгой консерваторской семье. От унылой обыденной жизни она стала сбегать в мир красочных фантазий. Вскоре захворал отец; заботу о нем Берта взвалила на себя, и это подорвало ее собственное здоровье.

Первые симптомы казались безобидными: она чувствовала слабость и теряла аппетит, что легко объяснялось тревогой за отца и долгими бессонными ночами у его постели. Однако симптомы развивались: нежелание принимать пищу переросло в настоящее отвращение к еде. Берта испытывала дикую жажду, но не могла даже прикоснуться к стакану с водой. Затем появился кашель, который почему-то перерос в хронический, хотя с легкими девушки все было в порядке. Ее недуг развивался непредсказуемо: загадочные симптомы то проявлялись, то исчезали. Парализовало правую руку. Затем ноги. В глазах двоилось, и пропадало зрение. Иногда Берта не могла говорить, а потом вдруг забывала родной язык и изъяснялась только на английском.

За лечение взялся Брейер, применивший новый подход, в основу которого легли гипноз и беседы. Он вводил Берту в состояние транса и побуждал ее рассказывать о своей болезни, прослеживая, откуда взялись симптомы. Иногда им вместе удавалось обнаружить источник проблемы и избавиться от нее.

Так, например, Берта вспомнила, откуда появилось отвращение к воде. У них была одна служанка, а у той – маленькая собачка. Однажды Берта увидела, как животное лакает воду прямо из стакана. Это зрелище показалось ей столь омерзительным, что с тех пор стакан воды ассоциировался с чем-то очень гадким, хотя сам этот случай она забыла. Как только воспоминание вернули с помощью гипноза, отвращение пропало.

Фрейд стал развивать идеи Шарко, Жане и Брейера. Он предположил, что травма, особенно пережитая в бессознательном состоянии вроде гипнотического транса, может подавить определенные чувства и воспоминания. Это наблюдение подтолкнуло его к мысли, что истерия носит психологический характер. Он соглашался с мнением Жане относительно расщепления сознания, но при этом считал, что процесс диссоциации бывает не только пассивным – Фрейд верил, что нежеланные

мысли можно *умышленно* вытеснить в подсознание. Именно это, на его взгляд, происходит при истерии: психологическая травма приводит к нервному возбуждению, а то, в свою очередь, не имея иного выхода, провоцирует появление физических симптомов. Истерия наконец-то превратилась в конверсионное расстройство, а в лечении больных Фрейд стал использовать метод Брейера: разговор под гипнозом.

В 1895 году Фрейд и Брейер опубликовали совместный научный труд – трактат «Исследования истерии». Книга включала в себя пять историй о пациентах; первая глава была посвящена Анне О., под именем которой скрывалась Берта. Именно она предложила назвать этот метод «*talking cure*» (лечение разговором).

В «Исследованиях истерии» Фрейд и Брейер предположили, почему некий симптом проявляется у конкретного человека в определенный отрезок времени. В частности, они говорили о *символической* природе травмы. Например, если женщине нанесли оскорбление (все равно что дали пощечину), то негативные эмоции выражаются сильной болью в области лица. Если ей не позволено браниться и открыто высказывать свои мысли – она теряет дар речи или чувствует, будто что-то застряло в горле. Симптомы, таким образом, тесно связаны с подсознанием и являются непосредственной реакцией на травму.

Иногда симптомы вызваны болезненными воспоминаниями. Если, например, человек в тот момент ел какое-то блюдо, то в будущем его вид будет ассоциироваться с негативными переживаниями, вызывать тошноту или рвоту. А спровоцировавший симптомы инцидент, как правило, забывается.

«Истерики страдают по большей части от воспоминаний», иными словами, суть истерии в том, что некое подавленное воспоминание находит себе выход в виде физического недуга, следовательно, для излечения пациента это самое воспоминание нужно раскрыть. Фрейд и Брейер экспериментировали с гипнозом, прослеживая историю болезни вплоть до ее источника. Они обнаружили, что если болезненное воспоминание удастся переместить в бодрствующее сознание, то пациент, пережив аффект, способен излечиться. Однако это очень медленный и скрупулезный процесс, поскольку из-за малейшей неточности положительный эффект будет временным.

С момента выхода «Исследований истерии» прошло более ста лет, и за это время теория не раз подвергалась безжалостной критике. Сам Фрейд к концу жизни отказался от этих идей, сосредоточившись на методе свободных ассоциаций и анализе Эдипова комплекса. Отношения Фрейда с

Брейером прервались; многие пациенты, которых они объявили полностью излеченными, по-прежнему страдали психическими расстройствами. Берта Паппенгейм после этого лечилась в стационаре много лет.

Тем не менее, несмотря на все недостатки концепции Фрейда и Брейера, за весь последующий век нам так и не удалось приблизиться к пониманию механизмов истерии. Мы по-прежнему используем термины «диссоциация» и «символический перенос», правда, не столько потому что они в полной мере отражают суть болезни, сколько отдавая дань памяти великим ученым прошлого.

В последней версии «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств» термином «диссоциация» обозначают симптом, при котором характерно отсутствие связи с окружающим миром. Под этим подразумевается «дереализация» (чувство нереальности происходящего) или потеря собственной индивидуальности. Подобные диссоциативные расстройства лечатся у психотерапевта. С точки зрения неврологии, диссоциация может проявляться в головокружении, амнезии или обмороке. Также диссоциация до сих пор считается причиной психогенных судорог (поэтому их еще называют «диссоциативными»). Многие врачи уверены, что расщепление сознания происходит в результате сексуального насилия, хоть это и не совсем точно: согласно «РДС», диссоциация является последствием *любой* психологической травмы. Как видим, общее толкование со времен Фрейда и Жане практически не изменилось. Конечно, сегодня мы доказали несостоятельность некоторых идей (например, опровергли утверждение Жане, будто расщепляется сознание только психически нездорового человека, или Фрейда, верившего, что болезненные воспоминания можно навсегда спрятать в подсознании). Однако в целом представление о диссоциации сохранилось со времен правления королевы Виктории.

Термин «конверсионное расстройство», которым Фрейд обозначил превращение (конверсию) психического конфликта в соматический симптом, активно используется и сегодня. И это не означает, что современное медицинское сообщество всецело разделяет идеи Фрейда. Просто врачи считают это понятие наиболее удобным и не слишком унижительным для пациента.

Так что в медицине XXI века сохраняются отголоски концепций Фрейда и Жане. Даже я испытываю на себе их влияние, когда решаю особо сложную загадку – потому что иногда, совершенно неожиданно, вижу странную логику в том, как развиваются симптомы.

Сознание человека больше не считается аморфным и монолитным, в

нем выделяют несколько областей: память, внимание, восприятие и так далее. Это механизм, хранящий весь жизненный опыт человека, и ресурсы его не безграничны, поэтому ненужная с точки зрения разума информация неизбежно отсеивается. Выбор такой информации осуществляется посредством внимания, той области сознания, которая определяет, на какой объект направить восприятие. Затем этот объект оценивается. Восприятие всегда субъективно, оно зависит от личного и культурного опыта человека. Память можно разделить на эксплицитную (то, что мы помним сознательно) и имплицитную. Именно имплицитная память позволяет ездить на велосипеде после многолетнего перерыва. А еще в ней хранятся наши эмоциональные реакции даже на те события, которые мы совершенно не помним. Иными словами, эта память подсознательная.

Современные технологии позволяют воочию увидеть сознание человека. Например, МРТ показывает, в каком участке мозга сосредоточена та или иная область сознания. Конечно, современной науке еще есть над чем поработать, но уже сейчас мы знаем, что лобная доля отвечает за внимание, височные доли – за память, а ствол мозга – за восприятие.

МРТ используется и с целью доказать, что люди испытывают эмоции на подсознательном уровне. Так, например, человеку, помещенному в сканер, показывают картинки неприятного содержания: слишком быстро, чтобы он смог осознать увиденное, но достаточно медленно, чтобы мозг обработал информацию. Испытуемые не замечают каких-то изменений в своем состоянии, однако учащенное сердцебиение, зафиксированное приборами, выдает эмоциональную нагрузку, а МРТ показывает изменения в миндалевидном теле мозга. Это исследование подтверждает, что эмоции могут быть подсознательными, и отвечает за них миндалина.

Получается, мы умеем фотографировать мозг и раскрывать наши заветные секреты – и при этом неспособны понять, откуда берутся столь драматичные симптомы, как судороги или обморок, если на снимках нет явных патологий. Впрочем, способы зафиксировать, как организм – точнее, нервная система человека – реагирует на стресс, все-таки есть.

Вегетативная нервная система соединяет головной и спинной мозг с прочими органами и конечностями. Нейроны бывают разных типов. Моторные позволяют нам двигаться: если мы хотим поднять руку, головной мозг передает сигнал, и мышцы совершают нужное действие. Сенсорные, напротив, передают импульсы мозгу, давая возможность оценить ощущения, как приятные, так и неприятные. Есть отдельная группа нейронов, которые управляют функциями организма вне зависимости от воли человека. В частности, они отражают эмоциональное состояние.

Нервная система оплетает все органы, контролирует кишечник, мочевой пузырь, потовые железы, регулирует размер зрачков, сужает и расширяет кровеносные сосуды, замедляет или ускоряет сердцебиение. Вегетативная нервная система, в свою очередь, подразделяется на симпатическую и парасимпатическую. Название симпатических нервов происходит от понятия «симпатия», которое использовал Гален. Они определяют нашу реакцию на опасность, готовят организм к борьбе или бегству: именно благодаря им сердце бьется чаще, потеют ладони и пересыхает во рту. Парасимпатические нервы осуществляют бессознательный контроль над телом в момент расслабления.

Нервная система, как и любая другая, не всегда работает должным образом. При столкновении с опасностью в дело вступают симпатические нервы; стимулировать организм они должны временно, пока угроза не минует. Однако если человек живет в состоянии постоянного стресса, симпатическая нервная система также все время активна. Наши тела не очень хорошо приспосабливаются к такому состоянию: учащенное сердцебиение или повышенное кровяное давление вредят организму. В случае с Полин, например, именно стресс препятствовал опорожнению мочевого пузыря и вызывал боли в кишечнике из-за чрезмерной активности мышц.

Другую возможность для реакции организма на стресс обеспечивает гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая (ГГН) ось. Она выполняет функции нервной и эндокринной систем. Гипоталамус вырабатывает гормоны, которые поступают в гипофиз, а тот в свою очередь производит АКТГ, стимулирующий секрецию кортизола надпочечниками. Кортизол играет важную роль в метаболической и поведенческой реакции на стресс. Помимо этого он, что очень важно, выступает в роли регулятора ГГН оси: превышение уровня кортизола подавляет гипоталамус и гипофиз, тем самым фактически отключая производство гормонов. Эта отрицательная обратная связь позволяет заблокировать чрезмерную реакцию организма на стресс. Если же мы наблюдаем сбой в работе ГГН оси – либо не вырабатываются гормоны, либо не происходит «отключение» – это в обоих случаях сигнализирует о том, что заболевание носит психосоматический характер.

Впрочем, вегетативная нервная система и ГГН ось позволяют объяснить далеко не все психосоматические симптомы. Нарушение работы симпатических нервов не может привести, например, к психогенному параличу конечностей. Осознанное движение начинается с импульса в коре головного мозга, который по моторным нейронам передается поперечно-

полосатым мышцам. Вегетативная нервная система ответственна за работу кишечника и кровеносных сосудов, но никак не рук или ног. Или, допустим, симпатические нервы могут снизить артериальное давление – а вот привести к судорогам, развивающимся на фоне нормальной мозговой активности и работы сердца, они уже не способны.

Получается, что изменения сердечного ритма или моторики кишечника можно объяснить с медицинской точки зрения, а большую часть конверсионных расстройств – нет. В начале XX века ученые пытались найти им обоснование, изучая подсознание и его реакцию на эмоциональный стресс. Позднее врачи стали искать другой подход. Кое-кто предположил, что источник болезни не обязательно лежит в подсознании, что истерия – болезнь поведенческая или социальная. Теория Фрейда и Жане базировалась на том, что симптомы всегда вызваны травмой, но многие пациенты отрицают влияние стресса. В 1970-е профессор Исси Пиловски (университет Аделаиды) подчеркивал значимость поведения как самого пациента, так и его окружения. Согласно этой концепции для заболевания вовсе не требуется толчок в виде травмирующего события; все зависит от того, как люди оценивают те или иные свои симптомы. Некоторые с излишним вниманием относятся к любым реакциям своего организма, тем самым их усугубляя. Другие пытаются болезнью оправдать свое неумение взаимодействовать с социумом.

С этой теорией также связано представление о психосоматических расстройствах как о болезнях восприятия. Люди не умеют объективно оценивать свое самочувствие. Боль или усталость нельзя измерить, врачам остается лишь полагаться на слова пациента. Некоторые симптомы, однако, удается зафиксировать, и, сравнив объективные данные с жалобами больного, можно получить неожиданные результаты. Например, тремор, очень распространенный психосоматический симптом, измеряют с помощью актиграфа. Пациент носит прибор в виде браслета, который круглосуточно записывает все движения руки. Проанализировав данные, врач делает вывод о силе и частоте возникаемой дрожи. Параллельно с этим пациент ведет дневник приступов, где практически всегда утверждает, что тремор не прекращался, в то время как данные актиграфа свидетельствуют о долгих периодах покоя. Пациент не врет; просто из-за переживаний он проявляет излишнюю бдительность. Подобного рода наблюдения повышают вероятность того, что большая часть симптомов вызвана не болезнью, а нашими собственными страхами.

Наверное, наибольшего прорыва в понимании психосоматических

расстройств нам удалось достигнуть, когда мы ушли от разделения мозга и сознания. Мы больше не считаем, что это нечто совершенно разное. Не бывает так, что мозг здоров, а разум болен. Люди с заболеваниями головного мозга, вроде эпилепсии или рассеянного склероза, часто страдают от депрессии. У пациентов с шизофренией, в свою очередь, наблюдаются аномалии на снимках головного мозга. Да, психосоматические заболевания возникают в разуме, но эта патология неизбежно отражается и на физическом уровне.

Поэтому многие современные исследования сосредотачиваются именно в области нейробиологии. Пусть провокатором психосоматического заболевания выступает стресс, но что именно во время приступа происходит с человеческим мозгом? Особое внимание в таких исследованиях уделяют результатам МРТ. Как я уже говорила, у пациентов с функциональными расстройствами наблюдаются некоторые отклонения. Для людей с нарушениями чувственного восприятия характерна сниженная активность в сенсорной области мозга. У больных с мышечной слабостью повышена активность миндалевидного тела, отвечающего за внимание, и лобной доли мозга, контролирующей движения. Некоторые исследования выявили также активность в префронтальной коре правого полушария.

Проблема в том, что мы не знаем, как эти изменения правильно понимать. Они могут означать, что психосоматические заболевания вызваны именно *нарушениями работы* головного мозга. Или, напротив, свидетельствовать о нейропластичности мозга, его способности изменяться, подстраиваясь под повреждения организма. В таком случае это *симптом* болезни, а не ее причина. Или, возможно, МРТ просто отражает те усилия, которые прикладывает пациент, чтобы шевельнуть парализованной конечностью; и сами по себе эти данные ничего не значат.

Как бы там ни было, МРТ дает нам интересный повод для размышлений и подсказывает, что причина психосоматических заболеваний, возможно, лежит не только в разуме. И все же одних результатов МРТ недостаточно. Исследования, как правило, охватывают малое количество пациентов, результаты варьируются, их не всегда возможно повторить... Подобные отклонения наблюдаются и у больных с органической дистонией или эпилепсией; нельзя говорить, что психосоматические заболевания в этом плане являются чем-то уникальным. Да и выводы исследований во многом умозрительны – ученые пытаются подогнать полученные результаты под определенную теорию. В общем, хотя данные МРТ показывают отклонения от нормы, это еще не подразумевает наличие заболевания головного мозга – зато подтверждает

реальность заявленных симптомов.

Психосоматические симптомы уже не считаются, как в прошлом, символическим отражением душевного расстройства. Однако за целый век со времен Фрейда, Шарко и Жане мы толком не продвинулись в раскрытии загадок истерии.

Симптомы Элис ничего не символизировали. Они отразили ее собственное представление об онкологии. Элис была младшим ребенком в семье. В возрасте двенадцати лет ей пришлось наблюдать за медленной смертью матери.

Той было сорок шесть, когда в груди обнаружили опухоль. Все началось как у Элис, только болезнь развивалась быстрее. Еще до операции врачи заметили увеличение лимфатических узлов – значит, раковые клетки распространились по всему телу. Это неизбежно повлекло за собой курс химиотерапии. От Элис больше не могли скрывать происходящее. Девочка видела, как мать, прежде полная жизни, угасает на глазах. Родители хотели до конца лечения отправить Элис к родственникам, но она отказалась. Она была достаточно взрослой, чтобы понимать: химиотерапия помогает далеко не всем...

Вскоре матери сделали операцию по удалению молочных желез и пораженных лимфатических узлов. За ней последовала лучевая терапия, призванная окончательно уничтожить раковые клетки. Семья Элис получила краткую передышку. На голове матери появились крохотные волоски, и Элис поверила, что самое страшное позади. Счастье оказалось недолгим. Однажды мать пожаловалась на сильную стреляющую боль в руке. Рука стала слабеть, в конце концов потеряла подвижность и сильно распухла. Оказалось, что из-за лучевой терапии пострадали нервы плеча. Не самые приятные новости, конечно, но семья была рада хотя бы тому, что это не рак.

В течение следующего месяца мать набирала потерянный вес, а вместе с ним – и силы. Однако потом из-за сильной рези в животе началась рвота, и женщина снова резко похудела. В печени обнаружили метастазы. Врачи беспомощно развели руками.

Элис с братьями и сестрой заботились о матери до последнего, пока рак не добрался до позвоночника. Ей оставались считанные дни. Врачи могли бы с помощью стероидов снять симптомы, чтобы дать женщине умереть дома. Однако времени им не хватило. Она угасла в больнице, в окружении родственников. От постановки диагноза до смерти прошел один год – невыносимо долгий и кошмарный.

Смерть матери сильно повлияла на Элис. Весь этот год она не отходила от нее ни на шаг; за оставшееся им время они пытались наверстать упущенное.

Наблюдая, как в больнице заботятся о пациентах, Элис обещала матери стать врачом. Спустя шесть лет она сдержала слово: поступила в медицинский университет, еще через пять – получила диплом. Она была рада, что успела поделиться с матерью своими планами на будущее. Правда, та не знала, что Элис практически сразу после окончания университета сама заболела раком.

Узнав страшную новость, Элис едва нашла силы сообщить о своей болезни семье. Отцу она позвонила спустя целые сутки. Сказать лицом к лицу она не рискнула – слишком хорошо помнила ужас в его глазах. Как только все стало известно, семья вновь сплотилась. Родственники настояли, чтобы она переехала к отцу и больше не ходила по врачам в одиночестве. Элис знала, что ее поддержат, – но в каждом проявлении заботы она видела, как родные примеряют на нее судьбу матери.

– Лучше бы, наверное, я им не говорила...

Отец сопровождал ее при каждом визите в больницу. Он решил, что Элис не должна узнавать страшные новости в одиночестве. Отца Элис очень любила. Он растил ее после смерти матери, с ним были связаны самые яркие воспоминания детства. Ей хотелось, чтобы он был рядом, но вскоре она поняла, что не может откровенничать с врачами в его присутствии – тем самым она практически заставляла его заново переживать смерть жены. Она не могла задавать вопросы, зная, что он тоже слышит неутешительные ответы. Спустя какое-то время она попросила его оставаться дома. Он нехотя согласился, но по-прежнему настаивал, что будет отвозить ее и забирать после процедур. Элис знала, как он боится, что однажды она не выйдет из дверей больницы.

Она рассказала мне о ночи после операции.

– Мне было очень неудобно. Я не могла уснуть. Не из-за боли, нет. Просто на меня слишком многое навалилось. Из-за повязки надо было лежать на спине, а я к этому не привыкла. Плюс незнакомая узкая кровать и холодная палата. Сестра не отходила от меня весь день, вечером навестили другие родственники. Вроде все было хорошо, и я сказала сестре, чтобы та ехала домой. Я, мол, уже большая девочка, сама врач, все со мной будет нормально... А потом, когда выключили свет, мне вдруг стало страшно. Я забыла, что уже взрослая, в голову полезли всякие мысли. Я слишком хорошо знала, как часто после операции бывают осложнения: что можно занести инфекцию или порвать швы... Я много вариантов успела

придумать. И вскоре мне стало по-настоящему больно. Внутри раны словно кто-то копошился. Я буквально видела, как начинается заражение. С каждым часом становилось все хуже. Знаю, звучит смешно, но мне тогда было жутко. Ближе к утру показалось, что с каждым вздохом швы расходятся. Я кое-как заглянула под повязку и увидела что-то черное. И сразу решила, что это гангрена. Понятно, что такого быть не могло. Однако в четыре утра в пустой палате как-то не до здравого смысла. Чем больше я об этом думала, тем сильнее становилась боль. В итоге пришлось позвать медсестру. Я ей пожаловалась, она вызвала врачей, они начали бегать, проводить всякие анализы... Думаю, именно из-за этой суевы воображаемая боль стала реальной. Может, все прошло бы, если бы кто-то сказал: «Эй, девочка, да все с тобой нормально!».

– Знаете, сложно не отследить параллель между вашими симптомами и тем, как развивалась болезнь вашей матери.

– Я знаю, что с рукой не было ничего серьезного. Не могу объяснить... Умом я все понимала, но боль и слабость казались такими реальными, что это было словно взаправду. Мне не делали облучение и лимфатические узлы не удаляли, поэтому и осложнений быть не могло. И все же боль не проходила.

– А потом, когда пришли результаты анализов?..

– Сразу стало лучше, и я почувствовала себя полной дурой. Зря я на них согласилась...

– Постарайтесь не думать сейчас как врач. Будьте пациентом. Пусть в больнице сами решают, какие процедуры вам нужны.

Элис была милой девушкой и нравилась всем врачам и медсестрам. Правда, иногда ей казалось, они любезничают с ней, потому что она тоже медик. А еще она чувствовала, что они не знают, как с ней общаться. Стоит ли с ней разговаривать как с обычным пациентом или делать скидку на то, что она врач? Впрочем, персонал больницы вел себя сдержанно, при разговоре в меру использовал медицинские термины и в целом не выделял Элис из числа прочих больных. И это было справедливо. Когда Элис поинтересовалась, означают ли нормальные результаты анализов, что рак полностью побежден, онколог осторожно ответил: «Раковые клетки могут находиться в мозгу или других органах, так что простите, скрининг-тест не дает стопроцентной гарантии».

В «Исследованиях истерии» Фрейд рассказал историю фрейлейн Элизабет. Среди прочих своих симптомов она страдала от постоянной боли в ноге. Фрейду удалось выяснить, что боль происходит из определенного места на бедре, куда умирающий отец клал распухшие стопы, когда

Элизабет меняла ему повязки. Смерть отца стала для нее ужасным потрясением, которое сфокусировалось именно в этой точке. Тем же самым объяснялась и мигрень Элис – когда врач сообщил диагноз, он утешающе погладил девушку по голове.

– Был еще один идиотский случай, о котором я никому не рассказывала. Я шла однажды по городу, разглядывая витрины. Стояла промозглая дождливая погода. Вдруг я почувствовала, как немеет правая нога. Пришлось остановиться и размять ее, чтобы вернуть чувствительность; только онемение никуда не делось. А час спустя стало еще хуже, нога разболелась так сильно, что я еле могла идти. Мне стало страшно. Вдруг это рак добрался до позвоночника и теперь разъедает ведущие к ноге нервы? Тут и спина заныла... Я решила вернуться домой. Села на диван и сняла обувь. И только сейчас заметила, что носок насквозь мокрый. В ботинке продырявилась подошва, поэтому я чуть ли не босой ногой шла по ледяным лужам. В общем, все оказалось нормально. Просто из-за рака я переживала так сильно, что малейшее недомогание сразу списывала на болезнь.

Теория символов призывает искать в симптомах глубокий смысл. Однако с психосоматическими расстройствами не все так просто. Иногда, как это было, например, с Мэри, я могу объяснить символическое значение болезни: Мэри явно не хотела видеть того, что сделал ее муж, или помнить об этом. Однако гораздо чаще физические симптомы проявляются под влиянием жизненного опыта пациента (как личного, так и социального), его представлений о болезни или знаний о собственном теле.

В психиатрии есть такое понятие – *амок*, оно обозначает вспышки агрессивного поведения, свойственные жителям Малайзии и ближайших регионов. Человек впадает в это состояние безо всякого повода, начинает бросаться на окружающих или умышленно вредить себе. Жертва амока практически всегда погибает от своей или чужой руки. В малазийской культуре такое поведение считается болезнью, вызванной одержимостью злым духом. С больного, таким образом, снимается вина, он становится жертвой, ему находят оправдание – чего никогда не случилось бы с человеком, совершившим суицид более традиционным образом.

Согласно «Руководству по диагностике и статистике психических расстройств» *амок* относится к числу культурно-ограниченных синдромов, которые характерны для определенной социокультурной среды и за ее пределами не встречаются. Например, *коро* – состояние, свойственное азиатским мужчинам, страх перед втягиванием пениса; во избежание этого пациенты придерживают гениталии рукой. Или, например, *синдром*

«прыгающего француза из штата Мэн», поразивший однажды группу лесорубов, в результате чего они стали испуганно реагировать на любой, даже малейший шум или прикосновение. Или *гризи сикнис*, который наблюдался у женщин племени мискито в Центральной Америке, выражаясь в виде тошноты, головокружения и приступов безумия, вплоть до обморока. Общество, культура и суеверия формируют наши представления о собственном организме и приемлемых формах выражения стресса.

Свою роль в популяризации симптомов играют и средства массовой информации. В 1990-е, например, многие пациенты были убеждены, что у них кандидоз – потому что газеты и журналы наперебой публиковали статьи об этой болезни, превратив ее в настоящую эпидемию. Один из веб-сайтов, например, среди признаков кандидоза перечислял раздражительность, чувство усталости, зуд в ушах, вздутие живота, потерю внимания и жажду сладкого. СМИ подробно описывали симптомы, и люди шли в больницу, самостоятельно поставив себе диагноз. На самом же деле *Candida* – довольно безобидный грибок; он, конечно, может привести к развитию некоторых болезней вроде молочницы у женщин, но опасность представляет разве что для пациентов с иммунодефицитом. Со временем люди перестали спрашивать о кандидозе. Теперь в моде пищевые аллергии. Недавно я была на званом ужине, где каждый пятый жаловался, будто у него непереносимость глютена, лактозы или иного продукта питания. Причем аллергия развилась уже в зрелом возрасте, что, в общем-то, большая редкость. Люди хотят найти причину своих недомоганий, но упрямо не желают объяснять их неправильным образом жизни, стрессом или старением. СМИ же рады подсказать красивый ответ. Люди охотно поддаются внушению. Спроси у пациента, есть ли у него зуд в ушах, будто это важный симптом, – человек подумает и, скорее всего, ответит положительно.

Немаловажное значение в развитии психосоматических заболеваний играет и личный опыт. Вот девушка несколько раз теряет сознание. Спустя месяц у нее развиваются псевдоэпилептические приступы: организм, вдохновленный естественной реакцией, ищет новые способы выразить стресс. Многие люди, страдающие диссоциативными припадками, в прошлом сталкивались с болезнями, которые они имитируют: либо в раннем детстве у них были судороги, либо кто-то из окружения болен эпилепсией. Или, допустим, у мужчины развиваются сильные головные боли, после того как у его друга диагностировали опухоль мозга. Другой ухаживает за родственником, больным рассеянным склерозом, – и у него

самого начинаются спазмы.

Служба здравоохранения не проводит масштабных исследований в области психосоматических заболеваний, поэтому мы не можем отследить каждый симптом до его источника, как это делал Фрейд. Зачастую мы ограничиваемся тем, что ставим пациенту диагноз и обеспечиваем ему психиатрическую терапию, не пытаясь докопаться до истоков болезни.

Я не закидываюсь всякий раз на вопросе, почему конкретный симптом возник именно у этого пациента: психосоматические расстройства слишком непостоянны, чтобы пытаться это объяснить. Они мутируют, одна проблема стремительно сменяется другой, вынуждая все время быть начеку.

«Прошу НЕ НАЗНАЧАТЬ новые лекарственные препараты и НЕ ПРОВОДИТЬ любые обследования, предварительно не обговорив со мной план лечения».

Такую запись на обложке медкарты всех своих пациентов я стала делать спустя полгода после начала работы неврологом. Я пишу красной ручкой, используя заглавные буквы и дважды подчеркивая фразу (этому я научилась у пациентов, не раз присылавших в мой адрес гневные жалобы в попытке до меня докричаться).

На самом деле мне хочется написать другое: *«Никаких инвалидных колясок, костылей, болеутоляющих и ЛЮБОГО РОДА ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ».*

В моей практике было много подобных случаев, но Лорна запомнилась тем, что из-за нее меня выдернули из постели посреди ночи. Мне позвонил дежурный врач и сообщил, что Лорну повезли на операцию, но по дороге у нее начались судороги, и никто не знает, что теперь делать. Буквально за пару часов до этого я оставила Лорну в палате функциональной диагностики, подключенную к прибору ЭЭГ – и вот кто-то, черт возьми, уже собрался ее резать!

Лорна жаловалась на, в общем-то, привычные симптомы: хроническую головную боль, боль в суставах, периодические боли при мочеиспускании, изредка трудности с глотанием... Ко мне она пришла из-за обмороков, и я не сомневалась в их диссоциативной природе, хотя, как всегда, явных доказательств не было. Когда я заглянула к ней тем вечером, она даже не обмолвилась о новых симптомах. А теперь мне говорят, что к ней вызвали дежурного врача, потому что Лорна пожаловалась на сильную боль в животе. Врач сразу назначил анализы и передал ее хирургам. Температура тела оказалась повышена, в анализе крови тоже были

отклонения: некоторые показатели опасно приближались к верхней границе нормы. Лорна плакала от боли, поэтому ей дали морфин. Врачи сошлись на том, что у нее, несомненно, приступ острого аппендицита. Ее отключили от оборудования и повезли в операционную. Сомневаюсь, что кто-то вообще счел нужным заглянуть в медкарту.

Держа в руках телефонную трубку, я представляла, какая суета сейчас царит в отделении. Ночь – время покоя, но крики Лорны наверняка всех перебудили. Другие пациенты недоумевают: «Что с бедной девушкой? Почему ей никто не поможет?» Врачи и медсестры чувствуют себя не в своей тарелке – что бы они ни делали, Лорне лучше не становится, она кричит все громче. Паника нарастает. Наилучшим выходом будет усыпить ее и поскорее отвезти в операционную.

Морфин не отключил Лорну полностью, лишь опьянил, чтобы врачи могли спокойно подготовить ее к операции. Анестезиологу сказали только, что она обратилась в больницу из-за обмороков и не принимает никаких медикаментов. Он был совершенно не готов к тому, что пациентка вдруг окаменеет, выгнется колесом и забьется в судорогах, молотя руками и ногами по операционному столу. Ей хотели дать снотворное, но она вырвала катетер из вены и билась так сильно, что новый поставить не смогли. И тогда позвонили мне.

Я взяла такси и примчалась в больницу. Нужную палату нашла сразу: крики слышались на другом конце коридора. Лорна лежала на полу. Хирург удерживал ей ноги, две медсестры прижимали руки. Под головой у нее лежали подушки, чтобы она не разбила голову. Лорна вырывалась с такой силой, что трое взрослых едва могли ее удержать.

Рядом стоял анестезиолог, он был в ярости.

– Почему девочку не лечат от эпилепсии?! – рявкнул он, стоило мне приблизиться.

На языке крутился язвительный ответ, но я смолчала; вместо этого повернулась к остальным и попросила их отойти от Лорны.

– Если мы ее отпустим, она покалечится, – возразил хирург. Он был очень молодым и, казалось, вот-вот заплачет.

Я заверила, что так надо, и попросила всех, кроме одной медсестры, выйти из палаты. Оказавшись на свободе, Лорна, конечно же, забилась в судорогах еще сильнее. Молодой врач стоял на пороге и удивленно на меня смотрел, готовясь перехватить пациентку по первому же слову. Вместо этого я повторила просьбу удалиться и оставить Лорну в покое.

Когда в палате остались лишь мы трое, я скрестила пальцы наудачу, надеясь, что не ошиблась. Лорна съехала в сторону и теперь ногами

молотила по железному столу. Мы с медсестрой сдвинули мебель к стенам; все это время я убеждала Лорну прийти в себя. Скоро и впрямь все закончилось – так же неожиданно, как и началось. Лорна замерла. Часто дыша, она лежала на спине с закрытыми глазами. Мы с медсестрой обменялись радостными взглядами. Через пять минут Лорна пришла в себя, ничего не помня о случившемся.

Я предоставила ее заботам медсестры, а сама вышла в коридор, чтобы поговорить с остальными врачами, надеясь скоро вернуться в постель. Увы, разъяренный анестезиолог и хирург тут же поинтересовались, можно ли делать операцию. «Вы что, так ничего и поняли?» – хотела съязвить я, но вместо этого сдержанно просила их подождать, потому что Лорне диагностировали соматизированное расстройство, и боль в животе может пройти сама, так же как и судороги.

Хирурга убедить не удалось, и он позвонил заведующему отделением.

– У пациентки жар, повышенное содержание лейкоцитов в крови и сильная боль в животе, – сказал тот, когда мне передали трубку. – Ее надо оперировать.

– На самом деле температура в пределах нормы, лейкоциты – тоже. Эти показатели еще ни о чем не говорят. Возможно, они слегка завышены из-за судорог, – не согласилась я.

После недолгого спора мы решили, что стоит повторить анализы и немного подождать, а в случае ухудшения сразу везти Лорну в операционную. К утру боль исчезла, и вопрос насчет операции отпал сам собой. Когда я заглянула к ней на следующий день, Лорна не очень-то мне обрадовалась. Впрочем, я была счастлива уже тому, что с момента госпитализации ей не стало хуже. Это был лучший результат, на который мы могли рассчитывать.

Я встречала многих пациентов, которым делали бесполезные операции, после чего они находили новый способ выразить свою душевную боль. Двоим я сказала, что их припадки носят диссоциативный характер, а на следующий день увидела, как они передвигаются на костылях: судороги прошли, зато появились проблемы с опорно-двигательным аппаратом. Стоит опровергнуть один диагноз, как тут же появляются симптомы другого заболевания, и все начинается снова.

Разорвать этот порочный круг нелегко. Психосоматическая болезнь сродни наркотической зависимости – она столь же разрушительно действует на организм, и от нее крайне сложно избавиться. Многие зависимые переключаются на что-то другое, якобы менее вредное: вместо наркотиков выбирают сигареты, вместо курения налегают на еду... Если

болезнь стала для человека своеобразным «костылем», от нее нельзя отказаться просто так, ее надо чем-то заменить – и удастся это далеко не всегда.

7. Рейчел

Что значит имя? Роза пахнет розой, хоть розой назови ее, хоть нет.

Уильям Шекспир. «Ромео и Джульетта» (1597).

Некоторые психосоматические расстройства бывают очень необычными, даже уникальными. Другие встречаются так часто, что симптомы наверняка проявлялись если не у вас, так у кого-то из вашего окружения; хотя большинство людей поспорили бы с таким диагнозом. Сама природа психосоматических симптомов располагает к отрицанию, потому что объективно оценить их невозможно.

Все мы воспринимаем свои ощущения по-разному, хотя механизм их обработки одинаков. Пахучие молекулы раздражают рецепторы носа, или барабанная перепонка улавливает вибрации, в результате возникает импульс, который по нервам попадает в мозг. Точно так же информацию передают сенсорные и моторные нейроны. Мы можем замерить скорость, целостность и направление сигнала, и эти данные у разных людей не будут ничем отличаться. Нерв – всего-навсего пучок волокон, состоящий из клеток, по которым струится поток ионов, что-то вроде электрического провода. Удалите его из организма – и он по-прежнему будет передавать импульсы, словно все еще находится в человеческом теле. Для функционирования ему не нужен мозг. Реакция нерва на раздражитель всегда стандартна, а вот наше восприятие – уже нет.

Кому-то нравится запах духов, кому-то – не очень. Один обожает массаж ног, другой не выносит даже малейшего прикосновения к ступням. Меняется порог болевых ощущений, способность выносить жару или холод, любовь к тем или иным вкусам и запахам. Все мы по-разному воспринимаем боль или, например, усталость.

С медицинской точки зрения, усталость – самый загадочный симптом. Как оценить усталость? Все люди время от времени устают, но только сам человек знает, что он при этом испытывает. Для врача постоянная усталость пациента говорит о многом и в то же время ни о чем. Если нет других видимых симптомов, причина повышенной утомляемости может крыться в мозге, или в сердце, или в крови... Это симптом целого ряда

болезней: рассеянного склероза, волчанки, диабета, рака, ВИЧ, заболеваний щитовидной железы, анемии, заболеваний сердца, целиакии и так далее. Более того, постоянная усталость может и не иметь никакого отношения к болезни. Это неотъемлемая часть нашей жизни, возникающая всякий раз, когда мы с головой погружаемся в работу или отчего-то мучаемся бессонницей.

Еще одна особенность усталости в том, что она вызывает мало сочувствия у окружающих. Если вам звонит коллега и просит завтра его подменить, потому что он устал, вы вряд ли обрадуетесь. Если у любимого человека на работе выдался тяжелый день, вы, может быть, и пожалеете его на словах... а про себя подумаете, что и сами не раз испытывали усталость, и ничего, не страшно, при необходимости вы пересиливаете себя – почему же это не могут сделать другие? В крайнем случае, надо хорошенько выспаться, и наутро всю усталость снимет как рукой...

Проблема в том, что чувство усталости можно лишь описать словами, его нельзя зафиксировать и измерить количественно. Когда я говорю, что устала, я сравниваю свое нынешнее состояние с тем, что испытывала раньше, это единственный критерий, на который я могу опираться. Если точка отсчета – мое собственное самочувствие, откуда мне знать, что происходит с другими?

Один из способов отличить *обычную* усталость от симптома болезни – это реакция на отдых. Если причина утомляемости в том, что я перетрудилась, то, взяв выходной и выспавшись, я почувствую себя лучше. Однако бывает и так, что отдых облегчения не приносит – и тогда мы говорим о синдроме хронической усталости.

Люди в коридоре расступались перед Рейчел, медленно ехавшей в инвалидной коляске к дверям моего кабинета. Из-за стульев, стоявших тесными рядами, проход был узким. Люди поджимали ноги и брали детей на руки, чтобы те не путались под колесами. За коляской шли двое – мужчина и женщина, родители Рейчел. Я хотела ей помочь, но меня остановили:

– Она должна хоть что-то делать сама.

Поэтому я молча стояла и смотрела, как девушка кое-как, из последних сил, двигает коляску вперед. Очутившись в кабинете, Рейчел попросила минутку отдышаться. Еще не выслушав ни одной жалобы пациентки, я поняла, в чем ее проблема.

Первые симптомы проявились три года назад. Рейчел тогда училась в школе искусств, рассчитывая в будущем стать профессиональной танцовщицей. Танцевать она любила с детства; в шесть лет мать отдала ее

на уроки балета. Чуть позже она стала заниматься современным танцем и джазом, в двенадцать пошла на курсы актерского мастерства. Однажды к ним заглянул кастинг-директор, который искал ребенка на главную роль в телевизионной рекламе. Он выбрал Рейчел. В своем окружении на какое-то время она стала настоящей звездой. В шестнадцать лет Рейчел окончательно решила связать свою жизнь с танцами и поступила в школу искусств.

Помимо танцев Рейчел вела очень активный образ жизни. Каждое утро выходила на пробежку, при любом удобном случае плавала или играла в теннис. В общем, Рейчел никогда не сидела на месте.

Проблемы начались после первого курса. Она только что вернулась из Америки, где провела летние каникулы. Казалось бы, девушка должна приступить к учебе, полная сил и энергии. На деле же вышло обратное. Сперва она стала засыпать на лекциях, постоянно клевала носом, даже если всю предыдущую ночь крепко спала. Это вскоре отразилось на успеваемости. Рейчел, однако, больше волновалась о другом. Хотя педагоги отмечали ее талант, Рейчел знала, что мало кому из танцоров удастся сделать сольную карьеру. Она старалась выделиться, стать в классе лучшей – что отнимало последние силы.

На тренировках не обходится без травм, поэтому в школе работал спортивный физиотерапевт, следивший за физическим состоянием учеников. Рейчел однажды пожаловалась ему, что после занятий у нее опухают суставы и ноет нижняя часть спины. Тот рекомендовал комплекс упражнений для укрепления позвоночника и ног, однако проблему это не решило. Более того, вскоре Рейчел заметила, что энергичные танцевальные па даются ей не так легко, как остальным ее ровесникам. Она с трудом удерживала равновесие, несколько раз падала. Возможно, обычные травмы вовсе ни при чем...

Вернувшись на каникулы домой, она рассказала обо всем родителям. Они очень встревожились. Мать отвела ее к терапевту, который заподозрил рассеянный склероз или мышечную дистрофию и направил девушку к неврологу. Тот, впрочем, сразу опроверг возможность неврологического заболевания и даже не назначил анализы.

Следующий семестр стал для Рейчел испытанием. Она постоянно мучилась от боли. Не могла заниматься танцами, потому что тренировки обычно длились по два с лишним часа – она столько не выдерживала. На лекциях ей тоже не удавалось сосредоточиться. Просматривая потом тетради, она вместо конспекта обнаруживала бессмысленный набор слов.

В конце концов учителя предложили ей взять академический отпуск,

отправиться домой и решить свои проблемы. Не описать словами, какой ужас испытали родители, когда Рейчел, вся заплаканная, однажды вечером постучала в их дверь.

Врачу она рассказала, что постоянно чувствует усталость. Все тело ломит, словно после трудного выступления. Она едва может двигаться, все валится из рук. Рейчел отказалась не только от танцев, но и от утренних пробежек.

На этот раз невролог взял у нее анализ крови и назначил электромиографию, чтобы проверить целостность нервной системы. Результаты оказались в норме. Однако состояние девушки ухудшалось, она рисковала будущей карьерой, поэтому врач предложил сделать мышечную биопсию на тот случай, если у Рейчел нервно-мышечное заболевание. И опять анализы ничего не выявили. Невролог не сумел поставить диагноз, поэтому мать повела Рейчел к другому специалисту – ревматологу. Тот назначил практически те же анализы и пришел к тому же выводу: у симптомов Рейчел нет видимых причин.

Следующие два месяца родители смотрели, как тает их энергичная спортивная девочка. Сон не приносил ей отдыха, поэтому большую часть дня она в полудреме лежала на диване. Энергии не хватало даже на самые простые занятия вроде чтения. Рейчел почти ничего не ела, она сильно исхудала.

Мать стала искать подобные случаи в Интернете – и нашла. О миалгическом энцефаломиелите она уже слышала, но никогда не примеряла его симптомы к дочери. Теперь же она убедилась, что у Рейчел именно МЭ. Найдя в Сети контакты специалиста в этой области, мать записала Рейчел на прием.

Врач с большим интересом выслушал ее историю и первым делом спросил о недавней поездке в Штаты. Перед самой болезнью Рейчел две недели провела у родственников в Вашингтоне. Врач уверенно заявил, что знает, в чем дело: у Рейчел болезнь Лайма, инфекционное заболевание, передающееся через укусы клещей; оно распространено в некоторых регионах США. Врач предложил сдать кровь на анализ, но так как результаты могли прийти лишь через несколько недель, антибиотики он назначил сразу.

Спустя пару дней лекарства подействовали. Рейчел не верила своему счастью. Ее переполняли силы, она начала нормально есть, набрала вес, ежедневно ходила на долгие прогулки. Рассчитывала в скором времени вернуться к танцам.

А потом пришли результаты анализа – и тот оказался отрицательным!

– Не волнуйтесь, – заверил ее врач. – Анализ не всегда бывает точным. Раз антибиотики помогли, значит, диагноз поставлен верно.

Завершив лечение, Рейчел решила вернуться в школу искусств. Хорошие отметки до болезни сыграли в ее пользу, и ее восстановили на том же курсе. Однако стоило приступить к занятиям, как она почувствовала прежнюю боль и усталость. Рейчел решила, что переусердствовала с непривычки, проконсультировалась с врачом, и тот предложил повторить курс антибиотиков. На этот раз, однако, улучшения не последовало. Ей снова пришлось бросить учебу.

Теперь врач сказал, что инфекции больше нет, но она дала осложнение в виде синдрома хронической усталости. Он назначил болеутоляющее и физиопроцедуры. Ничего не помогало. Рейчел становилось все хуже, она перестала выходить из дома. Не могла ни на чем сосредоточиться, даже уследить за сюжетом телепередачи. Когда администрация школы поинтересовалась, ждать ли возвращения девушки в текущем году, родители все-таки признали: учеба под большим вопросом. Ей разрешили сдать экзамены за этот курс чуть позже. На выздоровление отвели четыре месяца.

Рейчел отправилась к другому ревматологу. Тот не согласился с поставленным диагнозом и сказал, что у нее депрессия.

– Конечно, у меня депрессия! Потому что я уже несколько месяцев валяюсь на диване и ничего не делаю. Так я ему и сказала, и он сразу заткнулся.

Ревматолог предложил принимать антидепрессанты и обратиться к психотерапевту; девушка отказалась.

Изредка наступали периоды облегчения, но уже на следующий день болезнь разыгрывалась с новой силой. Рейчел спала по шестнадцать часов в сутки. Родители переоборудовали спальню и поставили там обеденный стол, потому что дочь не могла ходить по лестнице. Купили инвалидную коляску, чтобы иногда вывозить ее на свежий воздух.

За две недели до начала нового учебного года отец позвонил в школу и сообщил, что Рейчел не вернется.

Не в силах и дальше оплачивать лечение в частной клинике, родители попросили терапевта выдать им направление к государственному врачу. За следующие полгода Рейчел осмотрели два ревматолога, иммунолог и невролог. Один снова сказал, что у нее депрессия. Второй диагностировал фибромиалгию и выписал болеутоляющее и антидепрессанты.

– Это что, ваш излюбленный метод лечения? – иронично поинтересовался у меня отец.

В конце концов Рейчел согласилась встретиться с психологом. Тот передал терапевту результаты ее тестирования, согласно которому у нее было развитие шестилетнего ребенка.

– Это потому что вы не боретесь с болезнью, – пояснил ей врач.

– Представляете? – возмутилась Рейчел. – А еще он заявил, что мне надо куда-нибудь съездить, развеяться. Или найти себе парня!

Родители снова обратились за помощью к Интернету и нашли врача, заведовавшего клиникой для больных миалгическим энцефаломиелитом. Терапевт согласился выдать направление, и вскоре Рейчел с восторженным волнением сидела в очереди на прием в окружении родственных душ. Она разговорилась с соседкой, и та рассказала историю, словно списанную с жизни самой Рейчел.

– Психолог рекомендовал мне заняться спортом – сразу, мол, все пройдет, – негодовала та, и Рейчел впервые за многие месяцы рассмеялась.

После беседы с врачом Рейчел почувствовала, что наметился некоторый прогресс:

– Он первый, кто мне поверил!

Врач предложил Рейчел лечь в больницу, чтобы сдать некоторые анализы и при необходимости пройти дополнительное обследование, а потом они вместе выберут стратегию будущего лечения.

– Когда я вышла из его кабинета, мне было лучше, чем за весь прошедший год. Он убедил, что хочет помочь! Но он меня обманул...

– Он всех нас обманул, милая. – Мать взяла Рейчел за руку.

В назначенный срок Рейчел явилась в больницу. Она сразу заподозрила неладное, не успев даже дойти до палаты. Мужчина за стойкой регистратуры предложил им с матерью следовать за оранжевыми стрелками на полу, ориентируясь на указатели для психиатрического отделения. Увидев, как у Рейчел вытянулось лицо, мать поспешила ее успокоить:

– Не волнуйся так. Он просто хотел сказать, что психиатрическое отделение находится где-то рядом.

Про себя же она молилась, чтобы эти слова оказались правдой.

Пять минут спустя они в ярости стояли возле запертой двери психиатрического отделения. Рейчел хотела развернуться и сразу поехать домой, но мать решила сперва узнать, «что, черт возьми, происходит!». Они нажали кнопку вызова персонала, их проводили в палату, где мать потребовала пригласить руководство. То, что было дальше, иначе как «обманом» не назовешь. Старшая медсестра уверяла, что хотя палата «технически закреплена» за психиатрическим отделением, на самом деле в

ней проходят лечение только пациенты с синдромом хронической усталости и сопутствующими расстройствами. Рейчел объяснениям не поверила, однако выбора у нее не было, поэтому она решила остаться на одну ночь.

Все прошло не так плохо, как она опасалась. Она делила палату с тремя пациентками, все ее возраста, у каждой диагностирован миалгический энцефаломиелит. Общение с людьми, которые понимали, что она чувствует, пошло Рейчел на пользу – хотя польза эта была сомнительной. У одной из девочек болезнь зашла так далеко, что та вот уже пять лет не могла даже сидеть. А другая, как ни странно, не показывала никаких признаков усталости – она легко спрыгивала с кровати и бегала в ванную. Рейчел не знала, чей пример расстраивает ее сильнее.

Утром, когда пришел врач, Рейчел сразу спросила, почему их палата в психиатрическом отделении.

– Потому что мы оказываем психиатрическую помощь.

– Вы психиатр?

– Да.

– Вы должны были мне сказать.

– Простите, я был уверен, что вы знаете, к кому идете на прием. Может, вас успокоит, что мы специализируемся на лечении именно миалгического энцефаломиелита? Здесь работают не только психотерапевты, но и другие специалисты, которые помогают справиться с физическими симптомами.

– Я не сумасшедшая.

– Конечно же нет.

Рейчел все-таки уговорили остаться.

Пересиливая себя, она приступила к выполнению плана лечения. Увиделась с физиотерапевтом, оценившим ее состояние и разработавшим комплекс упражнений разной сложности. Затем – с эрготерапевтом, который расспросил ее о планах на будущее.

– Представьте, что вы полностью выздоровели – кем тогда станете?

– Я снова стану собой. Танцовщицей, а не калекой в инвалидной коляске.

– Отличная цель. Но это займет немало времени, мы должны двигаться маленькими шажками. Каким будет ваш первый шаг?

– Самостоятельно дойти от кровати до ванной.

– Прекрасно! Что ж, давайте начнем!

Очень неохотно Рейчел пошла на встречу с психотерапевтом: слишком уж свеж в памяти был предыдущий опыт. С большим удивлением она

обнаружила, что психиатры бывают разными. Этот не засыпал ее вопросами, а внимательно выслушивал все, что она говорит.

Вечером позвонила мать – и голос Рейчел звучал довольно бодро. На следующий день, однако, она была уже не в столь радужном настроении. Оно испортилось после занятия с физиотерапевтом. Рейчел согласилась попробовать пару упражнений, но они оказались слишком сложными.

– А врач все твердила: «Ты можешь, давай, старайся, у тебя все получится», словно я ничего не делала.

Рейчел вытерпела четыре дня. На пятый она сидела в зоне отдыха, как вдруг у одной из пациенток началась истерика. Забившись в угол, девушка вся в слезах жаловалась на врачей. Рейчел позвонила матери и попросила ее забрать. Перед выпиской врач поинтересовался, в чем дело.

– Он думал, что сумеет меня уговорить и я останусь. Буду и дальше терпеть издевательства. Надо было сразу уйти, в первый же день.

Это случилось за год до нашей встречи. За это время она на шаг не приблизилась к выздоровлению. Я сопереживала ей – и в тоже время понимала, какие на меня возлагают надежды.

Я попросила Рейчел лечь на кушетку для осмотра, понимая, что вряд ли у нее получится: кушетка была высокой; даже с помощью отца Рейчел не смогла бы туда забраться. В неврологии это не редкость, нам часто приходится иметь дело с парализованными пациентами, и при необходимости я осматриваю их прямо в кресле. Однако Рейчел все-таки решила встать. От невероятных усилий у нее вздулись вены, ее шатало из стороны в сторону. Все затаили дыхание, готовясь подхватить девушку, если она вдруг упадет. Может, этим жутковатым зрелищем Рейчел пыталась показать мне, какую непосильную задачу я перед ней поставила? Вдруг она чувствовала, что еще не убедила меня? Пришлось осадить свои подозрения и напомнить себе, что «убедить» – вовсе не то же самое что «преувеличить» или «обмануть».

В конце концов Рейчел сдалась. Осматривая ее в кресле, я спросила:

– Вы согласны с диагнозом «синдром хронической усталости»?

Врачи действуют так же, как и пациенты, – поддерживая вроде бы формальный диалог, пытаются понять, что на самом деле думает собеседник. С Рейчел, правда, подобные хитрости не понадобились.

– Нет, – отрезала она. – Вы что, меня не слушали? У меня нет синдрома хронической усталости. У меня миалгический энцефаломиелит. Усталость – это обычное состояние для каждого человека. То, что творится со мной, этим словом назвать нельзя. Устал – значит, не высыпался или переработал. Отдохнул немного, и жизнь снова наладилась. Я – не устаю,

из меня будто выкачивают жизнь.

– Да-да, вы правы, миалгический энцефаломиелит. Простите.

– Вы же видите, как мне плохо?..

Похоже, Рейчел боялась, что я ей не верю.

– Рейчел, я ни капли в этом не сомневаюсь. Я не знаю лишь, смогу ли вам помочь. Я посмотрела результаты анализов, выслушала вашу историю и готова подтвердить диагноз «миалгический энцефаломиелит». Вряд ли новые анализы изменят ситуацию.

– Не хочу я больше анализов. Я хочу, чтобы меня лечили. Я слышала, что могут помочь интерфероны, которые используются при лечении больных рассеянным склерозом. Назначьте мне их!

– Рейчел, эти препараты очень опасны, и миалгический энцефаломиелит ими не лечат – это запрещено. Я никак не могу их вам выписать.

– Да плевать, насколько они опасны. Это моя жизнь, не ваша!

Рейчел рывком (и откуда только взялись силы?) вытащила из сумки пачку газетных вырезок и распечаток.

– Вы же видите, в каком она состоянии. Если так, должны понимать, что терять ей нечего, – добавил отец. Мать молча вытирала глаза платком.

– Простите. У меня нет права.

– Вы просто хотите сказать, что государственная страховка не покроет оплату этих лекарств! – вскипел отец.

– Тогда мы уедем в Америку, – добавила Рейчел. – Однако я не хочу, я имею право лечиться на родине.

– Интерфероны запрещено применять в лечении МЭ во всех странах. Еще раз простите.

Рейчел думала, что я знаю способ ее вылечить, просто упрямлюсь. А может, она считала себя жертвой государственной политики в области здравоохранения. Однако дело было не в деньгах и не в страховке. Четверть миллиона людей в Великобритании и еще как минимум два миллиона в США страдают от миалгического энцефаломиелита (иначе известного как синдром хронической усталости). Все эти люди в определенной степени зависят от своего лечащего врача: чьи-то жалобы проигнорируют, кому-то назначат бесполезные обследования; одним выпишут антидепрессанты, другим рекомендуют нетрадиционные методы лечения... Особенно не везет тем, кто обращается к врачам, практикующим альтернативную медицину. Один «специалист» на своем веб-сайте утверждал, что успешно лечит МЭ воздействием на «биологическое поле» пациента; не менее популярны иглоукалывание и витаминные добавки. В лучшем случае

возникает эффект плацебо, в худшем пациент, из которого выкачали деньги, разочаровывается в возможностях медицины. Не считая подобных индивидуальных «открытий», МЭ во всех развитых странах лечат одинаково, и девушке в любом случае, где бы она ни жила, не назначат иммуномодулирующую терапию.

Иногда пациенты все-таки уговаривают врача пойти вопреки своим убеждениям. Возможно, я не вылечу Рейчел – но хотя бы избавлю ее от риска подобных экспериментов. Жаль только, что она упрямо стояла на своем.

– Согласитесь, что у больных МЭ проблемы с иммунитетом? – настаивала она.

– Это серьезное заболевание, которое до конца так и не изучено.

– Бесполезно, – махнул вдруг рукой отец. – Мы лишь теряем здесь время.

Мать громко всхлипнула, невольно озвучивая общие мысли. Все мы испытывали отчаяние. Рейчел словно карабкалась на высокую гору, но всякий раз, когда она думала, будто достигла вершины, выяснялось, что впереди еще более крутой склон. Я боялась, что она не дойдет до конца дороги, – потому что ее тернистый путь ведет в никуда.

Синдром хронической усталости (СХУ) не раз менял названия и становился объектом научного интереса. В XIX веке его предка называли неврастенией, и ему приписывали немало симптомов: постоянную усталость, невралгические боли, боли в суставах, депрессию, бессонницу, беспокойство, упадок сил, головную боль... Отличительная черта неврастении заключалась в том, что сон, каким бы долгим он ни был, не приносил больному облегчения. Пациенты демонстрировали крайнюю степень истощения, хотя явных тому причин не было. Первое наиболее полное описание болезни датировано 1869 годом, и принадлежит оно перу американского врача Джорджа Бирда.

Бирд считал неврастению органическим заболеванием. Он верил, что истощение является результатом чрезмерного напряжения мозга и нервной системы, поэтому болезнь поражает прежде всего успешных людей, занимающихся умственным трудом. Возникновение неврастении он связывал с ускорением темпа жизни во второй половине XIX века. В общем, это была болезнь интеллектуалов и предпринимателей.

Неврастения имела много общего с истерией. И в том, и в другом случае врачи не видели причин болезни, симптомы были многочисленными, но не смертельно опасными. Впрочем, была у

неврастении одна особенность. Если истерия поражала (как тогда считалось) только женщин, то неврастения стала прерогативой мужчин. Причем нервное истощение считалось более «достойным» заболеванием. Эпидемия неврастении случилась как раз в тот момент, когда истерия стараниями европейских врачей уходила в небытие. К началу XX века неврастения стала «*maladie a la mode*» в Париже и самым популярным диагнозом на Харли-стрит.

Раз появился диагноз, появились и методики лечения. Наибольшую популярность получил способ Уйэра Митчеля. Этот невролог из Филадельфии вынуждал больных соблюдать полный покой, запрещая им двигаться, читать и разговаривать. Пациенты не могли встать даже для справления естественных нужд, им приходилось пользоваться судном. Экстремальный отдых в сочетании с принудительным кормлением жирной пищей мог длиться месяцами. На подобном «лечении» многие врачи сколотили целое состояние.

Со временем неврастения повторила судьбу истерии. Врачи стали лучше разбираться в физиологии человека, и идея об истощении нервной системы утратила правдоподобность. Удалось доказать, что «полный покой» Уэйра Митчеля совершенно неэффективен, несмотря на всю свою дороговизну. Однако окончательно перевернул представления о неврастении тот факт, что болезнь поражает не только богатых и успешных мужчин, но и представителей рабочего класса и даже женщин! Неврологи, прежде дравшиеся за каждого пациента, теперь повернулись к ним спиной. Как только болезнь перестала быть уделом богатых, она превратилась в нечто постыдное.

Неврастения отошла на второй план, хотя этот диагноз ставили вплоть до середины XX века. Она по-прежнему считалась органическим заболеванием, изредка выступая как деликатная альтернатива депрессии. Усталость, конечно, никуда не делась, просто врачи стали оценивать ее иначе. Одним больным ставили диагноз «меланхолия», у других усталость воспринимали как побочный симптом инфекции или отравления химическими веществами.

В середине XX века понятие синдрома хронической усталости и вовсе пропало из арсенала врачей. Лишь цепочка, казалось бы, несвязанных между собой событий на разных концах света вновь пробудила к нему интерес.

В 1955 году на севере Лондона в Королевской общедоступной клинической больнице случилась эпидемия загадочной болезни, вскоре охватившая и медперсонал. Пострадали более двухсот человек, больницу

пришлось закрыть на два месяца. Симптомы напоминали грипп в сочетании с мышечной и головной болью, усталостью и провалами в памяти. Летальных случаев не было, причину эпидемии так и не нашли. Врачи предположили, что пациенты страдают от необъяснимого воспаления мозга и нервной системы. Тогда-то и появился термин «миалгический энцефаломиелит», сокращенно «МЭ».

Затем в разных местах последовали новые вспышки заболевания, правда, в меньших масштабах. Ученые пытались найти возбудителя инфекции, всякий раз с ликованием объявляли, что им удалось это сделать, – а чуть позднее их открытие опровергали.

В 1984 году ЦКЗ зарегистрировал около 120 случаев заболевания в городе Инклайн-Виллидж (штат Невада) общим населением 6000 человек, причем у каждого больного был свой набор симптомов, в частности головокружение, онемение, ломота в суставах и усталость. Сперва, как и в предыдущих случаях, врачи не могли понять, с чем имеют дело, однако после целого ряда тестов им удалось выявить в крови пациентов антитела к вирусу Эпштейна-Барра (ВЭБ). Теория о том, что синдром хронической усталости связан с ВЭБ, актуальна и по сегодняшний день. Энтузиазм ее поклонников не охлаждает даже тот факт, что у большинства людей, когда-либо заразившихся ВЭБ и, значит, имевших к нему антитела, синдром хронической усталости так и не проявился.

Именно в 1980-е годы возникло понятие «синдром хронической усталости». Разразилась эпидемия. Газеты и телешоу наперебой кричали о загадочной болезни. Люди, много лет страдающие от СХУ, получили шанс если не на выздоровление, то хотя бы на терапию. И снова врачи завели старый спор: можно ли считать неврастению болезнью?

В простейшем понимании СХУ обозначает чувство невероятной усталости, которое пациент испытывает более полугодом и которое нельзя объяснить конкретной психической или физической болезнью. Миалгический энцефаломиелит – это синоним СХУ, но большинство пациентов, особенно на территории Великобритании, предпочитают именно этот термин. С моей стороны довольно безрассудно говорить о СХУ/МЭ в книге, посвященной психосоматическим заболеваниям, потому что уже много лет не утихают споры между теми, кто считает синдром хронической усталости болезнью органической, и теми, кто видит в ней расстройство психики.

Довольно заманчиво прикрыться сейчас чужим мнением. Гроза разразится в любом случае, чью бы сторону я ни заняла. Один профессор в Великобритании сообщал, что в его адрес регулярно поступают угрозы. Он

ведущий специалист в области СХУ – при этом его обвиняют в том, что он препятствует научным исследованиям. Большую часть жизни он посвятил решению этой загадки, а его осуждают за бездействие. Он разработал наиболее эффективную программу лечения – его поливают грязью: мол, предоставил больных самим себе. Главный грех этого врача в том, что он *психиатр* и в своей работе акцентирует внимание на психических процессах, регулирующих чувство усталости.

Я мыслю не столь узко. Я считаю, что психологический фактор, может, и не является основной причиной синдрома хронической усталости, но как минимум оказывает влияние на развитие болезни. Уверена ли я? Нет, конечно, этого никто не знает наверняка. Однако меня убеждает отсутствие любых физических патологий, которые могут спровоцировать СХУ. С другой стороны, это заболевание часто сравнивают с рассеянным склерозом или СПИДом, причины которых тоже нашли далеко не сразу. Однако в случае с рассеянным склерозом физическую природу заболевания подтверждали определенные неврологические симптомы, а в крови больных СПИДом даже до открытия вируса иммунодефицита находили отклонения, которые свидетельствовали о вирусном характере заболевания.

Практически все больные МЭ/СХУ опасаются, что в их случае ошиблись с диагнозом. На самом деле долгосрочные исследования синдрома хронической усталости, как правило, подтверждают первичный диагноз, если он был поставлен по всем правилам, и доказывают невозможность последующего развития органического заболевания. А еще, согласно этим же исследованиям, полное выздоровление практически невозможно... Болезнь зачастую длится десятилетиями.

Всемирная организация здравоохранения относит МЭ/СХУ к неврологическим расстройствам. Впрочем, это скорее вопрос терминологии, нежели реальное положение дел. Сами неврологи очень не любят понятие «миалгический энцефаломиелит», потому что энцефаломиелит в буквальном смысле означает воспаление головного и спинного мозга, обычно вызванное инфекцией или аутоиммунным заболеванием. Болезнь очень серьезная и часто приводит к смерти. Воспаление отчетливо видно на снимках, в анализах крови и спинномозговой жидкости, в то время как в случае с МЭ/СХУ ни один анализ не выявляет отклонений; мышечная и нервная системы также функционируют должным образом. Поэтому большинство неврологов предпочитают не иметь дел с больными МЭ/СХУ. Не то чтобы тех считают симулянтами – просто не знают, какую помощь им можно оказать. Во время учебы я не раз видела подобных пациентов; неврологи обычно

направляли их к другим специалистам: иммунологам или эндокринологам. Сейчас я с ними практически не пересекаюсь, поэтому диагностировать и назначать лечение мне не приходится, но у многих пациентов с диссоциативными припадками в медкарте есть упоминание о МЭ/СХУ, и сам этот факт весьма красноречив.

Пациенты с МЭ/СХУ при споре с врачом часто ссылаются на научные публикации, авторы которых обосновывают органическую природу болезни. Действительно, при всем многообразии работ, посвященных синдрому хронической усталости, некоторые из них вполне убедительно доказывают вину определенных инфекций. Впрочем, даже если болезнь спровоцирована вирусом, все равно непонятно, почему после гибели возбудителя синдром продолжает развиваться – если только это не психологическая реакция больного.

У некоторых пациентов наблюдаются нарушения иммунной системы, однако результаты этих исследований непоследовательны и довольно противоречивы, поэтому всерьез воспринимать их, пожалуй, не стоит. Совсем недавно ученые обратили внимание на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую (ГГН) ось, которая, как мы помним, управляет реакцией на стресс. Обследование больных МЭ/СХУ выявило нарушение в работе различных ее звеньев. Значит, болезнь можно объяснить недостаточной выработкой гормонов при воздействии стрессогенного фактора (физического или психологического). Вот только подобные отклонения опять-таки зафиксированы далеко не у всех пациентов.

Ни одно научное исследование не дает полного объяснения синдрому хронической усталости, однако они подтверждают, что системы организма не функционируют должным образом, следовательно, болезнь и в самом деле имеет место быть. Даже если МЭ/СХУ вызван нарушением психики, сами по себе его симптомы *реальны*.

Получается, это и впрямь соматизированное расстройство? Как правило, синдром хронической усталости не относится к их числу, но это еще не значит, что он не имеет ничего общего с психосоматическими заболеваниями. Его симптомы носят необъяснимый с медицинской точки зрения характер. Больные демонстрируют ту же модель поведения и склонны отрицать психическую природу заболевания. У них можно выявить диагностические признаки депрессии (которая, в частности, проявляется в виде усталости и нарушений сна).

Однако в куда большей степени синдром хронической усталости и психосоматические расстройства объединяет другое: окружающие склонны не воспринимать его как болезнь. Впрочем, об этом, наверное, лучше

спросить четверть миллиона пациентов, которым поставили диагноз СХУ на территории одной лишь Великобритании. Эти люди страдают уже много лет, и мы не можем закрывать на них глаза. Всем нам, кого не коснулась эта болезнь, надо решить, готовы ли мы относиться к ним со всем уважением, вне зависимости от того, что стало причиной заболевания: вирус или расстройство психики?

Важно признать, что у больных МЭ/СХУ есть серьезный повод для возмущений. Многие люди – даже медработники! – расценивают усталость не как симптом, а как проявление чисто человеческой лени. И пусть МЭ/СХУ встречается не так часто, думаю, многим из нас приходилось общаться с подобными больными, и мы при этом, увы, относились к ним слишком цинично.

Поэтому-то Рейчел злилась во время нашей с ней беседы: слишком часто она встречала осуждение и стремилась доказать, что ее болезнь не связана с психическими расстройствами. Однако у подобного отрицания есть и обратная сторона. Иногда чем яростнее пациент отвергает малейшую возможность воздействия стресса, тем больше подозрений возникает у врача. Я часто слышу фразы вроде «до болезни у меня все было замечательно, ни малейшего повода для депрессии» и думаю: как такое возможно? Лично в моей жизни ни один день не обходится без волнений, пусть даже самых легких и незначительных. Пациенты с эпилепсией тоже охотно соглашались с мыслью, что их приступы спровоцированы сильными эмоциями. Стресс во много раз усиливает все: и эпилепсию, и диабет, и астму, и мигрень, и псориаз... Почему же этого не может быть в случае с психосоматическими болезнями и СХУ? Чем вызвано столь странное поведение больных? Может, они опасаются говорить о своих проблемах, чтобы врач не увидел в них источник болезни и не поставил ошибочный диагноз? Или потому, что не могут признаться? У людей с конверсионными расстройствами часто встречается алекситимия – неумение описывать собственное эмоциональное состояние. Спросите такого человека после приступа, что он чувствует, и вам ответят лишь «устал» или «замерз», без малейшего намека на переживания и чувства. Возможно, те, кто отрицают воздействие стресса, и в самом деле его не испытывают, потому что в их случае он выражается иначе.

К счастью, МЭ/СХУ – не самое распространенное заболевание. Психосоматические нарушения в чистом виде также встречаются довольно редко, по крайней мере, когда речь идет о параличах и судорогах. В целом же для этих болезней характерен весьма широкий диапазон симптомов: от причудливых до самых прозаических. Психосоматические расстройства

диагностируются у одного человека из ста, но отдельные симптомы, не влияющие на здоровье, бывают у каждого четвертого.

Многие пациенты обращаются к гастроэнтерологу с жалобами на боли в животе, хотя желудочно-кишечный тракт в порядке. Самое распространенное объяснение – синдром раздраженного кишечника (СРК), развитие которого также тесно связано с эмоциональным перенапряжением (хотя пациенты, как и в случае с СХУ, это отрицают). СРК выражается и в других симптомах (в частности, депрессии и тревожном состоянии), его часто диагностируют в детском возрасте. Многим моим пациентам с конверсионными расстройствами предварительно ставили диагноз СРК, и эта взаимосвязь опять-таки вызывает подозрения.

Усталость – довольно распространенный симптом, но боль все равно встречается чаще. В ревматологии, например, врачи сталкиваются с необъяснимой мышечной болью или болью в суставах. В таком случае они ставят диагноз «фибромиалгия» – хронический болевой синдром, выражающийся мышечно-скелетной болью в одиннадцати из восемнадцати болезненных точек и сопровождающийся общим чувством усталости; причем эти заболевания – фибромиалгия и СХУ – имеют так много общего, что врачи рассматривают их как разные проявления одной и той же болезни.

Неврологи чаще всего имеют дело с хронической мигренью или так называемой тензионной головной болью. Лечат ее преимущественно с помощью антидепрессантов, психологической интервенции и расслабляющей гимнастики – что говорит само за себя. Хроническая головная боль обычно сопровождается перепадами настроения и прочими характерными симптомами МЭ/СХУ и СРК.

Необъяснимая боль является наиболее распространенным симптомом в клинической практике врача любой специальности. В кардиологии это некардиальные боли в грудной клетке; в гинекологии – хронические тазовые боли; в урологии – боль при мочеиспускании. В то же время это отнюдь не единственный симптом. Пульмонологи часто сталкиваются с необъяснимой одышкой. Дерматологи – с зудом и кожными высыпаниями, которые появляются и исчезают сами собой. Офтальмологи – с нарушениями зрения, отоларингологи – с потерей слуха... Диагноз МЭ/СХУ ставится не так часто, но с жалобами на хроническую усталость обращается в среднем десять процентов больных. Диссоциативные судороги также встречаются довольно редко, однако у каждого пятого пациента с подозрением на эпилепсию приступы носят неэпилептический характер. Ревматологи не могут объяснить примерно тридцать процентов

случаев, терапевты общей практики – пятьдесят, а к гинекологу с жалобами на загадочные боли обращаются шесть женщин из десяти. Огромные цифры, доказывающие, что нельзя отрицать взаимосвязь эмоционального благополучия и физического здоровья. Оставалось лишь убедить в этом Рейчел.

Сэмюэль Джонсон как-то сказал: «Путы привычек обычно слишком слабы, чтобы их ощутить, пока они не станут слишком крепки, чтобы их разорвать». Я могла помочь Рейчел, но для этого ей требовалось сменить модель поведения. Мы никак не могли найти общий язык, поэтому я сделала акцент на том единственном, что не подлежало отрицанию: с каждым днем болезнь прогрессировала.

В этом Рейчел со мной согласилась.

– Выходит, ваше лечение результатов не приносит?

– Очевидно, так.

– Раз вам нечего терять, может, попробуете другой вариант?

– Смотря что вы предложите.

Рейчел была согласна только на химические препараты, в то время как единственным более-менее результативным вариантом лечения СХУ на сегодняшний день считается комплекс физических упражнений в сочетании с когнитивно-поведенческой терапией (КПТ). И это отнюдь не чудодейственное средство, а тяжелая работа над собой, которая по плечу далеко не каждому. Я напомнила Рейчел, что, если диабетика не помог первый укол инсулина, он не выкидывает шприцы, а увеличивает дозу. Если астматика не подходит одно лекарство, он просит выписать ему новое. То же самое с синдромом хронической усталости: для кого-то эффективен один курс лечения, для кого-то – другой. Рейчел меня не слушала. Она не хотела лечиться, она хотела, чтобы ей изменили диагноз. Впрочем, ее тоже можно понять. СХУ – тяжелое заболевание с весьма неутешительным прогнозом, которое к тому же не вызывает сопереживания у окружающих.

Очень важно, в какой форме врач сообщает пациенту его диагноз. От этого зависит исход болезни.

«У вас гастроэнтерит. Вот таблетки, принимайте согласно инструкции, через неделю все должно пройти». В итоге вы знаете, чего ждать, надеетесь на лучшее и можете сообщить о своей болезни друзьям. И то, как вы это сделаете, определит их отношение.

Допустим, у меня кашель и насморк. Я говорю всем, что у меня простуда, самочувствие так себе, но через пару дней станет легче. А могу

преувеличить свои страдания и сказать, что это грипп, и мне очень-очень плохо. Или могу признаться, что у меня псевдогрипп – и вместо ожидаемого сочувствия заработать лишь пару недоуменных взглядов.

Неврастения, истерия, меланхолия, депрессия, синдром хронической усталости, синдром иммунной дисфункции, миалгический энцефаломиелит, псевдогрипп – все эти названия как ярлыки навешивают на пациента, формируя его отношение к болезни. Если вы целый год провели в четырех стенах, потеряли работу и оборвали все отношения, нетрудно связать свои неудачи с диагнозом «псевдогрипп». Подобные случаи я наблюдаю с незавидной регулярностью, когда сообщаю пациентам, что их судороги вызваны не эпилепсией. Прежде я называла такие приступы «психогенными». В результате происходил следующий диалог:

- У вас приехогенные неэпилептические приступы.
- Вы что, хотите сказать, я псих?!
- Вовсе нет.
- И как, по-вашему, я сообщу об этом начальству?
- Просто скажите о судорогах. Не вдавайтесь в конкретику.
- Они затребуют официальный документ из больницы.
- Я не буду писать подробности, это останется только между нами.

Затем пациент направляется к психотерапевту. Спустя какое-то время он приходит ко мне на повторный прием.

– Врач сказал, что такие припадки называются диссоциативными. Вы что, сразу не могли сказать?

За годы моей практики название менялось не раз. Сперва долгое время они определялись как «псевдоэпилептические». «Псевдо» – значит ложный или мнимый. Разве можно признаться в таком диагнозе любимому человеку или боссу? Сейчас мы чаще говорим «неэпилептические приступы». Однако по моему опыту, это определение слишком размыто, пациент часто остается с ощущением, будто ему и вовсе не поставили диагноз.

Поэтому я изначально предпочитала термин «психогенные неэпилептические приступы». Он делает акцент на психологической природе судорог. Если пациенту удастся принять эту мысль, вероятность полного выздоровления возрастает во много раз. Однако последнее время я все чаще сталкиваюсь с тем, что слово «психогенный» приобретает уничижительный оттенок, поэтому сейчас вместо него говорю «диссоциативный». Это понятие скорее описательное, а не оценочное, в нем нет негативного подтекста. Правда, использую я его с определенной

долей осторожности. Оно позволяет пациенту скрыть свой диагноз от других и от себя самого. Психотерапевты и неврологи видят заложенный в нем смысл, обычные люди – нет, поэтому они рискуют укрепиться в уверенности, что их болезнь – физического плана. Кому-то слово «диссоциативный» помогает сохранить достоинство, кому-то – отрицать психиатрический диагноз и тем самым усугублять свое состояние.

Наверное, нам стоит не переименовывать болезни, а менять к ним отношение...

Возьмем, к примеру, ипохондрию – еще одну распространенную болезнь с необъяснимыми симптомами.

Дэниэлю было двадцать три года. Он всегда отличался отменным здоровьем, а ко мне обратился из-за головных болей. Он описывал их как несильное покалывание в районе затылка – словно «внутри под черепом кто-то кусает». Боль не отвлекала Дэниэля от повседневных занятий, он даже не просил обезболивающего, просто волновался о здоровье, потому что недавно один его знакомый умер от внезапного кровоизлияния в мозг.

Я внимательно его выслушала, задала несколько уточняющих вопросов. Описываемые симптомы ничуть не походили на кровоизлияние.

– Может, тогда опухоль мозга?

Опять же, маловероятно.

– Дэниэль, не думаю, что это что-то серьезное. Может, вы просто отдохнете пару недель? Пейте больше воды, избегайте алкоголя, гуляйте на свежем воздухе, и все пройдет.

– Я вам доверяю, но давайте на всякий случай сделаем снимок...

– Дэниэль, в этом нет необходимости...

– Так мне будет спокойнее.

Дэниэль не знал, что снимки могут усугубить его состояние. При обследовании подобных доброкачественных симптомов нельзя переходить определенную грань. С одной стороны, надо исключить физическую причину болезни, с другой – есть риск увлечься анализами. *Primum non nocere* – «прежде всего не вредить». Вдруг случайно вы что-то обнаружите? И не сможете вовремя остановиться?

Всякий раз, сталкиваясь с подобной дилеммой, я вспоминаю одну свою пациентку, Элеонору. Ей поставили диагноз «эпилепсия», но началось все задолго до этого. В детстве она страдала от разных необъяснимых симптомов, хотя многочисленные анализы не выявляли никаких отклонений. Сперва ее мучила хроническая боль в суставах, за ней последовали головные боли, однако невролог ничего не нашел и

рекомендовал вести более здоровый образ жизни. Элеонора не успокаивалась; она никак не могла отделаться от мысли, что головные боли вызваны чем-то серьезным. Невролог на всякий случай назначил сканирование мозга. Эффект оказался обратным – на снимках не было опухолей, зато обнаружилась пятимиллиметровая аневризма, выпячивание стенки кровеносного сосуда, эдакий крохотный воздушный шарик.

Аневризма была случайной находкой; она не могла вызывать головную моль и, возможно, появилась много лет назад, и Элеонора спокойно жила, не подозревая о ее существовании. Но теперь-то она знала! Тревога Элеоноры переросла в настоящую панику.

Если бы аневризма лопнула, случилось бы кровоизлияние в мозг. Однако не факт, что это произошло бы. По статистике, неповрежденные аневризмы обнаруживаются при вскрытии у пяти процентов людей, умерших по другим причинам. Поэтому не было особой необходимости предпринимать какие-то меры. Вот только Элеонора не могла жить, зная, что в голове тикает бомба.

Элеонора легла на операционный стол. Когда наркоз подействовал, врач вставил в паховую артерию катетер и по кровеносным сосудам добрался до головного мозга, наблюдая за движением стента на специальном экране. Он стал вводить в аневризму микроскопическую платиновую проволоку, чтобы та изолировала пораженный участок. Одно случайное движение – и стенка сосуда не выдержала. У Элеоноры случился серьезный геморрагический инсульт. Ее наполовину парализовало, начались эпилептические припадки.

Кто знает, лопнула бы аневризма, не будь хирургического вмешательства. Возможно, если бы Элеоноре изначально не назначили сканирование, она прожила бы долгую счастливую жизнь.

Прибор МРТ очень чувствительный, он может выявить любую, даже самую незначительную аномалию, которая не обязательно является причиной болезни. Внутри мы такие же разные, как и внешне. Иногда, например, на снимках видны маленькие врожденные кисты, абсолютно безвредные для организма. И если вы делали сканирование ради перестраховки, подобная находка ни капельки вас не успокоит.

Порой перестраховываются и сами врачи, ошибочно трактуя результаты анализов. Отличный тому пример – болезнь Лайма, от которой лечили Рейчел. Это опасное заболевание, и в США, где периодически случаются вспышки клещевого боррелиоза, диагноз «болезнь Лайма» можно услышать довольно часто. Однако исследования доказали, что у шестидесяти процентов больных он поставлен неверно. Всех этих людей

убеждают в серьезности заболевания, пичкают ненужными лекарствами и, самое главное, лишают шанса на нормальное лечение. Болезнь Лайма вызывает множество симптомов, среди которых – боль и чувство усталости. Этот диагноз нравится людям куда больше, чем психосоматическое расстройство.

Анализы крови, рентген, все остальные тесты столь же рискованны, ведь их результаты можно интерпретировать по-разному. Поэтому мне пришлось заключить с Дэниэлем сделку.

– Давайте сперва подождем один месяц. Пейте больше жидкости, ешьте фрукты и овощи, соблюдайте режим. Если боль не утихнет, тогда проведем сканирование.

Дэниэля мое предложение не обрадовало, и из кабинета он вышел с видом ребенка, который не получил желаемого.

Я решила, что он пойдет к другому врачу. Однако два дня спустя Дэниэль позвонил мне:

– Пожалуйста, я больше не могу ждать!

Я поняла, что он не успокоится, поэтому нехотя дала согласие на МРТ. Результаты оказались в порядке. Мы оба выдохнули с облегчением – хоть и по разным причинам.

Спустя месяц Дэниэль пришел на повторный прием. Он был рад, что МРТ ничего не выявило, но при этом уточнил, нет ли более чувствительной техники. Хуже ему не стало, тем не менее, он опасался: вдруг мы что-то упустили. Он показал точку на черепе, откуда исходила боль – «словно что-то давит на мозг», – и попросил меня взглянуть. Я не увидела ничего странного. Во время разговора Дэниэль каждые несколько секунд неосознанно потирал это место. Мне стоило немалых трудов заверить его, что наш сканер очень точный и что будет лучше обратиться к физиотерапевту. И опять Дэниэль расстроился как маленький ребенок. Мои слова словно отскакивали от него. Даже не знаю, что могло бы его убедить...

Вскоре мы снова встретились. Боль ослабла, но полностью так и не прошла.

Дэниэль провел собственный врачебный эксперимент. Он выяснил, что причиной головной боли может стать высокое артериальное давление, поэтому купил в аптеке тонометр и стал вести мониторинг. Ежедневно он делал не менее тридцати измерений, записывая результаты в дневник. Некоторые показания слегка превышали норму. Пришлось объяснить, что, во-первых, они недостаточно высоки, чтобы вызвать боль, а во-вторых, при повышенном артериальном давлении голова болит иначе. Дэниэль вроде бы

мне поверил, хотя изъявил желание встретиться с кардиологом и проверить сердце.

Все мы так или иначе переживаем о своем здоровье. Это нормально; родственники и друзья частенько обращаются ко мне за неофициальной консультацией.

– Сколько обычно длится вирусная инфекция? Две недели – не слишком долго?

– Дочка поскользнулась и ударилась головой. Как узнать, что обошлось без сотрясения?

– Взгляни-ка на эту шишку, это не опухоль?

Однако иногда поиск симптомов становится смыслом жизни; некоторые превращают ожидание болезни в привычку, даже выдыхают с облегчением, когда их страхи оправдываются.

Люди, страдающие от ипохондрии (современный термин, обозначающий постоянную тревогу заболеть чем-то серьезным), кажутся одержимыми состоянием своего здоровья. При конверсионных нарушениях физические симптомы совершенно реальны – это может быть паралич, слабость, судороги и так далее. При ипохондрии ничего подобного нет. Симптомы абсолютно безобидны, большинство людей в обычной ситуации их вовсе не замечает.

Пациент с конверсионным расстройством может испытывать позитивный настрой. Ипохондрик, в отличие от него, всегда живет в страхе. Любая боль, любое головокружение воспринимается как предвестник чего-то страшного. Возникает привычка к самодиагностике: «Это красное пятно на руке, оно не стало со вчерашнего дня больше? Сколько раз я сегодня ходил в туалет?» Каждый симптом тщательно фиксируется. Результаты анализов звучат как приговор.

Я пыталась объяснить Дэниэлю, что его страх перед болезнью может обернуться реальными проблемами. Мы долго спорили, и в итоге Дэниэль признался в своих переживаниях. Более того, родственники и друзья уже давно считают его чуть ли не сумасшедшим: последние полгода он верил, что головная боль вызвана серьезным заболеванием. Анализы ничего не показывали, но с каждым днем Дэниэль убеждался в своем мнении. Я предупредила, что он рискует попасть в ловушку и что этот порочный круг надо разрывать – и обратиться к психологу, тот с помощью когнитивно-поведенческой терапии научит его иначе воспринимать свои недомогания. Дэниэль согласился.

Вот как он изначально реагировал на любое недомогание: Дэниэль чувствует боль в пояснице и подозревает – точнее, убеждается, – что у него

серьезное заболевание. Поискав информацию в Интернете, он приходит в ужас от возможных перспектив. Воочию представляет, как рак проникает в кости. Ищет на теле опухоль, ничего не находит и пугается еще сильнее – ведь, по его мнению, это значит, что раковые клетки распространились по всему организму и химиотерапия уже не поможет. Он спешит на прием к врачу, однако тот не торопится назначать обследование, рекомендуя отдохнуть. Вечером Дэниэль пропускает спортивную тренировку, опасаясь, что из-за физической нагрузки боль усилится. Ночью не смыкает глаз. Выждав положенные семьдесят два часа, отправляется на повторный прием к врачу. На этот раз тот соглашается выдать направление на рентген. По пути в больницу Дэниэль замечает, что боль добралась до области лопаток. Сделав снимок, он начинает выпытывать у рентгенолога, есть ли какие-то отклонения. Тот отказывается отвечать, рекомендуя обратиться за результатами к лечащему врачу. Выходя из кабинета, Дэниэль замечает, что рентгенолог слишком внимательно изучает экран – не иначе как рассматривает опухоль! Всю следующую неделю он то и дело названивает терапевту, чтобы узнать результаты. Безуспешно. Дэниэль начинает подозревать, что от него скрывают диагноз. Обычный рентгеновский снимок не могут делать целых семь дней. Он заводит дневник здоровья, и если сперва оценивает боль на три балла из десяти, то к концу недели – уже на шесть. Затем наконец встречается с врачом, и тот сообщает, что все нормально. «Это невозможно!» – возражает Дэниэль. Терапевт советует успокоиться и обо всем забыть. Дэниэль его не слушает: боль не прошла, диагноз ему не поставили, поэтому он решает обратиться к другому врачу.

Если бы Дэниэлю удалось иначе воспринимать свои симптомы, картина выглядела бы следующим образом: вот он чувствует боль в пояснице. Сперва испытывает тревогу, затем напоминает себе, что это обычное явление и вряд ли за ним стоит нечто серьезное. Боль не проходит, но и не усиливается, поэтому Дэниэль *не* меняет распорядок дня, *не* ищет информацию в Интернете и *не* жалуется коллегам. Изредка он начинает паниковать, но сразу пытается занять голову более позитивными мыслями. Всякий раз, когда ему хочется позвонить врачу, он по совету психотерапевта щелкает резинкой на запястье – это напоминает, что большинство симптомов проходят сами собой. Погрузившись в работу, он вскоре забывает о боли, однако ближе к вечеру боль возвращается. Получасовая медитация (еще одна рекомендация психотерапевта) позволяет опять от нее избавиться, и Дэниэль идет на спортивную тренировку. Спустя неделю все той же рутинной жизни спина перестает болеть; Дэниэль даже не замечает, в какой момент это произошло. Он так и

не узнает, что именно вызвало боль. И неважно.

Конечно, в реальности все оказалось не так просто. Дэниэль слишком давно погряз в тревогах о своем здоровье. Не прошло и суток после нашего с ним разговора, как он позвонил снова и попросил перед визитом к психотерапевту назначить еще одно сканирование мозга. Я понимала, что спровоцировало его просьбу. Сидя в моем кабинете при свете дня, Дэниэль верил, что с ним все порядке. Однако ночью, в темноте, его страхи вернулись, и справиться с ними он не сумел.

8. Камилла

Это был прекрасный пример незаметного чередования обоих состояний.

Зигмунд Фрейд. «Исследования истерии» (1895).

Камиллу я впервые увидела, когда она была подключена к аппаратуре для ЭЭГ-мониторинга. В окружении врачей и медсестер и без того миниатюрная женщина выглядела совсем крохотной. Мы толпились в палате, держа в руках планшеты для записей; она в больничной рубашке полулежала на кровати. И все же Камилла держалась с редким достоинством. Позднее я не раз думала: уж не эта ли выдержка спровоцировала ее болезнь?

Камилла росла в обеспеченной семье. Отец – банкир, мать отказалась от карьеры стюардессы ради дочери. У Камиллы было счастливое детство; родители позволяли ей чувствовать себя независимой и в то же время всегда держались рядом, готовые при случае поддержать.

В восемнадцать она поступила на юридический факультет; во время собеседования сказала комиссии, что хочет помогать людям в тяжелой ситуации.

– Наверное, тогда я соврала, – призналась Камилла. – Я росла в «тепличных» условиях и совсем ничего не знала о жизни. Поэтому произнесла то, что они хотели услышать.

Ее слова стали пророческими; Камилле пришлось лично убедиться, какой несправедливой бывает жизнь...

Она с детства интересовалась политикой и экономикой, сперва воспринимая мировые новости довольно абстрактно, но в университете окружающий мир вдруг обрел осязаемость.

– Хотелось бы вернуться в те дни, – говорила она. – Тогда все казалось возможным, я думала, что сумею решить любую проблему. Реальная жизнь быстро заставляет снять розовые очки.

После университета Камилла сомневалась, продолжить ли ей карьеру юриста или лучше последовать по стопам отца. В конце концов она все-таки устроилась в лондонскую юридическую фирму.

– Если честно, работа мне не очень нравилась. Но я решила

попробовать.

Следующие несколько лет Камилла шла по жизни намеченным курсом. Она много работала, коллеги ее уважали. После университета у нее начался роман со старым другом. Спустя три года они с Хью поженились.

– Нам было по двадцать семь – как и моим родителям на момент свадьбы.

Они переехали из маленькой квартиры в центре Лондона в загородный дом, больше подходящий для семьи. У Камиллы и Хью родилось двое детей, и, поддавшись импульсивному решению, на какое-то время она забросила карьеру.

– Я не пыталась стать домохозяйкой. Просто хотела, чтобы у девочек было такое же беспечное детство, как и у меня: блинчики на завтрак, бассейн во дворе...

Когда дети пошли в школу, Камилла решила вернуться на прежнюю работу. Судьба распорядилась иначе.

– У меня совершенно не лежало к этому сердце. Как только представляла, что я отстаиваю в суде права очередного клиента, сразу становилось тошно. Я поняла, что работа юриста совершенно не для меня.

Хью был совладельцем крупной компании, поэтому в деньгах они не нуждались. Камилла на волонтерских началах устроилась бесплатным юридическим консультантом при городской больнице – и наконец-то нашла себя. Теперь она занималась по-настоящему полезным делом, особенно когда заходила речь о случаях, связанных с домашним насилием, пренебрежением родительскими обязанностями и жестоким обращением с детьми. Она помогала людям пережить самые мучительные моменты их жизни. Проработав один год волонтером, Камилла решила пройти переподготовку в области семейного права. Собственный материнский опыт и прекрасные навыки ведения переговоров позволили ей быстро подняться по карьерной лестнице. Вскоре она работала едва ли не больше, чем до рождения детей. Часто приходилось ездить в командировки по всей стране, и Камилла чувствовала вину перед мужем и детьми, однако Хью в итоге убедил ее, что профессиональная самореализация столь же важна, как и семья. К тому времени младшей дочери исполнилось девять лет, страшной – одиннадцать, Хью имел возможность работать из дома, кроме того, им помогали многочисленные родственники.

– Первый раз вдали от дома я не спала всю ночь. Думала, какая же я ужасная мать. А когда вернулась, узнала, что дети прекрасно провели время у бабушки, даже не успели соскучиться... В следующую поездку я уже не так переживала.

Камилла заболела именно в одной из таких командировок. Она два дня провела в Камбрии, уже собиралась домой; когда Камилла выходила из зала суда, у нее вдруг закружилась голова и сильно затошнило.

– В суде все прошло успешно. Я выиграла дело. Для обморока не было никаких причин.

Камилла села на стул в коридоре, сказав коллеге, что ей плохо. В здании было душно, вокруг сновали люди. Она наклонилась вперед, закрывая лицо ладонями. Коллега предложил принести ей воды. Когда он отошел, она заметила, что у нее дрожит правая рука; через минуту скрутило и левую. Камилла прижалась затылком к стене. Ее трясло все сильнее, но помогать никто не торопился. Прохожие обходили ее стороной, словно она заразная. Некоторые останавливались и с любопытством глазели. Когда коллега наконец вернулся, дрожь перешла в ноги, и Камилла, не в силах усидеть на стуле, медленно сползла на пол. Она пыталась попросить о помощи, но язык не слушался.

Вызвали «скорую». Камилла с открытыми глазами лежала на спине, почти не дыша, а ее конечности словно жили собственной жизнью. Окружающие наконец-то решили помочь; коллега подкладывал ей под голову сложенную куртку, но та все время съезжала в сторону, и Камилла билась затылком о пол. Какой-то мужчина сдавливал ей плечи, словно пытаясь силой остановить конвульсии.

Камилла очень хорошо помнила момент, когда над ней склонился врач. Она была в сознании, все понимала, только сказать ничего не могла. Врач заговорил, однако из-за сильного акцента она не разобрала ни слова.

– Он был таким огромным. Встал возле меня на колени и наклонился так, что дышал мне прямо в лицо. Он говорил тихо и размеренно, но мне было очень страшно. Когда я не ответила, он встал и вместе с другим врачом уложил меня на носилки. А я сгорала от стыда: юбка задралась и все вокруг на меня пялились.

Дорога до больницы заняла десять минут. Все это время Камилла судорожно размахивала конечностями и выгибалась дугой, то совсем не дыша, то с жутким хрипом глотая воздух. Она была уверена, что мужа с детьми больше не увидит... Наконец ее доставили в отделение скорой помощи и закатили в темную палату, где уже ждали врачи и медсестры.

– Они растерялись, словно не знали, что со мной делать. Медсестра прижимала руку, пока врач брал кровь. Потом в палату набегали другие люди. Начался полный хаос. Меня даже втроем не могли удержать. Кое-как перевернули на бок и сделали укол в ягодицу. Не помогло...

Лишь после третьей инъекции судороги ослабли, и Камилла уснула.

Очнулась она уже в другой палате, под капельницей. На соседней кровати хрипела какая-то старуха; возле нее сидел старик и держал ее за руку.

– Я не понимала, что происходит. Словно легла спать в своей комнате, а проснулась в Нарнии. Попыталась сесть, но голова сильно закружилась, и я упала на матрас. Даже сумки нигде не было видно – я хотела достать телефон и позвонить Хью. Старик заметил, что я в сознании, и позвал медсестру.

Та сообщила Камилле, что у нее был припадок, что его удалось снять с помощью лекарств. Вслед за медсестрой в палату зашел коллега, ставший свидетелем ее судорог (он все это время ждал в коридоре), отдал Камилле сумку и сказал, что уже позвонил в Лондон, однако связаться с Хью не сумел – тот уехал на важную встречу, хотя секретарь обещала его разыскать.

Прошло полчаса, звонка от мужа так и не было. Наконец появился врач.

– Он предположил, что у меня опухоль мозга. Нужно делать томографию, но у них нет аппарата. Они организуют перевод в другую больницу.

Тут у Камиллы зазвонил телефон. Перепуганный Хью сказал, что уже сидит в машине и через несколько часов будет в Камбрии. С детьми пока посидит его мать. Сослуживец Камиллы отправился в отель за ее вещами.

– Опять я думала только о том, что чужие люди видят мое нижнее белье. Все это было так унижительно...

За вечер у Камиллы случилось еще три приступа. Не вытерпев, она попросила коллегу уйти. Вскоре приехал Хью и, мельком увидевшись с женой, сразу отправился к врачу. Тот повторил свои подозрения насчет опухоли мозга и необходимости транспортировки в другую больницу, где, однако, на тот момент не было мест. Хью не растерялся. Он позвонил в свою страховую компанию и договорился о лечении в платной лондонской клинике. Камилле вызвали частную «скорую помощь», однако вызов пришлось отменить, потому что у женщины опять начались судороги. Везти в таком состоянии ее было нельзя. Так повторилось еще четыре раза. В конце концов ей решили дать наркоз и в сопровождении анестезиолога перевели в Лондон.

– Целых шесть дней я считала, что у меня рак мозга. Потом пришли результаты сканирования, и я так радовалась, что ничего нет. А сейчас... Лучше бы это и впрямь была опухоль.

В общей сложности Камилла провела в лондонской больнице десять дней. Сделанные анализы не показали ничего конкретного, но врачи

решили, что у нее эпилепсия, и назначили соответствующее лечение. Приступы постепенно сошли на нет. Когда Камиллу выписали, дети радостно встретили ее на крыльце дома с воздушными шариками и цветными плакатами.

Следующие полтора года были полны надежд и отчаяния. Снова начались судороги, причем лекарства уже не действовали. Если во время первых приступов Камилла хоть и была беспомощной, но находилась в сознании, то теперь припадки сопровождались глубоким обмороком. Врач рекомендовал увеличить дозу, потом выписал другой препарат, затем еще один, и еще... Каждое новое лекарство помогало на пару недель. Приступы возвращались.

– Больше всего пугала их непредсказуемость. Меня словно дразнили. *«Камилла, ты выздоровела, можешь выходить на работу...»* А потом раз, и все! Только жизнь наладилась – новый приступ ее ломал.

Камилла всеми силами держалась за работу. Дома не выпускала из рук ноутбук, в перерывах между приступами ездила в командировки.

– Мы будто соревновались, кто кого. И все-таки болезнь победила...

Приступы не стихали, поэтому невролог решил организовать видео-ЭЭГ-мониторинг. Под наблюдением у Камиллы случилось сразу несколько припадков, и врачи пересмотрели диагноз.

– *«Мы, видимо, ошиблись. Это неэпилептические припадки, они вызваны эмоциональным перенапряжением».* Так они сказали.

Две недели спустя я получила письмо от ее врача:

«Камилле диагностировали псевдоэпилепсию, однако аргументы ее не убедили. Я знаю эту милую женщину много лет, она умная, спокойная и рассудительная, и потому я разделяю ее сомнения в диагнозе. Буду очень признателен, если вы выскажете свое мнение».

Так я познакомилась с Камиллой и Хью – и подтвердила, что ее припадки носят диссоциативный характер.

– Со мной не может такого быть.

«С вами – как раз может». Вслух я, конечно, этого не сказала.

– У меня счастливый брак, двое чудесных детей, любимая работа... Да, в моей жизни были тяжелые моменты, но все в прошлом. Почему это началось именно сейчас?

– Полагаю, специалисты сумеют разобраться.

Весь наш разговор Камилла не сводила с меня пристального взгляда. Она словно требовала, чтобы я отступилась.

– Вы понимаете, как *унизительно* это звучит?

В тот-то все и дело. Для Камиллы диагноз не становился утешением – он ее оскорблял.

– Это может случиться с каждым. Диссоциативные судороги – такая же болезнь, как и все, и ее надо лечить.

На самом деле Камилла сталкивалась с унижением задолго до постановки диагноза. Припадки случались в самых неожиданных местах, в окружении незнакомцев. Например, когда она с мужем и детьми отдыхала в Марокко.

– Это было на городской площади. Хью с девочками буквально на минуту отлучились в магазин, один-единственный раз за весь отпуск. А я не успела нигде спрятаться, прямо там, в толпе, и упала: в самом жутком месте, которое только можно представить. К счастью, кто-то позвал мне на помощь женщин, но то, как они себя вели – это было кошмарно. Двое меня держали. Я билась в судорогах, и они сели на меня верхом. А остальные выстроились в круг и принялись молиться – пронзительно завывали, замахали руками... Орала во все горло. Наверное, они хотели как лучше. Только все на нас глазели, дети тыкали пальцами...

– Да, понимаю. После этого вы перестали путешествовать?

– С чего вы так решили? – опешила Камилла. – Думаете, в Англии мне приходится легче?

Камилла напомнила, каково это – быть беспомощным в нашем черством обществе.

– Припадки много раз случались на улице. Я сама выбрала такую жизнь. Не хочу прятаться. Люди редко проходят мимо. Обычно меня пытаются держать, прижимают к земле. Пару раз в рот пихали всякие предметы, чтобы я не задохнулась. Это мерзко, конечно, но я понимаю, что мне пытаются помочь. А знаете, что хуже всего? Когда достают мобильники и начинают меня снимать.

И это еще не самое страшное.

– Я однажды вышла из магазина, разговаривая с Хью по телефону, и вдруг случился приступ. Обычно я чувствую его приближение – сперва дрожат руки, поэтому успеваю дойти до какой-нибудь скамейки. Но тогда все началось с ног, и я сразу упала. Какой-то парень наклонился, спросил, что со мной. Меня трясло, я не смогла ответить. Знаете, что было дальше? Он схватил мой сотовый и убежал.

Даже не представляю, что она чувствовала в тот момент...

– В другой раз я ехала на поезде. На такой случай у меня в кошельке всегда лежит записка: *«Это эпилепсия, припадок вскоре пройдет, «скорую» вызывать не надо»*. Обычно я даю ее соседям, чтобы те не паниковали.

Однако в тот раз мне все-таки решили помочь – тем, что сняли с поезда. Подняли, отволокли к выходу, посадили с сумкой на перроне и велели начальнику станции вызвать врача. Я чуть не плакала, не знала, как сказать, чтобы меня оставили в покое. Я просто хотела домой. Только язык не слушался. И что мне написать в записке теперь? *«Я сумасшедшая, не подходите, это заразно»?*

Ужасала не только реакция посторонних людей.

– Люди говорили всякое даже прежде, чем вы сообщили мне этот диагноз. Судороги иногда случались на работе. Однажды мне хотела помочь одна девушка из соседнего офиса, но к ней вдруг подошел начальник и велел оставить меня в покое: якобы все со мной нормально, я просто притворяюсь. Я тогда своим ушам не поверила. А вскоре заметила, что так многие думают. Кто-то меня жалел, а кто-то считал чокнутой. Один раз меня попросили не выходить на работу: боялись, что мой припадок сорвет важную сделку.

– Вы же знаете, что есть закон о дискриминации инвалидов?

– И что? Мне было очень стыдно. Хотелось забиться куда-нибудь подальше и не привлекать к себе лишнего внимания.

– Однако вы так не сделали.

– А теперь придется. Я не могу сказать, чем больна на самом деле.

Новый диагноз только усугубил состояние Камиллы. Если пациенту сообщить о диссоциативной природе его судорог сразу же после начала болезни, припадки часто проходят сами собой. Камилла же больше двух лет верила, что у нее эпилепсия, а теперь вдруг мои слова заставили ее взглянуть на болезнь иначе.

– Может, есть смысл проконсультироваться у другого врача? – спросил Хью.

– Вряд ли он скажет что-то новое. Давайте исходить из того, что диагноз верен. Я отменю противоэпилептические лекарства, поэтому пока вам лучше оставаться в больнице. И пожалуйста, сходите на прием к психотерапевту – просто попробуйте.

– Со мной все нормально. Меня ничего не тревожит. Все проблемы я давно решила.

– Допустим. Но что вы теряете?

Камилла согласилась, и пару секунд мы молча глядели друг другу в глаза.

– Обещаете? – спросила я.

– Обещаю, – ответила она.

Я повернулась, чтобы выйти, а она вдруг добавила мне в спину:

– Я верю, что такое может быть из-за стресса. По работе я с чем только не сталкивалась и видела, что жизнь делает с людьми. Однако я не могу поверить, что то же самое происходит со мной.

– Это может случиться с кем угодно.

– И с вами так было?

– Не совсем так, хотя мой организм тоже реагирует на стресс. Если я, например, волнуясь, у меня кружится голова. Поскольку я знаю, в чем дело, то внимания не обращаю. Даже считаю, что это к лучшему – будто срабатывает сигнализация.

– Хотите, чтобы я тоже смирилась со своими припадками?

– Как ни странно, приступы вполне могут быть чем-то вроде защитного механизма. Они намекают, что в психике происходит какой-то сбой.

Иногда люди действуют себе во вред. Не желают рвать губительные отношения. Не дают воли своим амбициям. Придумывают нелепые оправдания. Однако даже такое, на первый взгляд, иррациональное поведение имеет под собой определенную цель. Мы конфликтуем с окружающими, потому что сильные эмоции позволяют забыть об одиночестве. Предпочитаем жить с ненавистным человеком – лишь бы не одному. Смиряться и отступаем, чтобы не потерпеть неудачу. Списываем на болезнь свои промахи. Понять, как действует этот бессознательный механизм защиты, непросто. Я не знала, чем вызваны судороги Камиллы, – но намеревалась это выяснить.

В некоторых случаях удастся сразу определить, чем спровоцировано психосоматическое расстройство, и это значительно облегчает как постановку диагноза для врача, так и дальнейшее лечение для пациента. Впрочем, самые распространенные вопросы (почему именно я? почему это случилось сейчас?) часто остаются без ответа.

Шарко, Жане и Фрейд в своих исследованиях истерии сходились в одном: все больные были психически нестабильны. Шарко, в частности, считал истерию наследственным заболеванием, которое проявляется в результате душевной травмы. Его теория не нашла подтверждения, однако полностью сбрасывать ее со счетов нельзя. Ответственный за развитие истерии ген, конечно, не выявлен, однако, согласно многочисленным исследованиям, психосоматические заболевания чаще развиваются у людей, в семье которых уже наблюдались подобные случаи.

Пьер Жане верил, что истерия – это результат диссоциации сознания и бессознательного. К расколу приводит психологическая травма, которая

разрушает сознание психически нестабильного человека. Таким образом, он считал пациента-истерика нездоровым изначально.

Фрейд соглашался с концепцией диссоциации, однако невротическую предрасположенность к болезни отрицал. В отличие от Жане, он подчеркивал высокий интеллект своих пациенток (как он писал, «истерия в наиболее тяжелой форме совместима с богатейшей и оригинальнейшей одаренностью»). Истерию, по его мнению, мог спровоцировать недостаток интеллектуальной стимуляции, поскольку современное общество не позволяло женщине развиваться. Иными словами, Фрейд придерживался совершенно иной точки зрения, нежели Жане.

Впрочем, причину болезни он видел не только в социальных ограничениях, но и в подавленных воспоминаниях о раннем сексуальном насилии. Убеждение Фрейда основывалось на информации, которую он выведal у пациенток под гипнозом. Позднее он изменил мнение, поскольку было доказано, что гипноз (равно как и эксперименты с амитал-натрием) способен вызвать ложные воспоминания. Однако до этого времени он успел, к радости злопыхателей, опубликовать ряд статей, посвященных «теории соблазнения», где доказывал, что раннее насилие приводит к развитию инфантильной сексуальности. В дальнейшем на смену «теории соблазнения» пришла теория «Эдипова комплекса».

Таким образом, предрасположенность к истерии может быть наследственной, врожденной либо приобретенной в результате травмы. Этой точки зрения врачи придерживаются и сегодня, поскольку доказано, что некоторые люди более восприимчивы к психосоматическим нарушениям. Факторы, влияющие на развитие болезни, могут быть самими разными, но когда речь заходит о конверсионных расстройствах (самых тяжелых формах психосоматических заболеваний), наибольшее значение придается именно жестокому обращению в детстве.

Большинство неврологов полагает, что каждый пациент, у которого диагностировано конверсионное расстройство (в частности, диссоциативные судороги), в детстве был жертвой сексуального насилия. Это мнение верно лишь отчасти. В самом деле процент пострадавших от насилия среди больных выше, чем в общей статистике (поэтому можно делать определенный вывод о взаимосвязи), но составляет он всего лишь тридцать процентов. А значит, врач, подходящий с этой меркой к своим пациентам, ошибется в семи случаях из десяти!

Взаимосвязь между детскими травмами и предрасположенностью к психосоматическим расстройствам очень тонка. Насилие не всегда бывает физическим. К развитию симптомов может привести эмоциональное

пренебрежение нуждами ребенка или отсутствие родительской любви. Однако выявить этот фактор – например, застарелую обиду на отца – спустя годы практически невозможно.

Многие врачи считают, что пациенты с конверсионными и соматическими расстройствами обладают определенным складом личности. Если мы будем учитывать этот фактор, значит, придется воспринимать тип личности как болезнь, всех людей, *соответствующих* этому типу, надо объявить больными, а всех *несоответствующих* – оставить без диагноза.

Впрочем, концепция психосоматической личности также не лишена основания. Есть данные, что люди, страдающие тревожными расстройствами (которые выражаются в необоснованном чувстве волнения, вины или гнева), более склонны к проявлению психосоматических симптомов. То же самое можно сказать о тех, кто чрезмерно зависит от чужого мнения или считает себя социально неполноценным. Такие пациенты составляют пятьдесят процентов от общего числа больных с психосоматическими расстройствами (то есть всего-навсего половину). Следовательно, если вы обладаете нужным складом личности и у вас в анамнезе детская душевная травма, шансы на развитие психосоматического заболевания возрастают, хотя не обязательно, что вас неизбежно ждет эта участь.

В некоторой степени под угрозой находимся все мы. У каждого из нас есть определенный эмоциональный порог, за которым ждет психосоматическое расстройство. Прошлое лишь помогает определить его и выяснить, что именно заставляет нас реагировать на стресс тем или иным способом.

У любого психосоматического заболевания есть своя отправная точка; с этим были согласны и Шарко, и Фрейд, и Жане. В качестве своеобразного пускового механизма прежде всего выступает то, что считается стрессом по любым меркам. Например, потеря близкого человека, особенно если она стала результатом трагедии или сопровождается глубоким чувством вины. Или сексуальное и физическое насилие – оно тоже часто становится предвестником болезни.

Однако многие события в нашей жизни не так-то легко разложить на позитивные и негативные, поэтому врачу не всегда удастся найти в прошлом пациента тот самый стрессогенный фактор. Например, рождение ребенка – большая радость для влюбленной пары, мечтающей о большой семье, и испытание для одинокой выпускницы колледжа без особых перспектив трудоустройства. Сокращение рабочего штата для

двадцатипятилетнего банкира из Лондона – это повод сменить работу и попробовать себя в новом деле, а для пятидесятилетнего рабочего из маленького городка – фактически приговор. Более того, еще сложнее определить стрессогенный фактор, если сам человек его таковым не считает; хотя переезд в новый дом, эмиграция или повышение по службе тоже может стать поводом для стресса.

Отрицание стресса вообще присуще конверсионным расстройствам. Пациент может и не подозревать о своих негативных эмоциях, если те сразу трансформируются в физические симптомы. В попытке выявить эту взаимосвязь несколько ученых провели исследование: они опрашивали две группы пациентов, у одних были диагностированы психосоматические заболевания, у других – органические. Ученые не просили назвать возможный стрессогенный фактор, а просто фиксировали все недавние изменения в жизни обследуемых (рождение детей, смерть родственников, переезд, смена места работы, кражи, встречи с давними обидчиками, финансовые проблемы, разводы и так далее), вне зависимости от того, как пациенты относились к этим событиям.

В своей практике я также постоянно ищу отправную точку болезни. Иногда это получается сразу, тогда пациенту легче смириться с диагнозом и можно приступать к лечению. Однако гораздо чаще выявить конкретное событие не удастся. Стресс может быть хроническим, вызванным давним разладом в супружеских отношениях или плохими условиями жизни. Или таких стрессогенных факторов, незначительных на первый взгляд, может быть несколько: проблемы в личной жизни накладываются на недовольство работой, финансовые трудности сочетаются с тревогой из-за оценок ребенка в школе. Несколько мелких забот в сумме дают постоянное волнение.

Воспринимать психосоматические расстройства как одну болезнь с единственно возможной причиной неправильно. Ситуация та же, что и с эпилепсией. Эпилепсия – это целая группа заболеваний, объединенных симптоматикой, у каждого из которых своя методика лечения и свой прогноз. Ребенка с врожденной эпилепсией нельзя сравнивать со стариком, у которого болезнь развилась в результате травмы головы. Нет двух одинаковых пациентов, причины и симптомы могут быть похожи, но все люди разные.

Пока истина в том, что у одних конверсионных расстройств (например, диссоциативных судорог) удастся выявить первоисточник, у других же это невозможно. Иногда они возникают из-за гипертрофированного внимания к собственному здоровью или стремления

привлечь к себе внимание. В таком случае болезнь вызвана не психологической травмой, а манерой поведения.

Склонность к такому поведению обычно проявляется еще в раннем возрасте. Например, дети часто жалуются на боли в животе, однако органическую болезнь диагностируют лишь в десяти процентах подобных случаев. Механизм этих болей (которые становятся серьезным испытанием для семьи и приводят к проблемам с учебой) до сих пор не раскрыт. Есть предположение, что они связаны с детскими страхами и депрессией. В подавляющем большинстве случаев у таких детей болен кто-то из родственников (особенно часто встречаются психосоматические заболевания либо склонность к неврозам).

К психосоматическим расстройствам могут привести не только насилие над ребенком и прочий негативный опыт. Родительская гиперопека, особенно в период болезни, также выступает фактором риска развития необъяснимых симптомов. Дети перенимают чужое отношение к здоровью, и любая хроническая болезнь – как самого ребенка, так и одного из членов семьи – в будущем определяет реакцию на стресс. Полученный опыт подсознательно программирует поведение, и, как мы уже наблюдали, пациенты часто воспроизводят увиденные когда-то симптомы.

Поведенческий фактор нельзя недооценивать. Нарушения вроде синдрома хронической усталости или синдрома раздраженного кишечника вызваны не стрессом, а скорее, ошибочным представлением о том, как надо реагировать на недомогание.

У СРК есть несколько объяснений. Одни считают, что эта болезнь вызвана изменениями в моторике кишечника и аллергией на определенные продукты питания. Другие связывают СРК с нарушениями восприятия, когда пациенты придают чрезмерное значение каждому своему внутреннему ощущению и реагируют на малейшие симптомы, которые обычный человек не замечает.

И наконец, еще один фактор риска развития психосоматических заболеваний, о котором я пока не упоминала и с которым согласны абсолютно все исследователи в данной области, – это женский пол.

Более семидесяти процентов пациентов с диссоциативными судорогами или синдромом хронической усталости – женщины. Отдельные соматические симптомы встречаются у них в десять раз чаще, чем у мужчин. Дисбаланс замечают все врачи, только объяснения ему пока никто дать не может, и я – в том числе.

Само слово «истерия» происходит от греческого *hysteria*, матка. Именно ее вплоть до XX века считали источником истерии и приводили

тому убедительные доказательства. Под подозрением также были яичники и даже клитор. Считалось, что женская попытка самоудовлетворения приводит к избыточной стимуляции нервов, которая, в свою очередь, проявляется самым непредсказуемым образом. Сексуальная неудовлетворенность, впрочем, приводила к тому же результату. Лишь в XX веке удалось доказать, что истерия не связана с физиологией, и интерес к женским половым органам ослаб.

Большую часть больных составляли женщины, однако этот недуг не обходил стороной и мужчин. Шарко доводилось лечить истериков мужского пола (причем он заметил, что давление на яички, так же как и на женские яичники, оказывает благоприятный эффект на болезнь). Шарко открыл в Сальпетриере мужское отделение и заявил, что истерия – это не только женская участь. Тем не менее на своих знаменитых вторичных лекциях он демонстрировал только пациенток.

Вопросами мужской истерии занимался и Фрейд. Он не считал истерию женским заболеванием, просто женщинам, на его взгляд, были присущи особые черты, из-за которых могла развиваться предрасположенность к болезни. У женщин, как он утверждал, больше свободного времени, поэтому они предаются мечтам, увлечение которыми рискует превратиться в патологию. В «Исследованиях истерии», впрочем, Фрейд тоже писал исключительно о женщинах, поэтому ему так и не удалось развеять существующий миф.

С тех пор прошло более ста лет. Периодически случались вспышки мужской истерии, однако называли ее иначе. Сперва это была неврастения. Потом, после Первой мировой войны, когда у многих британских солдат проявились описанные Шарко симптомы, во всем обвинили контузию. Поэтому на сегодняшний день актуально мнение, что истерией болеют исключительно женщины.

Один случай из моей практики показал, насколько в этом плане все запущено. Я была начинающим врачом; к нам в отделение доставили молодого человека со странными спазмами в левой ноге, которые начались после незначительной травмы на работе. Ногу сводило судорогой так, что он практически не мог ходить. Ему сделали все возможные анализы и ничего не нашли. Когда мы уже были готовы опустить руки, мне вдруг пришло в голову, что проблема психосоматическая. Однако наш куратор, мужчина средних лет, повернулся ко мне и громко при всех заявил, что это невозможно, поскольку психогенные расстройства бывают лишь у молодых женщин.

Даже сейчас, многие годы спустя, я слышу эту фразу снова и снова.

Однажды я диагностировала диссоциативные судороги у немолодого мужчины. Врач, который привел ко мне пациента, с моими выводами не согласился.

– У мужчин не бывает психогенных припадков, – едва ли не дословно повторил он фразу Жан-Батиста Луйе-Вияллермея. – У мужчин не может быть истерики, потому что у них нет матки.

Возможно, Луйе-Вияллермей в далеком 1819 году слишком буквально понимал значение слова «истерия», а может быть, он просто выразил общепринятое тогда мнение. Так или иначе, врачи-мужчины категорически не желают ставить этот диагноз пациентам-мужчинам. В XVIII и XIX веках, когда женщина считалась существом низшим, это предубеждение процветало вовсю. Его отголоски живы и сегодня, в XXI веке. Результаты многих клинических исследований говорят сами за себя: врачи охотно оперируют понятиями «эмоциональное расстройство» и «истерическое состояние» в отношении женщин и с большим энтузиазмом ищут органические заболевания у мужчин.

Я склонна верить, что подобное отношение вызвано многолетним господством мужчин в области медицины. Впрочем, я, наверное, тоже лукавлю. Большинство моих пациентов с конверсионными расстройствами – все-таки женщины. В чем причина, сложно сказать.

Возможно, в том, что женщины более уязвимы и восприимчивы к разного рода психологическим травмам. В 2012 году в Англии и Уэльсе зарегистрировано 6634 случая сексуального насилия над детьми, из них в 5156 случаях жертвами стали девочки. Такая же статистика наблюдается в отношении взрослых: женщины гораздо чаще подвергаются насилию, что неизбежно влечет за собой сильнейший стресс, который провоцирует развитие психосоматического заболевания.

Согласно другой теории, причина в гендерных стереотипах современного общества. Женщине допускается публично выражать свои чувства, в то время как мужчина должен быть сильным и скрывать их. Женщина может выказать слабость и попросить о помощи. Мужчина вынужден терпеть. В результате формируется культура, в которой женщины открыто жалуются на симптомы, связанные с эмоциональным перенапряжением, а мужчины их подавляют.

Разного рода психиатрические расстройства, такие как депрессия и тревоги, тоже чаще поражают женщин. Однако в жизни мужчин стресса бывает не меньше, поэтому, глядя на статистику, можно сделать вывод, что мужчины справляются с ним эффективнее. Хотя, возможно, в этом опять-таки виноваты гендерные различия. Женщины употребляют меньше

алкоголя; мужчины же часто лечат стресс с помощью спиртного, под его влиянием они склонны к агрессивному поведению и дракам. Возможно, причина не в культурных и гендерных особенностях, а в том, что каждый выражает свои чувства как умеет. И формально женщины копят в себе эмоции, а мужчины их выплескивают.

Вряд ли мы сумеем полностью раскрыть механизм возникновения психосоматических симптомов, но чем бы они ни были вызваны, пациенту мешают выздороветь совсем иные причины.

В пятьдесят лет Питера уволили. Он всю жизнь проработал в одной компании: начал с должности водителя и постепенно дорос до менеджера по продажам. Питер рассчитывал остаться там до шестидесяти пяти лет, вместе с женой выйти на пенсию и наконец-то исполнить их общую мечту. Они с Лиз подсчитали, что к тому времени погасят ипотеку и накопят достаточно средств на путешествие по Великобритании, как того хотел Питер. У Лиз, впрочем были свои планы. Она никогда не бывала в Америке и надеялась когда-нибудь отвезти детей в Нью-Йорк.

И вдруг Питера, который не пропустил ни одного рабочего дня, увольняют. Образования у него не было, поэтому в их маленьком городке для него не нашлось другой вакансии. Лиз, супервайзер в магазине, стала работать за двоих. Платили там неплохо, по крайней мере, хватало на ипотечные взносы. Лиз попросила начальство увеличить ей нагрузку. Однако денег все равно было мало. Пришлось влезть в сбережения. Средства на поездку в Нью-Йорк постепенно таяли.

Прошло три года. Питер так и не нашел работу. Он всегда был гордецом и теперь чувствовал себя совершенно подавленным, потому что сидел дома, пока жена надрывалась. Каждый день после тяжелой смены Лиз возвращалась домой к совершенно постороннему человеку. Веселый открытый мужчина, за которого она вышла замуж, исчез, его сменил угрюмый тип. Некогда крепкие отношения дали трещину. Лиз очень уставала, ее начали мучить головные боли. А потом в одну особенно тяжелую смену она упала на работе в обморок. Питеру позвонили из больницы и сказали, что жена в коме. Час спустя Лиз очнулась. Муж сидел рядом и держал ее за руку. Врач сообщил, что у нее, судя по всему, случился эпилептический припадок.

Новости их ошеломили. Как жить дальше? Чем они это заслужили? Питер и Лиз начали молиться о скорейшем выздоровлении.

– Если я не смогу работать, мы потеряем дом, – волновалась Лиз.

В течение следующей недели у Лиз случилось еще несколько

приступов. Питер ни на шаг не отходил от ее постели. В конце концов Лиз поставили диагноз «эпилепсия» и назначили лечение. Диагноз многое прояснил в ее состоянии. Теперь стало понятно, откуда взялись депрессия и перепады настроения.

Сперва лекарства не помогали. Врач сказал, что такое бывает. Он откорректировал дозу, предупредив, что препараты могут подействовать лишь через несколько месяцев. Хотя Лиз не выходила на работу, зарплату ей пока платили. Питер тем временем нашел смысл жизни в уходе за женой. Спустя полгода Лиз так и не выздоровела. Ее уволили, назначили пенсию по инвалидности. Социальные работники помогли организовать быт с учетом болезни. Питер боялся оставлять Лиз одну. Так как вакансий для него все равно не было, он оформил пособие по уходу за больным родственником и прекратил поиски работы.

Прошло полтора года. Препараты по-прежнему не помогали, поэтому врачи решили провести новое обследование. Тогда-то я и сказала Питеру и Лиз, что это не эпилепсия.

В тот момент я перевернула весь их мир с ног на голову. Диагноз «диссоциативные судороги» отменял все, что дала им эпилепсия. Болезнь Лиз помогла спасти брак, позволила уйти с неприятной работы, обеспечила столь необходимую государственную поддержку... А я, выходит, вынуждала Лиз опять вернуться в прошлое, к тяжелым долгим сменам и озлобленному на весь белый свет мужу. Лиз не сама поставила себе диагноз, ей его навязали, а теперь отказаться от него – все равно что разрушить свою жизнь.

– Лиз, я вовсе не пытаюсь сказать, что вы здоровы. Просто это не совсем то, о чем мы вначале думали. Но лечиться вам по-прежнему надо.

Однако Лиз подозревала, что диссоциативное расстройство не несет с собой тех же поблажек, что и эпилепсия. И она была права. Теперь, когда стал известен настоящий диагноз, окружающие будто забыли о сострадании. Лиз по-прежнему мучили судороги, ее жизнь оставалась такой же унылой, но люди этого словно не видели. Ей снизили выплату за инвалидность. Друзья и знакомые теперь относились с пренебрежением: «Хватит, Лиз, возьми себя в руки». В идеальном мире ей с мужем обеспечили бы социальную и психологическую помощь, и Лиз было бы легче бороться с болезнью. Увы, реальность такова, что в зачет идут лишь «настоящие» болезни, а люди вроде Лиз системе и обществу не интересны.

Болезнь часто приносит выгоду в виде сочувствия, любви, материальной поддержки или способа уйти от проблем. В обычной ситуации, конечно, такую выгоду не ищут, но иногда подсознательно

человек хочет заболеть. У вас завал на работе, а вы не справляетесь. По странному совпадению накануне сдачи отчета случается приступ остеохондроза, и вы берете пару выходных. Отчет доделывают коллеги. Ура, болезнь оказалась очень даже кстати. Интересно, повезет ли так еще раз?

Муж редко проводит выходные дома. Несмотря на все возражения, он целый день играет с друзьями в гольф, пока вы сидите с детьми. Однажды воскресным утром у вас разыгрывается мигрень. Муж вынужден остаться дома, чтобы помочь по хозяйству. Болезнь позволила добиться желаемого.

Такие приятные случайности, пока что неосознанные, могут спровоцировать развитие болезни. Они словно уравнивают плохое самочувствие. Даже от инвалидности нелегко отказаться, потому что она дает слишком много преимуществ. Но, опять-таки подчеркну, это решение человек принимает *подсознательно*.

Когда я только начинала работать с конверсионными расстройствами, мне казалось, что достаточно установить причину болезни, ее отправную точку и цель – и я буду знать, как вылечить пациента. Во многих случаях эта стратегия сработала. Разобравшись с источником проблемы, я убеждала больного двигаться дальше. Так это было, например, с Джо.

Среди моих пациентов много девочек-подростков, поэтому, когда однажды меня в больничном коридоре остановила женщина и спросила, помню ли я ее дочь, я не смогла ответить сразу.

– Ее зовут Джо, – уточнила женщина.

Я понятия не имела, о ком она говорит. Шея и лицо понемногу наливались жаром от стыда.

– Мы обращались к вам шесть лет назад.

– Простите, но...

– Я сегодня пришла с другой дочерью. У нее эпилепсия. И решила заглянуть к вам, рассказать, как Джо. Вы осмотрели ее и поставили диагноз «неэпилептические судороги».

В груди стало тесно, назревало ощущение катастрофы.

– Знаете, вы здорово изменили ее жизнь. И впрямь помогли ей. Спасибо вам огромное!

Дышать стало легче, мышцы расслабились, а на глаза невольно набежали слезы. Я не сомневалась, что сейчас мне бросят очередной упрек в непрофессионализме, но вышло наоборот. Облегчение было таким сильным, что на секунду я потеряла нить разговора.

– Осознав, что причина в работе, она сразу ушла, решила стать физиотерапевтом. Уже заканчивает учебу. Сейчас живет в Эдинбурге.

Говорит, что у нее все хорошо, просила передать вам привет.

– Я очень рада. Спасибо, что нашли время заглянуть.

Я направилась в свой кабинет, с трудом пряча счастливую улыбку. Правда, Джо я так и не вспомнила. Пришлось включить компьютер и найти ее имя в старых документах. Маленькой подсказки хватило, чтобы я вспомнила эту историю.

Джо привезли в отделение скорой помощи с судорогами. За полгода до этого ей поставили диагноз «эпилепсия». С тех пор у нее случилось десять приступов. У ее сестры также была эпилепсия, поэтому врачи решили, что причина в наследственности. Джо выписали противоэпилептические лекарства, однако они не помогли – приступы участились, и девушка в конце концов оказалась в больнице. Там ее осмотрел дежурный невролог, назначил другой, более эффективный, препарат и решил отправить домой. Тогда, возможно, история Джо закончилась бы иначе – она годами принимала бы наркотические средства, с каждым разом увеличивая дозу, пока кто-нибудь в конце концов не усомнился в диагнозе. Однако ей повезло. Мать Джо считала это моей заслугой. Как по мне, бóльшую роль в судьбе Джо сыграли больничные правила, согласно которым пациентов-эпилептиков перед выпиской должна осмотреть медсестра, специализирующаяся в области эпилепсии. Та поговорила с Джо, обсудила план лечения, но вместо того чтобы отправить девушку домой, позвонила мне.

– Дежурный врач считает, что у нее эпилепсия. Я сомневаюсь.

– Почему?

– Сама не знаю. Чувствую, что симптомы не похожи, вот и все. Может, вы взглянете?

Медицина во многом сродни искусству. В ней важны не сами факты, а манера их подачи. В научном журнале «Эпилепсия и поведение» в 2009 году вышла статья, посвященная описанию эпилептических приступов с лингвистической точки зрения: акцент делался на том, какими словами больные рассказывают о своих припадках. Оказалось, что эпилептики и пациенты с диссоциативными судорогами строят фразы по-разному; относительно верный диагноз на основании записи приема может поставить даже специалист по языку, ничего не смыслящий в медицине. Что уж говорить о медике, много лет проработавшем в больнице?

– Хорошо, давайте организуем видео-ЭЭГ-мониторинг.

Через три дня мы стали свидетелями двух приступов и на основании этого поставили Джо диагноз «диссоциативные судороги». Дальнейшее происходило без моего участия, хотя спустя шесть лет эта история все-таки

неожиданно всплыла. Я узнала, что девушка встретила с психотерапевтом. Его записи окончательно прояснили картину.

На тот момент Джо было двадцать пять лет. Она работала фотографом в солидном издании – невероятный успех для девушки ее возраста. Вместе с друзьями она снимала квартиру в Лондоне. Семья жила неподалеку. Старшая сестра Джо, Марта, была больна эпилепсией, приступы случались очень часто, и Джо все детство наблюдала за развитием болезни. В конце концов Марте удалось взять болезнь под контроль, хотя о полноценной жизни речь по-прежнему не шла.

Джо повезло больше. Она росла здоровой, умной и очень способной девочкой. Родители не чаяли в ней души. Еще в школьные годы в Джо проснулся интерес к фотографии, и она сама оборудовала в гараже лабораторию. Затем выучилась на фотографа, целый год путешествовала по всему миру и привезла огромное количество снимков. Создала собственный веб-сайт, разослала портфолио во все столичные и национальные издания. Ей пришлось немало отказов, однако среди них было письмо из одной центральной газеты. Джо предложили стажировку с возможностью будущего трудоустройства.

Тревожный звоночек прозвучал в первый же день, но Джо не придавала ему значения. Ее только что представили коллегам, и она услышала, как кто-то из них шепчет: «Еще одна надеется сделать карьеру через постель».

Первые три месяца Джо было очень неудобно, но она надеялась, что сумеет влиться в коллектив. Обычно она легко сходилась с людьми, поэтому рассчитывала, что получится и в этот раз. Коллеги относились к ней с теплом, и Джо убеждала себя, что ее тревоги напрасны. Со временем, однако, ситуация становилась хуже. Ее работу постоянно критиковали. Конечно, Джо не рассчитывала, что снимки будут хвалить – она ведь только училась, – но, судя по замечаниям руководства, ее фотографии были ужасны. При этом парень, начавший стажировку вместе с ней, уже опубликовал несколько фото. Джо не роптала. Вдруг она и впрямь не такой уж хороший фотограф?..

Однажды Джо принесла действительно шикарный снимок, который просто обязаны были напечатать. Ей опять отказали. Она спросила редактора, в чем дело. Джо не собиралась возмущаться, но в пылу разговора вдруг поняла, что тычет пальцем в фотографию соперника-мужчины и спрашивает, чем та лучше ее.

– Юная леди, сбавьте обороты! Зависть вам не к лицу.

Джо оскорбилась и поэтому ответила слишком резко:

– Я не завидую. Вы же сравниваете мою работу с чужой, вот и я хочу

сравнить. Объясните мне, чем одна фотография лучше другой!

Редактор лишь отмахнулся. Разговор закончился ничем – разве что напоследок ей велели задуматься о своем поведении. С того дня атмосфера на работе стала и вовсе невыносимой. Коллеги больше не приглашали Джо на свои встречи. Вместо интересных и сложных заданий ей поручали всякую рутину. Джо заметно приуныла. Впрочем, она много лет мечтала о такой работе и теперь сдаваться не собиралась. Она выкладывалась изо всех сил.

Ничего не выходило.

Однажды утром Джо, как обычно, пришла на работу к семи. Офис был пуст. Спустя пару часов начали подтягиваться люди. Оказалось, что накануне был какой-то праздник, и практически вся редакция отмечала его в местном ресторане – даже отложили еженедельное совещание. Не пригласили одну лишь Джо. Она поняла, что сейчас расплатится, и поспешила спрятаться в женском туалете. Там ее увидела секретарша и доложила обо всем боссу. Редактор в тот же день отчитал Джо:

– Истерики на работе – это недопустимо!

У Джо опустились руки. Чтобы она ни делала – все было неправильно. Она понимала, что после стажировки ее не оставят в штате, но в глубине души надеялась на справедливость. Кроме того, плохие рекомендации разрушили бы не успевающую толком начаться карьеру. Семья очень гордилась ее успехом, и Джо не могла признать, как на самом деле все плохо. Становилось тошно от одной мысли, что люди, которые ее унижают, в конце концов останутся в выигрыше. Джо будто попала в ловушку. И вот, прямо в редакции, у нее случился первый приступ.

Когда я сообщила Джо новый диагноз, ей не составило особого труда связать диссоциативные судороги с ситуацией на работе. В Джо копилась злость, недовольство и страх рассказать о своем провале близким, и когда эмоции дошли до точки кипения, разум избрал наиболее очевидный для него способ их выплеснуть. Джо прошла лечение, пересмотрела ценности и выстроила свою жизнь иначе, не оглядываясь больше на чужое мнение. Судя по словам матери, у нее получилось.

Не понимаю даже, почему я сразу не вспомнила Джо, ведь ее история – отличный пример успешного выздоровления. Диагноз «эпилепсия» нередко бывает ошибочным – слишком многое зависит от истории болезни и прочих субъективных факторов. Когда выяснилось, что лекарства не помогают, мы провели дополнительное обследование, откорректировали диагноз и назначили новое лечение, которое привело к полному выздоровлению. У семидесяти процентов больных с диссоциативными

судорогами все заканчивается не столь радужно, особенно если диагноз поставили слишком поздно или им не удалось найти общий язык с психотерапевтом.

В карьере любого врача бывают взлеты и падения. Имея дело с психосоматическими заболеваниями, добиться успеха очень непросто. Большинство пациентов отказываются идти к психотерапевту, а я так и не узнаю, чем все закончилось. Джо выздоровела полностью – и вы не представляете, как я радовалась этой новости!

В какой-то момент Камилла тоже меня обнадежила, но с ней все оказалось гораздо сложнее.

После постановки диагноза она провела в больнице еще две недели. Все это время я, отменив лекарства, внимательно за ней наблюдала. Камилла по-прежнему не верила, что дело не в эпилепсии, однако свои сомнения выражала достаточно сдержанно. Ее спокойствие сбивало с толку. Мне хотелось, чтобы она кричала на меня, выплескивала эмоции более привычным способом. Если мой диагноз ее и расстроил, она очень хорошо это скрывала.

В какой-то момент я растерялась. Вдруг я все-таки неправа? Всякий раз, когда мы встречались с Камиллой, она заявляла, что верит в психосоматику, только это не ее случай.

Иногда психосоматические заболевания развиваются спонтанно, без видимых на то причин. Иногда – в результате очевидной травмы. А иногда – из-за давних тайн. Вспомним диссоциацию – расщепление сознания, когда одна часть психики не знает, что сокрыто в другой. Моя последняя встреча с Камиллой показала, насколько глубоким может быть этот раскол.

Камилла перестала принимать лекарства. Приступы не становились реже, но я по-прежнему не думала, что у нее эпилепсия. Накануне выписки мы с ней и ее мужем встретились последний раз.

– Может, хотите что-то спросить? – поинтересовалась я.

– То же, что и обычно, – засмеялась Камилла. – Почему это происходит со мной?

– Я не знаю. Чтобы выяснить, нужно время.

– Судороги могут начаться в любое время и в любом месте. Когда я смотрю телевизор или читаю... Нет никакой закономерности.

– Иногда есть смысл вспомнить, что предшествовало первому приступу. Его могло что-то спровоцировать, а все остальные развивались уже спонтанно. Ваш первый припадок был в Камбрии? Расскажите, что там случилось. Как можно подробнее, во всех деталях.

– Я выиграла дело. Все прошло как обычно...

Муж Камиллы взял ее за руку. Он хмурился и глядел на жену с каким-то странным смущением.

– Милая?.. – начал он. – Ты же знаешь, что это был не первый приступ?

– Разве? – удивилась Камилла.

Отношения Хью и Камиллы были очень романтическими. Он влюбился с первого же взгляда и буквально взял ее измором. Они учились на одном курсе, поддерживали дружбу после выпуска. Когда оба нашли работу в Лондоне, опять сблизились. Он хотел сделать предложение сразу, но ради приличия выждал два года. Еще через год они поженились.

И Камилла, и Хью много работали, поэтому с детьми решили не торопиться, хотя оба мечтали о большой семье. Спустя два года планы нарушила неожиданная беременность. Камилла взяла декретный отпуск, затем неохотно вернулась к работе. Ей больше нравилось проводить время с сыном.

Однажды в субботу, когда Генри было полтора года, Камилла решила встретиться в парке со старой подругой. Парк располагался в пятнадцати минутах ходьбы. Сидя в коляске, Генри что-то лопотал всю дорогу.

По пути Камилла столкнулась с еще одной знакомой. Остановилась поздороваться, завязался обычный разговор о детях. Сквозь решетку в парк Камилла видела свою подругу, которая уже катала ребенка на качелях. Генри, должно быть, тоже их заметил, потому что заплакал и попытался выбраться из коляски. Камилла велела ему не капризничать, иначе никакой прогулки не будет. Она развернула коляску в другую сторону. Генри завопил еще громче.

– Лучше я пойду, – сказала Камилла знакомой и наклонилась, чтобы попрощаться с ее дочкой, которая тоже собиралась закатить истерику.

Камилла не заметила, что, разворачивая коляску, она отпустила тормоз. Генри по-прежнему брыкался, коляска раскачивалась из стороны в сторону и вдруг покатила по наклонному тротуару. Камилла успела бы ее поймать – но именно в этот момент она отвернулась. Коляска доехала до дороги и, зацепившись за высокий тротуар, опрокинулась прямо на проезжую часть. Подруга закричала и бросилась вперед. Камилла недоуменно обернулась – чтобы увидеть, как из-за поворота вылетает автомобиль и с визгом тормозит. Коляска с Генри исчезает под его колесами.

– Мне казалось, я сплю... Говорят, в момент опасности время течет медленнее, но это не так. Все случилось за одну секунду. Вот коляска есть – и вот ее уже... нет.

Машина остановилась через пару метров. Камилла упала перед ней на асфальт, пытаясь добраться до сына. Коляска застряла в ходовой части, сложившись так, что Генри не было видно.

– Все вокруг кричали: я, моя подруга, водитель... И я не сразу поняла, что мой сын не плачет.

Генри вытащили из-под автомобиля через двадцать минут. К этому времени примчался Хью, и они оба видели, с каким лицом спасатель передает безжизненное тело их ребенка врачам. В машину «скорой помощи» их не пустили, они поехали следом вместе с полицейскими. Камилла стояла у дверей операционной и смотрела, как медики пытаются реанимировать ее сына, однако медсестра заметила и выставила их с Хью в зал ожидания.

Полчаса спустя врач сказал, что ничего не смог сделать. Мальчик, скорее всего, умер на месте... Той ночью у Камиллы случился первый припадок.

Когда я расспрашивала Камиллу о детях, о Генри она не сказала ни слова. Она никому о нем не говорила: ни медсестрам, ни врачам, поэтому я просто не знала, где искать.

Камилла ни на секунду не забывала сына. Она жила дальше, родила двоих детей – но Генри навсегда остался в ее памяти. Его фотографии висели в каждой комнате, и Камилла ответила бы на прямой вопрос о мальчике. Она рассказала бы, как рада, что у нее был такой чудесный сын и что ей посчастливилось родить еще двух здоровых девочек, в то время как многим людям такой радости не дано... Она не забыла Генри, но с его смертью смирилась. Вот что она сказала бы. Однако ее не спрашивали, а она не считала нужным поднимать эту тему.

Так было, пока однажды она не стояла в зале суда и образ Генри не возник вдруг перед глазами. В тот день она выиграла дело, отстояла право матери и ребенка на безопасную жизнь. Камилла была счастлива – пока не подумала о сыне.

– Я спасла этого ребенка, а своего спасти не смогла...

Пять минут спустя у нее случился второй припадок.

Камилла отправила воспоминания о пережитом в дальнюю часть сознания. Она знала, что потеряла сына, но забыла, как ей было плохо. Она заперла свою боль, и приступы оберегали ее память. Когда же тайна оказалась раскрыта, припадки прошли сами собой.

9. Смех

Твое видение станет ясным, только если ты сможешь заглянуть в свое сердце.

Карл Юнг. «Воспоминания. Сновидения. Размышления» (1961).

Не могу представить человека, которому Мария не понравилась бы с первого же взгляда. Хотя ей было пятьдесят, в душе она оставалась пятилетним ребенком. В больницу при мне она попадала трижды и всякий раз брала с собой Джорджа – плюшевого медведя, практически ее ровесника. Она не могла бросить его дома одного. А еще Мария всегда носила с собой фотографию, на которой она с сияющей улыбкой стояла рядом с любимым футболистом. Мария тогда работала волонтером. Приветствуя посетителей у входа в музей, она и повстречала Дэвида – пожала ему руку, а он любезно задержался, чтобы попозировать для снимка. Эту историю Мария пересказывала при каждой нашей встрече: лучший момент ее жизни.

– Что, даже лучше, чем когда «Манчестер» выиграл в Лиге? – смеялась я.

– Тогда тоже было здорово, но с Дэвидом не сравнить.

– Вам, наверное, все девчонки завидуют, когда видят это фото, – подыгрывала я.

Мария хохотала в ответ.

До эпилептических припадков Мария росла совершенно здоровым ребенком. Первый приступ случился в пять лет. За ним последовали новые. Они продолжались до четырнадцати, не позволяя мозгу развиваться. В результате Мария так и застряла в дошкольном возрасте.

Родители очень любили Марию, но чувство гордости не позволило им воспользоваться всеми положенными льготами для девочки. Практически всю жизнь она провела наедине с матерью, не имея возможности общаться с ровесниками и не видя ничего, кроме дома и больницы. В результате она не получила образования и даже бытовых навыков. Всему, что она знала, Мария научилась у матери. Когда та готовила, Мария стояла рядом и перемешивала содержимое кастрюль. Во время уборки шла следом, подавая чистящие средства и салфетки. Если случались гости, Мария

надевала фартук и с удовольствием изображала официантку. Друзей у нее не было. Любовь к футболу пробудил отец, по выходным он изредка брал ее на стадион.

Мария была единственным ребенком в семье; все родительские интересы сосредоточились исключительно на ней. О девочке прекрасно заботились, и одинокой она себя не чувствовала. Однако ситуация изменилась, когда у матери случился первый инсульт. Восстановилась она быстро, но угроза смерти заставила родителей подумать о будущем. Мария не смогла бы о себе заботиться, пришлось ее этому учить. Социальная служба предложила ей посещать центр помощи инвалидам и работать волонтером. Родители открыли на ее имя специальный счет. Когда Марии было тридцать, у матери случился второй инсульт, на этот раз фатальный. Мария жила с отцом, спустя двенадцать лет умер и он.

Так она осталась в родительском доме одна. Утром и вечером к ней заглядывала сиделка. Мария большую часть дня проводила либо в центре помощи инвалидам либо на волонтерской службе. Больше всего ей нравилось стоять у входа и приветствовать посетителей; в магазине, например, она всегда громко здоровалась и вручала корзинку. Мария очень огорчалась, если ей вдруг не отвечали – однажды она даже преследовала покупателя по всем отделам, требуя с ней поздороваться. После этого случая на какое-то время Мария осталась без работы, пока социальные службы не убедили администрацию магазина дать ей еще один шанс.

– Мне нельзя что-то говорить, даже если они не отвечают, – жаловалась она.

– Мария, не все люди такие дружелюбные, как вы.

– Мой социальный работник говорит, что просто они очень заняты.

Как бы там ни было, Мария многих заражала своим оптимизмом. Ей попадались не только грубияны; иногда люди специально останавливались, чтобы перекинуться парой слов. Все, кто хоть раз с ней общался, знали, как она любит футбол; и, должно быть, у дверей магазина развернулось немало оживленных дискуссий о спорте.

В сорок пять, после тридцатилетнего перерыва, у нее снова начались судороги. Пришлось назначить те же препараты, что она принимала в детстве. Судя по динамике болезни, Марии предстояло принимать лекарства до конца дней. Однажды в понедельник утром, как обычно, заглянула сиделка и увидела, что Мария лежит на полу в гостиной. Сиделке удалось ее разбудить, но Мария понятия не имела, сколько она здесь пролежала. Ее доставили в больницу, однако анализы ничего не показали, разве что концентрация лекарственных средств в крови была слишком

низкой. Мария, скорее всего, забыла на выходных принять таблетки.

После этого приступы участились. Врач увеличил дозу и организовал надзор в выходные. Эти меры ничего не дали. Раз дело было не в лекарствах, Марию решили отправить на пару суток в лабораторию видео-ЭЭГ-мониторинга.

Большую часть первого дня она простояла на пороге палаты, громко приветствуя всех, кто ходил мимо. Прикрепленные к голове датчики не позволяли ей выйти в коридор, однако даже так Мария успела сдружиться со многими пациентами и персоналом, поэтому вскоре к ней стали наведываться гости.

Наутро мне сообщили, что ночью ее обнаружили лежащей без сознания на полу. Я посмотрела видео. Перед приступом все было спокойно, поток гостей иссяк. Мария сидела на кровати и смотрела телевизор, но изредка подходила к дверям и звала кого-то. Так прошло около часа. Потом она схватила журналы, разбросала их и закричала: «Помогите! Скорее!». Выждав немного, она легла на пол, устроилась поудобнее и закрыла глаза. Никто так и не пришел. Она встала, опять подошла к дверям и позвала на помощь, потом снова легла, на этот раз нажав кнопку вызова персонала. Услышав шаги, она тут же забилась в судорогах. Опытные медсестры поняли, что дело не в эпилепсии, и принялись ее успокаивать. Одна опустилась рядом с ней на колени и, ласково уговаривая, стала поглаживать по руке. Мария не реагировала, поэтому к делу подключилась вторая медсестра:

– Мария, скоро игра начнется. Вы же не хотите пропустить матч?

На губах у Марии проступила едва заметная улыбка.

– Сегодня Дэвид на поле? – Медсестра знала о любимчике Марии.

Та улыбнулась шире.

– Наверное, они сегодня проиграют... Ребята последнее время совсем не форме.

Для Марии это было уже слишком. Открыв глаза, она воскликнула:

– Они обязательно выиграют!

Судороги прекратились. Мария встала и завела с медсестрой разговор о футболе.

Я заглянула к Марии, чтобы обсудить случившееся. Увы, беседа закончилась ничем. Зная, что в детстве у нее была эпилепсия, Мария ничего не слушала. Я пыталась ее переубедить, но она упала и забилась в судорогах. Как только я вышла из палаты, конвульсии прекратились.

На следующий день к ней пригласили психотерапевта, однако Мария оставалась глуха ко всем аргументам. Мы стали искать альтернативные

способы лечения.

Я связалась с ее лечащим врачом и описала ситуацию. Обычно, когда у Марии начинался припадок, ее на машине «скорой помощи» доставляли в больницу. Однажды она попала в реанимацию, потому что лекарствами снять приступ не удалось – частая ошибка при неэпилептических судорогах, когда медикаментозное лечение приносит больше вреда, чем пользы. Прием лекарств мог привести к серьезным побочным эффектам, например тяжелой инфекции дыхательных путей или тромбозу, в то время как судороги Марии сами по себе не представляли никакой опасности. Сообщив настоящий диагноз всем врачам, причастным к ее лечению, я успокоила свою совесть: теперь они хотя бы задумаются перед тем, как применять радикальные меры. Марию надо лечить заботой и любовью.

Еще мы подключили социальные службы. Несмотря на работу и хобби, Мария большую часть времени была предоставлена самой себе. Социальный работник помог ей найти друзей, с которыми можно общаться по телефону долгими тихими вечерами. В детстве Мария никогда не оставалась одна, а сейчас ей некому было выплеснуть все, что накопилось в душе. Ее поведение в больнице во многом было неосознанным. Первый приступ, скорее всего, и впрямь случился из-за сбоя в приеме лекарств, но при этом он подстегнул старые воспоминания. Лежа на ковре, Мария словно вернулась в детство, в тот момент, когда к ней прибегала испуганная мать.

Мария напомнила мне, что нет единой методики лечения психосоматических заболеваний. Искать ее – все равно что искать лекарство от горя. Иногда достаточно выяснить, что вызвало вашу болезнь, и устранить ее источник. Если вы страдаете от одиночества, найдите себе компанию. Разберитесь, что вас мучает, и решите эту проблему. Взгляните на симптомы новыми глазами. Определите травмирующее событие и попробуйте отпустить эти воспоминания. И главное, знайте: в просьбе о помощи нет ничего постыдного. Если не справляетесь сами – обратитесь к специалисту. Что вы теряете? У вас лишь одна жизнь, почему бы не перепробовать разные пути?

Все мои пациенты уникальны, за каждым стоят своя история и свой способ решения проблемы. Каждый учит меня чему-то важному и напоминает, сколь многого я еще не знаю. Впрочем, при всех различиях кое-что их все-таки объединяет – то, какой ценой дался им диагноз. Однако если неврологи так часто сталкиваются с психосоматическими заболеваниями, почему для пациентов это становится полной неожиданностью? И если симптомы так распространены, почему врачи

ошибаются с диагнозом?

Обратимся к статистике: ученые подсчитали, что в 2011 году в Германии соматические расстройства были выявлены у двадцати двух процентов пациентов терапевтического отделения. В Великобритании такие пациенты встречались у врачей любой специализации, причем в некоторых случаях их количество достигало пятидесяти процентов! В Норвегии путем опроса 900 пациентов были диагностированы следующие заболевания: синдром раздраженного кишечника, кандидоз-синдром, фибромиалгия, синдром хронической усталости, пищевая непереносимость, поражение электромагнитным излучением. Каждый из диагнозов либо необъясним с медицинской точки зрения, либо имеет психиатрическое обоснование. На симптомы одного из этих заболеваний ссылались почти сорок процентов опрошенных. В США, где система здравоохранения сильно отличается от британской и стоимость медицинской страховки составляет весьма немалую сумму, диссоциативные приступы эпилепсии встречаются в тридцати процентах случаев – ровно столько же, сколько в Великобритании.

А теперь рассмотрим финансовые последствия. В 2011 году три врача общей практики в Лондоне поставили диагноз «тяжелая форма психосоматического расстройства» 227 пациентам, что составило один процент от общего числа их больных (значит, заболевание действительно встречается редко). Эти пациенты обратились к врачам-специалистам в общей сложности 1077 раз. Экономике страны их обследование и лечение обошлось в 500 тысяч фунтов. В пересчете на масштабы всего Лондона эта цифра составит уже 15 миллионов фунтов – и речь, напомню, идет только о самых тяжелых формах, вроде той, что страдала Полин. Подсчитать все расходы не представляется возможным, потому что с подобными жалобами к врачу приходит каждый третий.

Если мы хотим изменить ситуацию к лучшему, свой вклад придется внести каждому. Возможности есть у всех. В медицинских университетах нужно давать больше информации о психосоматических заболеваниях; они не должны быть сноской в учебнике – их надо поставить на одну ступень с органическими болезнями. Врачам стоит смелее ставить диагноз, не оставляя его напоследок как самый нежелательный вариант. Конечно, функциональные и конверсионные расстройства диагностируют в основном методом исключения, но медики почему-то забывают, что пациент при этом мучается по-настоящему. А самое главное, общество, люди – да-да, именно ВЫ! – не должны видеть в пациентах симулянтов и притворщиков. Вот в чем основная заслуга Шарко – при всех своих

недостатках и ошибках он относился к истерии с той же научной строгостью и педантичностью, какую демонстрировал в отношении других неврологических болезней. Это по плечу каждому – столкнувшись с человеком, страдающим от необъяснимых симптомов, отнестись к нему со всем уважением.

Чтобы прийти к таким выводам, мне потребовалось двадцать лет. Лично меня странным образом успокаивает знание, какие фокусы способен выкинуть мой организм. И если тело что-то подсказывает, я стараюсь к нему прислушиваться. Несколько лет назад я сломала ногу и около месяца носила гипс. Когда его сняли, оказалось, что мышцы успели атрофироваться. Две недели я хромала, недоумевая, почему на восстановление уходит так много времени. Должно быть, что-то не так. Вдруг перелом еще не сросся? Я обратилась к врачу, тот направил меня на рентген, но снимки сделали лишь на следующий день. За эти сутки мое состояние ухудшалось на глазах. Сперва я немного припадала на больную ногу. Затем в течение дня чувствовала, как она слабеет. Хромота стала сильнее, и к вечеру я прыгала на одной ноге, другой лишь опираясь на самые кончики пальцев. Я представляла, как острые концы сломанной кости задевают друг друга при каждом движении. В общем, я едва могла ходить, но страшно мне не было... потому что я не раз видела то же самое у своих пациентов. Я знала, что ни при каких обстоятельствах мои симптомы не могут развиваться так быстро, и все равно реагировала как любой другой человек. А потом увидела рентгеновский снимок с прекрасно сросшейся костью – и все исчезло. К врачу я ковыляла на одной ноге, обратно шла уже на двоих.

Я верю, что психосоматические симптомы реальны, хоть они и являются продуктом воображения, но это знание в тот день меня мало утешало. Боль, которую я испытывала, была настоящей. В то же время я надеялась, что мои симптомы имеют психологическую подоплеку – значит, выздоровление не займет много времени. И в этом чувстве не было ничего постыдного.

Чтобы разобраться в причинах столь серьезных заболеваний, в первую очередь надо поверить в их существование и понять, какие причудливые формы может принимать психосоматическое расстройство. Нужно смириться с главенствующей ролью разума над телом. Мы с удовольствием читаем истории об использовании гипноза, об эффекте плацебо, о гомеопатии и альтернативной медицине, о специальных диетах от рака и так далее... Но почему-то не можем смириться с мыслью, что разум воспроизводит физические симптомы. Раз он в состоянии излечивать

болезни – почему не может их создавать? Сопротивляться нет смысла; это явление существует, и никуда от него не деться. Болезнь способна поразить каждого – в том числе и вас.

Может, если мы лучше поймем собственное тело, его реакции на чувства и переживания, тогда физические проявления стресса будут восприниматься не столь отталкивающе? Все мы соматизируем наши эмоции, хотим мы того или нет. Вспомните о смехе. Диафрагма сокращается, дыхание становится чаще. Гортань путем колебаний воспроизводит ритмичный звук. Лицевые мышцы приходят в движение, открывается рот. Кожа вокруг глаз собирается в морщины. Голова запрокидывается. Иногда в процессе участвует все тело – тогда вы наклоняетесь вперед, складывая руки на животе. Если положительная эмоция особенно сильна, в слезных протоках собирается жидкость и стекает по лицу. На какое-то время мы теряем способность дышать, лицо краснеет, сердцебиение учащается. Более того, смех очень заразен. Попробуйте рассмеяться от всего сердца – и люди к вам присоединятся, даже не зная, что стало источником забавы.

Однако смех – это не только результат веселья, его вызывают самые разные эмоции, в частности стыд или неловкость. Или нечто вовсе отрицательное, например издевка. В большинстве случаев смех бывает непроизвольным, однако его можно воспроизвести нарочно.

Ученые до сих пор не понимают его механизм. В процессе задействовано сразу несколько участков мозга; ответственную за смех зону так и не удалось найти. Возможно, разные виды смеха генерируются в разных областях. Поэтому-то ехидный смех нельзя спутать с искренним.

Фрейд верил, что смех, как и сны, скрывает наши тайные желания. Большинству из нас доводилось смеяться против воли, тем самым выдавая окружающим свои мысли. Это непроизвольное явление, и то, что вызывает у нас смех, раскрывает наш характер. Например, выбор анекдотов, позволяющих смеяться над социально неприемлемыми вещами, выдает ваши интересы.

Смех может оказывать терапевтическое влияние, потому что он сбрасывает внутреннее напряжение, вызванное гневом и печалью. Также он способен отвлечь от испытываемого стресса или страха.

В то же время смех может возникать беспричинно. Иногда он становится симптомом болезни. Плохо контролируемый смех выдает психиатрическое или неврологическое расстройство, например, маниакальный синдром или поражение лобной доли мозга, когда больной утрачивает восприятие смешного и несмешного. Кроме того, неожиданные

приступы смеха бывают при эпилепсии.

Иными словами, смех – это физическое выражение чувства, которое возникает против воли, задействуя практически весь организм с целью снятия эмоционального напряжения. В общем, типичный психосоматический симптом. А еще совершенно естественная часть бытия человека. Все, что от нас требуется, – сделать несколько маленьких шажков к новому пониманию. Если мы так реагируем на самый обычный смех, может, наш организм способен на нечто еще более оригинальное?

Благодарности

Благодарю Кирсти Маклохлан из Ассоциации Дэвида Годвина, подарившую идею для этой книги. И Бекки Харди из «Чатто и Виндос», которая многому меня научила, – именно ее тяжелому труду я обязана своим результатом.

Спасибо моим родителям, которые многим пожертвовали, чтобы дать детям хорошее образование. И всей моей семье: Эйтн, Эйлин, Полу, Барри, Оскару, Эшлин, Феликсу, Рошин, Сиаре, Хлое, Дэниэлю и Шону.

Я сильно задолжала людям, с которыми работала и у которых училась последние двадцать лет; отдельно надо упомянуть неврологов и нейрофизиологов из больницы Святого Винсента и больниц Аделаиды и Мита в Дублине, которые вдохновили меня последовать по их стопам, а также коллектив врачей из Королевской лондонской больницы, Национального госпиталя неврологии и Общества по борьбе с эпилепсией. Отдельное спасибо Дженни Найтингейл, Адель Ларкин, Вики Келмансон и Чарли Кокереллу, создавшим благоприятную среду для развития моего интереса. Особая благодарность команде нейропсихологов каждой из вышеперечисленных больниц, которые от всего сердца поддерживали и меня, и моих пациентов.

Но более всего я благодарна своим пациентам. Надеюсь, эта книга создаст верное впечатление об их беде.