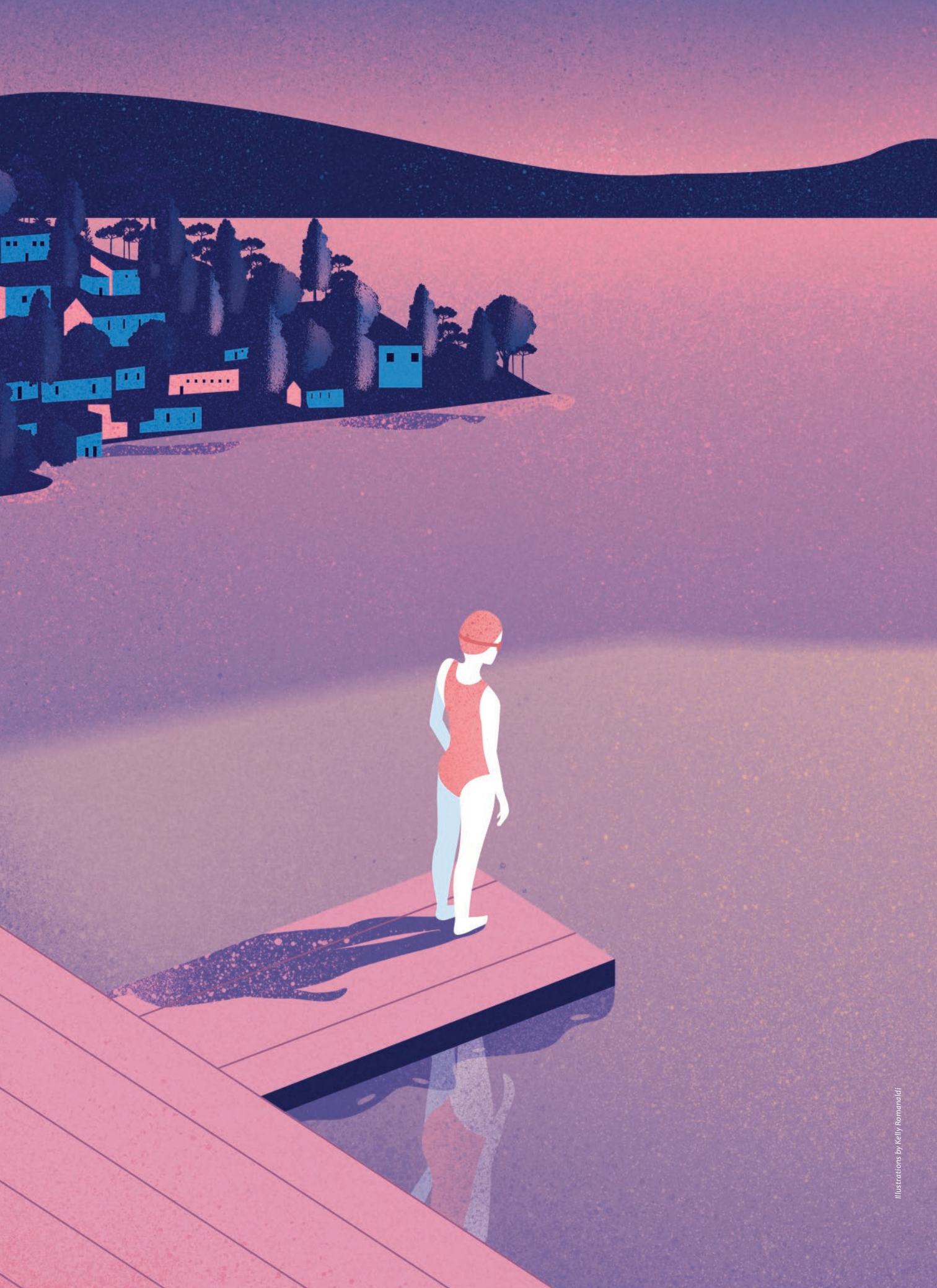


Illustrations by Kelly Romanaldi

ПСИХОЛОГИЯ

ДЛИННАЯ ТЕНЬ ТРАВМЫ

Пограничное расстройство личности — один из наиболее стигматизированных психиатрических диагнозов. Не пора ли начать рассматривать его как последствия травмы?

Дайана Квон

ОБ АВТОРЕ

Дайана Квон (Diana Kwon) — журналист-фрилансер, живет в Берлине и пишет про здоровье и естественные науки.

Когда два года назад Энн попала в больницу после длительного эмоционального выгорания, у нее начались ночные кошмары. Ей снился отец, сновидения сменялись мучительными воспоминаниями о физическом и психологическом насилии, пережитом в детстве.

Мать-одиночка с тремя дочерьми, Энн, имя которой изменено для сохранения анонимности, выросла в Восточной Германии, в городе в часе езды от Берлина. В детстве ее окружали алкоголики, в числе которых были ее отец и дед. Часто она возвращалась после школы в пустой дом, а когда приходили родители, становилось только хуже. И мать, и отец проявляли физическую и эмоциональную жестокость. В подростковом возрасте она пережила несколько изнасилований. Кроме того, она потеряла близкую подругу, которая забеременела и была убита родным отцом.

По словам Энн, среди всех этих ужасных событий хуже всего ей было от недостатка сочувствия со стороны родителей. Когда она рассказала матери об изнасиловании, та ей ответила, что она сама виновата. Когда она ехала на велосипеде на работу и ее сбила машина, отец равнодушно сказал: «Вставай, все в порядке». И только после того, как шокированная коллега подбежала к ней с вопросом, почему у нее голова залита кровью, Энн поняла, насколько серьезной была авария. «Для меня самое тяжелое, — говорит Энн, и ее голос начинает дрожать, а из глаз текут слезы, — что родители не считают меня за человека».

Энн вспоминает, что была злобным агрессивным ребенком, но очень старалась контролировать свои эмоции и нормально общаться с окружающими. В подростковом возрасте она дважды пыталась покончить жизнь самоубийством. Сейчас Энн за 40, повзрослев, она часто вела себя рискованно, например слишком быстро водила машину, и часто ощущала потребность причинить себе боль — реализуя это желание, она расцарапывала свою кожу. Потребность была настолько навязчивой, что иногда по утрам она вставала с окровавленными руками. Эмоциональная регуляция по-прежнему дается ей с трудом: при возникновении проблем она ощущает себя раздавленной. «Мне нужно немедленно с кем-то поговорить, — рассказывает она, — Иначе я боюсь, что что-то с собой сделаю».

Я встретилась с Энн в Центральном институте психического здоровья, или *ZI*, — это сокращение от его немецкого названия. Институт занимает несколько кварталов в центре Мангейма — средних размеров города на юго-западе Германии. Там Энн лечат от комплексного посттравматического стрессового расстройства (КПТСР) — совокупности тяжелых и стойких симптомов, возникающих после длительной травмы, и от пограничного расстройства личности (ПРЛ) — состояния, характеризующегося сильными неустойчивыми эмоциями, отрицательно влияющего на самооценку и взаимоотношения человека и часто сопровождающегося самоповреждениями и суицидальным поведением.

ПРЛ и КПТСР имеют ряд общих черт, таких как сложности с эмоциональной регуляцией и измененное самовосприятие. Ключевое различие между ними в том, что КПТСР четко подразумевает, что состояние человека вызвано психологической травмой, а ПРЛ — нет. Симптомы многих людей подходят под критерии обоих заболеваний. Но вопрос, в какой степени травма играет роль в развитии ПРЛ, оставался предметом бурных споров среди психологов и психиатров.

Как показывают исследования, 30–80% людей с ПРЛ сообщают о пережитом травматическом опыте или же их состояние позволяет предположить травматическую причину. Большинство

специалистов, изучавших или лечивших людей с ПРЛ, признают, что не все, у кого диагностировано данное состояние, пережили травму, по крайней мере в традиционном понимании этого термина. Но появляется все больше данных о том, что само понятие «травма» неочевидно: даже если неблагоприятные события не соответствуют определению травмы из учебника, они могут оставлять долго сохраняющиеся следы в мозге и повышать риск развития таких психических заболеваний, как ПРЛ.

Благодаря этим данным возникают сомнения по поводу определения самого понятия ПРЛ и подходов к его лечению. Некоторые врачи и пациенты призывают переименовать ПРЛ в КПТСР, утверждая, что между этими двумя состояниями достаточно общего, чтобы отказаться от прежнего диагноза. Долгое время диагноз ПРЛ воспринимался негативно, причем даже психиатрами; некоторые из них вообще отвергали подобных пациентов, считая их сложными, не поддающимися лечению и склонными к манипулятивности. Другие специалисты говорят, что, хотя не все случаи ПРЛ — это КПТСР, имеется достаточно данных о влиянии давних стрессорных событий на развитие этого состояния, чтобы смена названия была оправданной.

«Я думаю, что пограничное расстройство личности не соответствует понятию "расстройство личности", — рассказывает мне психиатр из Центрального института психического здоровья Мартин Бохус (Martin Bohus). — Оно гораздо сильнее соответствует понятию стрессовых расстройств, поскольку мы видим у наших клиентов, что не бывает пограничного расстройства без пережитого ранее серьезного межличностного стресса».

Размытые границы

В самом начале своей стажировки в психиатрическом отделении клиники в Германии Бохус увидел женщину с самоповреждениями, сидящую на полу и рисующую собственной кровью. Когда Бохус спросил о ней, главврач ответил: «О, это всего лишь пациентка с пограничным расстройством. С этим ничего не поделаешь. Просто выпишите ее».

«А если она покончит с собой?», — спросил Бохус.

«Они никогда этого не делают, — ответил психиатр. — Они только пугают».

Следуя указанию своего наставника, Бохус выписал пациентку. Вскоре женщина покончила с собой.

Сейчас Мартину Бохусу за 60, он уважаемый специалист. Но эта история, произошедшая несколько десятков лет назад, стала первой из многих, благодаря которым он понял, что людей с ПРЛ лечат как-то неправильно. «В те времена [в этой области] полностью преобладало чрезвычайно консервативное и, я бы сказал, враждебное, высокомерное и презрительное отношение к пациентам», — рассказывает Бохус.

Термин «пограничное расстройство» был введен в 1930-х гг. немецко-американским психиатром Адольфом Штерном (Adolph Stern) для описания состояния, расположенного на границе между неврозами, к которым относили не сопровождавшиеся галлюцинациями и бредом психические заболевания, такие как тревожность и депрессия, и психозами, когда люди перестают понимать, что реально, а что нет. Штерн писал, что эти пациенты «чрезвычайно трудно поддаются воздействию каких-либо психотерапевтических методов».

Годами «пограничное расстройство» оставалось расплывчатым понятием. Оно стало официальным диагнозом в 1970-х гг., когда психиатр из Больницы Маклина в Белмонте, штат Массачусетс, Джон Гандерсон (John Gunderson) тщательно обследовал и описал группу пациентов, у которых ошибочно, как он считал, была диагностирована шизофрения. Гандерсон выделил шесть ключевых особенностей этих людей: сильные эмоции, которые по своей природе были обычно враждебными или депрессивными; импульсивное поведение в анамнезе; краткие психотические эпизоды; хаотичные отношения; нелогичное или «бессвязное» мышление, которое проявляется, например, в виде необычных ответов в тестах с открытыми вопросами; и способность поддерживать внешнюю видимость нормальности.

В 1980 г. понятие «пограничное расстройство личности» появилось в третьем издании «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» (*DSM*), основного справочника, используемого психологами и психиатрами США и исследователями во всем мире. Появление этого диагноза стимулировало изучение причин заболевания и разработку методов его лечения. В ходе долгосрочных исследований Гандерсона с коллегами было показано, что, хотя пограничное расстройство часто считают хроническим и неизлечимым, большинство пациентов в итоге выздоравливают.

В совокупности все расстройства личности определяются как устойчивые модели мышления и поведения, не соответствующие ожиданиям общества и вызывающие как индивидуальные, так и межличностные проблемы. Рассмотрение пограничного расстройства в качестве одного из таких расстройств остается спорным. Когда оно впервые появилось в *DSM*, то оказалось там в одном ряду с несколькими другими расстройствами личности, каждое из которых имеет свои характерные особенности. Для нарциссического расстройства личности, например, свойственны грандиозность, эгоцентризм и отсутствие эмпатии.

ПРЛ чаще диагностируют у женщин, но, по данным некоторых исследований, встречаемость заболевания среди мужчин и женщин примерно одинакова. Явные гендерные различия могут возникать

из-за большей готовности женщин обращаться за психологической помощью или из-за различий в проявлении заболевания, в связи с чем у мужчин чаще диагностируют другие расстройства личности, например нарциссическое или антисоциальное. Из-за таких накладок многие врачи и исследователи считают, что нет оснований выделять отдельные, четко различимые расстройства личности. Вместо этого они предлагают так называемую количественную модель, когда при едином общем диагнозе «расстройство личности» выделяются разные степени тяжести симптомов и оценивается наличие определенных черт у каждого пациента.

Другие специалисты категорически отрицательно относятся к пересмотру существующей системы. В их числе Гандерсон и Бохус, которые утверждают, что благодаря большому объему исследований конкретных расстройств, в частности ПРЛ, найдены уникальные специализированные методы лечения, а внедрение совершенно новой модели затормозит прогресс и повредит пациентам. В публикуемом ВОЗ главном диагностическом документе — Международной классификации болезней (МКБ) — в версии 2019 г. использована новая, количественная модель, но сохранен термин «пограничное расстройство», чтобы угодить сторонникам выделения этого диагноза. *DSM* последний раз пересматривалось в 2013 г., и там сохранены отдельные категории, но добавлена альтернативная система диагностики, применяющая количественный подход. (И *DSM*, и МКБ широко используются по всему миру врачами и исследователями, занимающимися психическим здоровьем, однако названия заболеваний из МКБ чаще применяют при оформлении страховки.)

Разногласий много. Некоторые специалисты, такие как руководитель Лаборатории психопатологии развития Хьюстонского университета Карла Шарп (Carla Sharp), предполагают, что черты, характерные для ПРЛ, характерны и для других расстройств личности. Другие, например Бохус, считают, что ПРЛ уникально и напрямую связано с травматическим опытом в прошлом. Какую роль опыт играет в развитии других расстройств личности — неясно. На сегодня большинство исследований выполнены на людях с ПРЛ, потому что они чаще, чем люди с другими разновидностями расстройства личности, обращаются за помощью. Специалист по клинической психологии Медицинской школы Коннектикутского университета Джулиан Форд (Julian Ford) говорит, что, хотя он сам считает травму возможной причиной всех расстройств личности, этот вопрос не изучен. «Проведено достаточно исследований, чтобы предполагать, что травма может играть некоторую роль в развитии практически любых расстройств личности, — говорит Форд. — Но мне неизвестно об исследованиях, выясняющих, в чем конкретно заключается эта роль».

Эмоциональная уязвимость

Бохус вспоминает, как в первые годы своей работы психиатром в Больнице Уэйлл Корнелл в Уайт-Плейнс, штат Нью-Йорк, наблюдал два принципиально разных метода лечения людей с ПРЛ. В первом случае пациентов держали взаперти и лечили сильнодействующими препаратами. Обстановка вокруг них была враждебной и подозрительной, и большинство оставались в отделении на год или дольше. Во втором случае отделение было открытым, а атмосфера вокруг — теплой и поддерживающей. Пациентам рекомендовали помогать друг другу развивать навыки преодоления стресса, и в основном они выписывались с заметным улучшением через несколько месяцев после поступления.

Во втором случае лечение в отделении было основано на методе, разработанном американским специалистом по клинической психологии Маршей Линехан (Marsha Linehan) у которой у самой был диагноз ПРЛ. Незадолго до окончания школы Линехан заперли в палате в Институте жизни, психиатрической больнице в Хартфорде. Там она резала себе конечности острыми предметами, наносила ожоги сигаретами и разбивала голову об пол. Ее врачи пробовали разные методы лечения, включая лекарства, электрошок, изоляцию и лечение холодом (ее заворачивали в ледяные одеяла и привязывали к кровати), которые, по словам Линехан, вероятно, приносили больше вреда, чем пользы.

Данный опыт, который Линехан в своих мемуарах назвала «сошествием в ад», побудил ее посвятить свою жизнь помощи таким же людям, как она. Со временем Линехан пришла к выводу, что это расстройство вызвано нарушением регуляции эмоций, поскольку для людей с ПРЛ характерны резкие перепады эмоций. «У людей с пограничным расстройством — психологический аналог ожога третьей степени, — рассказывала Линехан журналу *Time* в 2009 г. — Можно сказать, что у них нет кожи, защищающей их от эмоций. Даже малейшее прикосновение или движение может вызвать невыносимые страдания». У человека с ПРЛ даже очень слабые воздействия способны спровоцировать чувство глубокого стыда, гнева или отчаяния.

Используя эти идеи, Линехан разработала новый подход к лечению, который она назвала диалектической поведенческой терапией (*DBT*). Лечение направлено на принятие себя и изменение нежелательного поведения: «диалектическая» в названии описывает баланс между принятием и изменением. В ходе клинических испытаний выяснилось, что *DBT* успешно облегчает некоторые ключевые симптомы пограничного расстройства, такие как самоповреждение и суицидальное поведение, и снижает вероятность госпитализации.

Увидев *DBT* в действии, Бохус понял, что метод значительно превосходил другие доступные в то

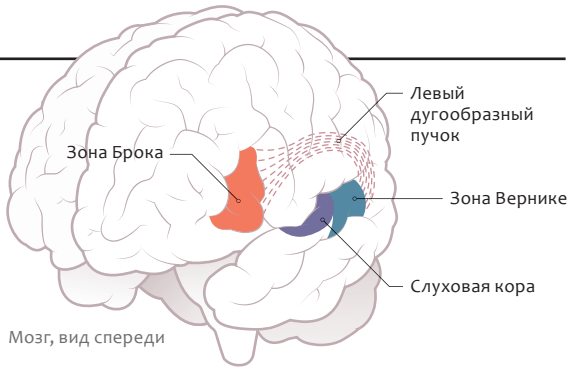
Травмированный мозг

Детские травмы оставляют неизгладимые следы в мозге. Некоторые изменения, например в структуре и функционировании миндалины, гиппокампа и других участков, задействованных в обработке воспоминаний и эмоций, характерны для всех форм жестокого обращения. Другие изменения более специфичны. Например, у детей, которых систематически оскорбляли словесно, могут быть ослаблены связи между областями, участвующими в понимании и воспроизведении речи. Скорее всего, эти изменения помогли пережить стресс, но в более позднем возрасте они могут привести к появлению психологических проблем. Однако у многих людей, имеющих такие следы насилия в мозге, не возникло психических заболеваний. Вероятно, в остальном они росли в благоприятных условиях и оказались защищены, избежав «травмирующего обесценивания».

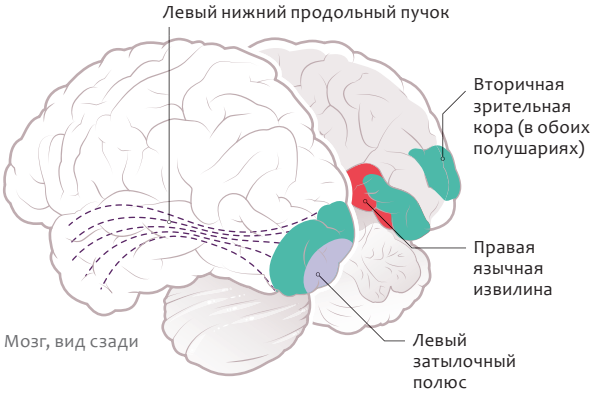
Области, измененные из-за словесных оскорблений в детстве

Левая слуховая кора ●
Область верхней височной извилины, обрабатывающая звуковую информацию.

Левый дугообразный пучок ●
Пучок нервных волокон, соединяющих в мозге зоны Брока ● и Вернике ● — две области, участвующие в воспроизведении и понимании языка.



Области, пострадавшие у свидетелей бытового насилия



Вторичная зрительная кора в обоих полушариях ●
Связана со зрительной памятью и другими аспектами зрения.

Правый затылочный полюс ●
Первичная зрительная кора, любое повреждение в этой области вызывает потерю части поля зрения.

Левый нижний продольный пучок ●
Длинный нервный путь, соединяющий области обработки зрительной информации в передней и задней частях мозга. Эти две области участвуют в восприятии лиц.

Правая язычная извилина ●
Часть первичной зрительной коры, связанная со способностью обрабатывать зрительную информацию, особенно связанную с текстом.

Области, страдающие при сексуальном насилии в детстве

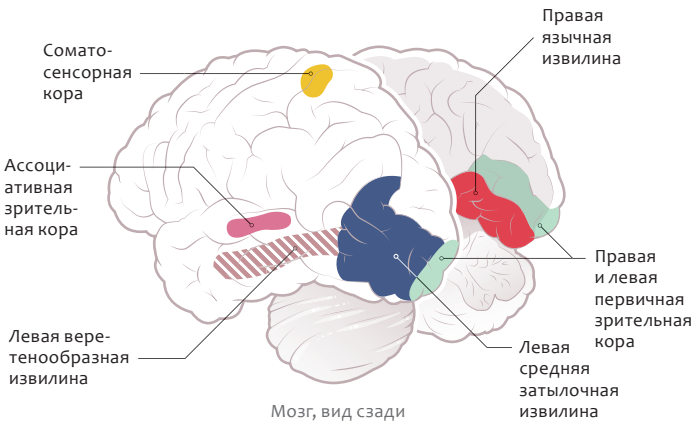
Правая и левая первичная зрительная кора ●
Реагирует на простую зрительную информацию, такую как ориентация и направление.

Ассоциативные зоны зрительной коры ●
Считается, что они помогают распознавать и различать зрительные формы и объекты.

Левая средняя затылочная извилина ●
Помогает воспринимать тела и лица.

Левая веретенообразная извилина ●
Считается, что обеспечивает обработку выражений лиц и, таким образом, имеет важнейшее значение для адекватного социального взаимодействия.

Участки соматосенсорной коры ●
Область, обрабатывающая сенсорную информацию от клитора и окружающих его органов.



Source: "The Effects of Childhood Maltreatment on Brain Structure, Function and Connectivity," by Martin H. Teicher et al., in Nature Reviews, Vol. 17; October 2016 (brain graphic reference); Graphic by Now Medical Studios

время способы лечения ПРЛ. Вернувшись в Германию, он создал первое в стране отделение, специализирующееся на лечении ПРЛ методом диалектической поведенческой терапии. С тех пор появилось много *DBT*-клиник в Европе, США, они начали открываться в Латинской Америке, Азии и на Ближнем Востоке. Однако, несмотря на преимущества *DBT*, с годами Бохус увидел также и моменты ограниченности этого метода, когда пытался разобраться с травмой, которая была у многих его пациентов.

Травма с большой буквы

ПТСР в качестве официального диагноза появился в *DSM* в 1980 г.; впервые туда попало психическое заболевание, вызванное внешней причиной. ПТСР определялось как состояние, при котором вследствие ужасного события появились такие проблемы, как навязчивые воспоминания, ночные кошмары и тревожность. О таких заболеваниях было известно десятилетиями: вспомним, например, «боевую психическую травму», описанную во время Первой мировой войны. Но появление диагноза в *DSM* произошло благодаря осознанию психологических потребностей ветеранов войны во Вьетнаме.

В начале 1990-х гг., после многолетнего изучения литературы о переживших травму, психиатр из Гарвардского университета Джудит Герман (Judith Herman) предложила понятие «комплексное ПТСР» в качестве нового диагноза (отличного от ПТСР) для описания совокупности симптомов, возникших после длительного воздействия сильнейшего стресса. Герман отмечала, что такое состояние возникает, когда один человек находится под контролем другого человека, например в условиях тюрем или концентрационных лагерей, или в некоторых семьях. Среди симптомов были сложности с регулированием эмоций, нестабильность личных отношений, патологические изменения в идентичности и самооценке и самоповреждающее поведение.

«Сейчас диагноз ПТСР сформулирован таким образом, что учитывает главным образом наблюдения за пережившими относительно кратковременные травматические события, — писала Герман в статье в 1992 г. — Эта формулировка не отражает многообразных последствий длительной, повторяющейся травмы». Она также отмечала, что симптомы людей с КПТСР «слишком легко приписывались исходным особенностям характера» и могли быть ошибочно диагностированы как пограничное расстройство.

Споры продолжались десятилетиями. Одной из главных причин для разногласий оказалось значительное перекрывание этого диагноза с ПРЛ. Психиатр и директор Института расстройств личности им. Джона Гандерсона Больницы Маклина Лоис Чой-Каин (Lois Choi-Kain) вспоминает шумные дискуссии, бушевавшие в начале 2000-х гг. «Были огромные разногласия и почти бешеные споры о различии между ПРЛ и ПТСР или расстройствами, связанными с травмой, как будто они были взаимоисключающими и в итоге могло остаться только что-то одно», — рассказывает психиатр. Она поясняет, что люди обычно делились на два лагеря: те, кто считал, что ПТСР неправильно рассматривать как проблему личности, и те, кто говорил, что у многих с ПРЛ в прошлом была травма, но это не дает полного объяснения заболеванию.

Главным вопросом в этих спорах был: что считать травмой? Хотя некоторые люди с ПРЛ, такие как Энн, в прошлом пережили тяжелые травматичные события и им явно можно

диагностировать КПТСР, у многих других такого не было. Например, у Ребби Ратнер (Rebbie Ratner), женщины 49 лет, которой десять лет назад диагностировали ПРЛ, ведущей на *YouTube* канал «Пограничные заметки» (*Borderline-Notes*) для повышения осведомленности об этом заболевании. Ратнер рассказывает, что в ее жизни был период, когда она рассматривала диагноз КПТСР в качестве объяснения сильной эмоциональной боли и большого количества своих проблем, в числе которых было много разрушенных отношений и серьезное расстройство пищевого поведения. «Это объяснение никогда меня полностью не устраивало, — говорит Ратнер. — В моей семье было несколько действительно психологически тяжелых событий, — поясняет она, — но ни одно из них не было достаточно серьезным, чтобы соответствовать критерию травмы, вызывающей заболевание. И, я думаю, мои родители действительно любят меня».

В пятом и последующих изданиях *DSM* «травма» определяется как событие, представляющее собой «смерть или угрозу смерти, серьезное телесное повреждение или сексуальное насилие». Человек может непосредственно участвовать в этом событии, наблюдать за ним, знать, что оно произошло с близким членом семьи или другом, или неоднократно сталкиваться с таким событием (например, если он работник экстренной службы). Однако для многих специалистов в области психического здоровья понятие травмы не так однозначно. Официальное определение можно считать травмой с большой буквы, тогда как травма с маленькой буквы, связанная со словесными оскорблениями, пренебрежением, буллингом и бедностью, считается недостаточно серьезной, чтобы соответствовать диагнозу. «Определение травмы — это всегда чрезвычайно сложно», — говорит психолог из Цюрихского университета и один из сторонников понятия КПТСР Андреас Меркер (Andreas Maercker).

В крупном американском исследовании потенциально травмирующих событий (начиная от насилия и пренебрежения и заканчивая взрослением в нестабильной семье) показано, что почти две трети взрослых в детстве пережили по крайней мере одно такое событие. Нейровизуализация мозга этих людей показала, что некоторые травмы с маленькой буквы могут оставлять неизгладимые следы в мозге, особенно если эти события происходили в детстве или в подростковом возрасте, когда мозг все еще развивается. Некоторые из таких изменений весьма специфичны. Например, у людей, которых словесно оскорбляли родители, по-видимому, наблюдаются изменения в слуховой зоне коры, которые коррелируют с вербальными трудностями в более позднем возрасте. Среди более широких последствий — уменьшение размера гиппокампа (структуры, участвующей в процессах обучения и памяти), повышенная активность миндалины (важнейший центр регуляции эмоций) и изменение связей между этими и другими участками мозга.

«Последствия эмоционального насилия или эмоционального пренебрежения действительно весьма серьезны, — говорит Мартин Тейчер (Martin Teicher), руководитель Исследовательской программы по биопсихиатрии развития в Больнице Маклина. — По своему воздействию на мозг они полностью сопоставимы с физическим и сексуальным насилием».

При обследовании людей с диагнозом ПРЛ был выявлен целый ряд внешних воздействий, повышающих риск развития этого заболевания. К ним относятся как травмы с большой буквы, такие как сексуальное насилие в детстве, так и травмы с маленькой буквы, такие как грубые методы воспитания, пренебрежение и буллинг. Бохус вместе с другим психиатром из *ZI*, Кристианом Шмалем (Christian Schmahl), и их коллегами обнаружили, что у пациентов с ПРЛ и у людей, переживших травмы, имеются некоторые общие нейробиологические изменения, среди них структурные и функциональные нарушения в связанной с эмоциями лимбической системе, в состав которой входят миндалина и гиппокамп.

Шмаль говорит, что такие схожие изменения могут быть признаками травмы или стресса, из-за которых развилось ПРЛ. Четко охарактеризовать особенности ПРЛ на нейронном уровне пока затруднительно, но уже получены результаты, на основе которых могут появиться новые способы лечения. Шмаль с коллегами из *ZI* сейчас проверяют, можно ли дополнить существующие методы лечения еще и использованием биологической обратной связи, когда людей учат контролировать активность определенных отделов мозга, в частности миндалины, в режиме реального времени.

«Травматические события, будь то травля в детстве или пренебрежение со стороны родителей или воспитателей, имеют долгосрочные последствия — они влияют на вашу способность доверять другим, регулировать свое эмоциональное состояние, справляться с проблемами, — рассказывает Шелли Макмейн (Shelley McMain), специалист по клинической психологии из Центра наркологии и психического здоровья в Торонто. — Они влияют на различные сферы жизни, поэтому я думаю, что очень важно учитывать последствия неблагоприятного детского опыта при лечении людей, у которых диагностировано пограничное расстройство личности».

Некоторые специалисты, например Чой-Каин, считают, что хотя стресс и прошлые травмы играют большую роль в развитии ПРЛ, у этого расстройства есть и другие причины. Во-первых, в исследованиях, где сравнивали идентичных

и разнояйцовых близнецов (то есть тех, у кого почти 100% генов одинаковые, и тех, у кого таких генов примерно 50%) и оценивали вероятность распространения заболевания в семье, оказалось, что это расстройство хорошо наследуется, следовательно, здесь должен быть еще и генетический компонент. По словам Карлы Шарп из Хьюстонского университета, такая биологическая предрасположенность может означать, что ребенок рождается с повышенной чувствительностью и из-за этого с большей вероятностью сложные ситуации станут для него травмирующими.

Кроме того, Чой-Каин отмечает, что между травмой и ПРЛ есть двусторонняя связь. Такие симптомы ПРЛ, как нарушение эмоциональной регуляции и высокая чувствительность в межличностных взаимодействиях, могут повысить уязвимость в стрессовой ситуации, помешать человеку полноценно общаться и эффективно справляться с проблемами. «Человек с повышенной эмоциональной чувствительностью и чувствительностью к межличностным взаимодействиям становится импульсивным и злится на людей, когда ощущает обиду или угрозу, и рискует быть неправильно понятым, отвергнутым, получить замечание или ответную агрессию, — добавляет она. — Этим объясняется, почему люди с таким расстройством постоянно сталкиваются с социальными трудностями». Например, в одном исследовании в 2014 г. с участием более 2 тыс. девочек-подростков и их родителей выяснилось, что выраженность симптомов ПРЛ позволяет предсказать, насколько жестким будет поведение родителя в следующем году.

Чой-Каин считает, что замена диагноза ПРЛ на КПТСР способна принести больше вреда, чем пользы. «У человека может развиться ПРЛ из-за того, что ему выпала слишком неблагоприятная комбинация биологических и средовых факторов, — рассказывает она. — И делать акцент на наличии травмы — все равно что говорить, будто право на этот диагноз есть только у тех, кто пережил серьезную травму».

Травматическое обесценивание

Одна из самых больших и давних загадок — почему у некоторых людей, имеющих неблагоприятный детский опыт, в результате развиваются ПРЛ или иные заболевания, например КПТРС, депрессия или наркотическая зависимость, а у других нет. В поисках ответов группа Тейчера с помощью методов нейровизуализации обследовала людей, у которых не было никаких психиатрических диагнозов, несмотря на жестокое обращение в раннем возрасте. К удивлению ученых, мозг этих людей выглядел почти так же, как у людей с разнообразными диагнозами, но в некоторых областях, например в миндалине, имелись отличия. По словам Тейчера, с помощью таких отличий можно объяснить, почему некоторым людям удается противостоять психологическим последствиям проблем в раннем возрасте.

Какие факторы обеспечивают устойчивость либо уязвимость, остается неясным. Возможно, те, у кого развилось ПРЛ, росли в условиях, которые Линехан называет «травматичной обесценивающей средой», где человек ощущает, что окружающие его не принимают. Это могут быть, например, недостаток сочувствия и родительской заботы в трудную минуту, постоянное неодобрение от членов семьи или буллинг со стороны сверстников. Бохус рассказывает, что накопление таких событий может привести к целому ряду негативных последствий, таких как чувство отчуждения и повышенная чувствительность к отторжению. «Большинству наших пациентов было очень сложно приспособиться к положительным сигналам из-за подобного опыта повторяющегося травматического обесценивания», — говорит Бохус.

Изучив десятки женщин, подвергшихся жестокому сексуальному насилию в раннем возрасте, Бохус с коллегами нашли доказательства того, что те, кому удалось избежать дополнительного мучительного обесценивания, способны формировать полноценные партнерские отношения и жить без психиатрических проблем. По словам Бохуса, очень важно, что у них был кто-то, с кем они могли обсудить произошедшее. «Конечно, это ужасно, это трагедия, — говорит он. — Но если вам есть, с кем это обсудить, то это чуть менее трагично».

Энн считает главной причиной своих проблем постоянное обесценивание со стороны родителей. «Я не могу по-настоящему любить себя, потому что мои родители говорили мне, что я не заслуживаю любви, — рассказывает она. — Мне нужно преодолевать это ежедневно. Каждый божий день я просыпаюсь и говорю, что хочу жить иначе». Само по себе хроническое обесценивание тоже считается травмой с маленькой буквы, но может и без других тяжелых и болезненных событий приводить к развитию ПРЛ. Яна (имя изменено из соображений конфиденциальности), пациентка с ПРЛ, проходящая лечение в *ZI*, рассказывает мне, что развитию ее состояния, вероятно, способствовало отсутствие эмоциональной поддержки в детстве. «Я не знаю, любила ли меня мать или просто считала, что должна любить, а что касается отца — я знаю, что он любил меня, но не умел этого показать, — говорит она. — Если родители не ценят ваши чувства <…>, вы так и не научитесь строить отношения и пользоваться своими эмоциями».

Разорвать замкнутый круг

Стационар для пациентов с ПРЛ и КПТСР в Мангейме расположен в одном из новейших зданий Центрального института психического здоровья. Фасад дома преимущественно стеклянный,

а внутри чисто и светло. Стефани Молл (Stephanie Mall), молодой психолог, работающая в отделении, проводит мне экскурсию по этажу, где находятся взрослые пациенты. Двери с именами пациентов прикрыты, и атмосфера неожиданно спокойная. «Здесь всегда так тихо?» — спрошу я позже. «Нет, не всегда», — смеясь ответит Молл. Она поясняет, что во второй половине дня большинство пациентов либо выходят на улицу, либо ложатся вздремнуть. По утрам обычно происходят сеансы групповой и личной терапии, поэтому к полудню многие устают.

Когда мы уселись пообедать в парке в квартале от *ZI*, Молл рассказала о пациентке, поступившей в клинику после попытки самоубийства, приведшей ее в реанимацию. Ей диагностировали ПРЛ, и состояние ее было очень тяжелым — она почти не разговаривала, была чрезвычайно подавлена, постоянно резала руки так сильно, что раны приходилось зашивать. «Мы выяснили, что у нее ПТСР», — рассказывает Молл. Женщина пережила серьезное насилие, как сексуальное, так и иное. Только после диалектической поведенческой терапии и лечения травмы пациентке стало лучше. «Она больше не занимается самоповреждением, — говорит Молл. — Она не пытается покончить с собой. Она хочет жить». Раньше «все считали ее агрессивной, манипулятивной, все время сопротивляющейся, но никто не интересовался, почему она такая».

Несколько групп клинических исследователей в разных концах земного шара сейчас работают над тем, чтобы при лечении ПРЛ обращали внимание на травму. В *ZI* группа Бохуса предложила новый способ лечения, сочетающий диалектическую поведенческую терапию и терапию для травмы (во время которой пациент в безопасной среде сталкивается со стимулами, запускающими воспоминания о травме), и назвала этот подход *DBT-PTSD* (диалектическая поведенческая терапия для посттравматического стрессового расстройства). Одна из основных задач такого лечения — помочь людям связать свой предыдущий травматичный опыт со своим нынешним состоянием и при этом определить, какими стимулами запускаются нежелательные мысли и поведение. «Вам нужно вновь вспомнить эти стимулы и научить мозг, что теперь они ничего не значат», — объясняет Бохус. Сама по себе диалектическая поведенческая терапия хорошо учит людей описывать и регулировать свои эмоции, чтобы контролировать свое поведение. Однако она почти никогда не занимается сменой значения стимулов.

Бохус с коллегами недавно провели многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование в трех амбулаторных клиниках в Германии, чтобы оценить эффективность своего способа лечения для женщин с ПТСР, связанным с пережитым в детстве насилием, при этом имеющих несколько признаков ПРЛ. В ходе исследования, опубликованного в июле 2020 г. в журнале *JAMA Psychiatry*, было показано, что такое лечение достоверно ослабляло симптомы ПТСР и ПРЛ, причем в большей степени, чем хорошо зарекомендовавшая себя когнитивно-обрабатывающая терапия.

Сейчас эта исследовательская группа модифицирует лечение таким образом, чтобы оно подходило людям с ПРЛ, но без больших травм в прошлом, и чтобы оно было направлено непосредственно на последствия травматического обесценивания. Исследователи назвали новый метод «структурированной экспозицией в диалектической поведенческой терапии» (*SE-DBT*). В январе начнутся его первые испытания в двух клиниках в Германии и в одной в Канаде. «Я считаю, что акцент на работе с травмой при психотерапии ПРЛ — это революционная идея и, вероятно, запоздалая, — говорит Макмейн, которая возглавит испытания в Канаде в Центре наркологии и психического здоровья. — Мы надеемся, что это ускорит изменения и восстановление».

Проведя несколько месяцев в *ZI* в клинике для пациентов с ПРЛ и КПТСР, Энн сейчас продолжает лечиться амбулаторно. Она все еще работает с пережитой травмой, но ее способность контролировать свои эмоции значительно улучшилась.

Даже при доступности новых способов лечения многие люди с сочетанием диагнозов ПРЛ и КПТСР все еще испытывают значительные сложности при поиске психотерапевтов, способных по приемлемой цене предоставить такое лечение, длящееся месяцами или даже годами. Для Пегги Ван (Peggy Wang), американки, у которой диагностировали одновременно ПРЛ и КПТСР, главный вопрос не в том, какой диагноз ей больше подходит, а в том, как ей получить лечение, которое ей поможет. У Ван множество проблем, среди которых употребление наркотиков, отсутствие постоянной работы, сложности с формированием здоровых отношений. Она считает, что все это связано с пережитым эмоциональным и физическим насилием со стороны родителей. Ван рассказала мне, что в течение десяти лет меняла психотерапевтов одного за другим в Нью-Йорке и Калифорнии. Когда в итоге она нашла подходящего, то смогла заплатить лишь за небольшое количество сеансов.

«Неважно, как это назвать, — говорит Ван. — Важно найти от этого спасение». ■

Перевод: М.С. Багоцкая

ИЗ НАШИХ АРХИВОВ

■ Квон Д. Расстройство мозга и психики // ВМН, № 1–2, 2021.