АНДРЕЙ КЛЮЕВ

ТЕЛО БЕРЁТ СВОЁ

ПРИЧИНЫ И ЛЕЧЕНИЕ ОКР И РПП

Новый взгляд на навязчивые мысли, анорексию, булимию, переедание.



Автор — психолог, более 10 лет работает с РПП и ОКР.

16+

Андрей Клюев

Тело берёт своё. Причины и лечение ОКР и РПП. Новый взгляд на навязчивые мысли, анорексию, булимию, переедание

«Автор»
2026

Клюев А. А.

Тело берёт своё. Причины и лечение ОКР и РПП. Новый взгляд на навязчивые мысли, анорексию, булимию, переедание / А. А. Клюев — «Автор», 2026

Книга адресована людям с РПП и ОКР, их близким, психологам и психотерапевтам и всем, кто интересуется психологией. Почему одни и те же обстоятельства у одного человека заканчиваются анорексией, у другого булимией или навязчивыми ритуалами? Автор, психолог с более чем 10-и летней практикой работы с РПП и ОКР, рассматривает симптом как способ, которым организм сбрасывает хронический стресс.В книге собраны данные мировых исследований о том, как сегодня лечат расстройства пищевого поведения и навязчивости и каких результатов достигают на разных сроках после лечения.Описаны механизмы появления симптома, роль семьи и детского опыта, авторская психологическая концепция и метод ППТ (поэтапной проработки психологических травм).Истории людей, прошедших через расстройство, показывают путь от симптома к его причине.Администрация сайта Литрес не несет ответственности за представленную информацию. Могут иметься медицинские противопоказания, необходима консультация специалиста.

© Клюев А. А., 2026
© Автор, 2026

Содержание

Пролог. Лицом к симптому 6
ЧАСТЬ I. Что лечит медицина — и почему этого мало 10
Глава 1. Карта путешественника с расстройством 11
Глава 2. Что остаётся, когда лечение закончилось 21
Глава 3. Чего на самом деле хочет человек 35
ЧАСТЬ II. Новый взгляд: зачем нужен симптом 46
Глава 4. Когда симптом кажется спасением 47
Конец ознакомительного фрагмента. 49

Андрей Клюев
Тело берёт своё. Причины и лечение ОКР и РПП. Новый взгляд на навязчивые мысли, анорексию, булимию, переедание

«Главный враг знания — не невежество, а иллюзия знания».
Стивен Хокинг

Пролог. Лицом к симптому

Чтобы встретиться с навязчивыми мыслями или с войной против еды, не нужно попадать в больницу. Эти расстройства живут в обычных семьях, рядом с каждым из нас. Обсессивно-компульсивное расстройство в какой-то момент жизни переносит примерно каждый сотый взрослый, по некоторым оценкам каждый пятидесятый. В мире это десятки миллионов людей. Расстройства пищевого поведения, если считать все их формы, за жизнь переносит примерно каждая двенадцатая женщина и каждый пятидесятый мужчина. Прямо сейчас с ними живут больше пятидесяти миллионов человек.

А граница между расстройством и обычной жизнью тоньше, чем принято думать. Непрошеные навязчивые мысли бывают почти у каждого, больше чем у девяти человек из десяти. У каждого пятого подростка по скрининговым анкетам есть признаки нарушенного питания. Коллега, который трижды возвращается проверить, выключен ли утюг. Подруга, которая второй год «просто следит за питанием». Девочка в классе вашего сына, которая перестала ходить в столовую. Большинство из них никогда не получат диагноза. И возможно, что механизм, который у них включился, тот же самый, что и у тех, кто попадёт в кабинет к психиатру.

Начинается всё обычно рано. Почти у половины людей с ОКР расстройство появляется до совершеннолетия, а расстройства пищевого поведения чаще всего начинаются в пятнадцать-шестнадцать лет. Это возраст, когда человек ещё живёт в родительской семье, ест за общим столом и спит через стену от родителей. Об этом важно помнить, потому что дальше в книге я много буду говорить о семье. Анорексия при этом входит в число психических расстройств с самой высокой смертностью. У тех, кто ею болеет, риск умереть в пять-шесть раз выше, чем у сверстников. Сколько таких людей в России, никто точно не знает. Официальный учёт видит лишь малую часть, а крупных исследований у нас не проводилось.

Что симптом делает с жизнью

Эти расстройства умеют прятаться. Они выглядят как характер, как привычка, как «просто я такой». Человек годами борется с собой вместо того, чтобы лечить расстройство, о котором не догадывается. При ОКР от первых симптомов до первой помощи проходит в среднем около семи лет. При расстройствах пищевого поведения за лечением обращается лишь примерно каждый четвёртый. Остальные справляются сами, как умеют.

Пока человек справляется сам, симптом постепенно занимает центр его жизни. День выстраивается вокруг еды или вокруг ритуалов. Поездка планируется так, чтобы не оказаться там, где нельзя проверить, вымыть, пересчитать. Отпуск выбирается по тому, можно ли там контролировать, что окажется в тарелке. И вместе с человеком вокруг симптома выстраивается вся его семья. При ОКР в девяти семьях из десяти близкие подстраиваются под ритуалы, отвечают на одни и те же вопросы, ждут, пока закончится проверка, примерно в половине семей это происходит каждый день. В клинике это называют семейной аккомодацией, в книге это названо обслуживанием симптома. Муж моет руки перед тем, как коснуться ребёнка, потому что иначе жена не выдержит. Мать готовит отдельно для дочери, которая ест только из определённой посуды. Все они делают это из любви, и все они, сами того не зная, кормят расстройство.

Поэтому я с самого начала скажу то, что буду повторять на протяжении всей книги. В моей модели симптом может временно снижать накопленный у человека стресс. А одним из его источников бывают отношения с другими людьми, прежде всего, в семье. Поэтому в работе с симптомом я исследую и эти отношения.

Что изменилось в знании

Полвека назад человеку с навязчивостями почти нечего было предложить. Сегодня есть методы, польза которых доказана в исследованиях. В мире психотерапия для ОКР, булимии и переедания, семейная терапия для подростковой анорексии стали обычным делом. Они помогают многим, и я буду подробно о них говорить. Но исследования исходов говорят и о другом. В ряде исследований, даже после хорошо организованного лечения, ремиссии к моменту оценки достигают около половины пациентов. У других наблюдают частичное улучшение, отсутствие выраженного результата или последующий возврат симптомов. Показатели различаются по расстройствам, методам и срокам наблюдения.

Параллельно с клиникой росла другая наука, которая редко попадает в кабинет к врачу. Наука о стрессе выяснила, что происходит с человеком, когда давление длится годами и выхода из него нет. Исследования показывают, что в некоторых обстоятельствах подавление внешнего выражения эмоций сопровождается усилением физиологического напряжения. Наука о привязанности описала, что делает с ребёнком семья, в которой нельзя быть собой. Эти данные помогли мне по-новому посмотреть на симптом. В моей модели он может служить способом временно выдерживать напряжение, с которым человеку невозможно справиться иначе. Ритуал снимает напряжение. Голод приглушает чувства. Переедание на несколько минут выключает боль. Это работает, и потому от этого так трудно отказаться.

Отсюда и название книги. Когда эмоцию нельзя выражать, тело берёт своё. Что именно это значит, вы узнаете, прочитав книгу.

Три пути помощи

Если смотреть на то, как в мире помогают людям с ОКР и расстройствами пищевого поведения, я вижу три пути. Они не отменяют друг друга, и у каждого есть своё место.

Первый путь идёт через лекарства. Препараты могут снизить напряжение и приглушить громкость симптома, и для многих это единственная возможность начать хоть какую-то работу. Но лекарство ничего не знает о том, откуда симптом взялся. Оно убавляет звук, не трогая источник.

Второй путь идёт через мысли и поведение. Человека учат замечать искажённые мысли и шаг за шагом встречаться с тем, чего он боится, не выполняя ритуал и не убегая в голод или переедание. Этот путь лучше всех проверен в исследованиях, и клинические руководства во многих странах ставят его первым. Здесь большое внимание уделяют симптомам и механизмам, которые поддерживают их сегодня. При этом работа может затрагивать эмоции, отношения и обстоятельства жизни. Меня дополнительно интересует, как возникли сами поддерживающие механизмы.

Третий путь идёт к источнику. К накопленному стрессу, к эмоциям, которые человек привык сдерживать, и к отношениям, которые могут быть источником напряжения. Я предполагаю, что уменьшение источников накопленного стресса может ослабить потребность в симптоматическом поведении. Об этом пути написано очень мало. К нему относится и мой метод, ему посвящена большая часть книги. В своей практике я наблюдал улучшения при работе этим методом. Однако как целостный подход ППТ ещё не проходил клинических испытаний, поэтому судить объективно о его эффективности по моим наблюдениям пока нельзя.

Откуда мой взгляд

Я психолог, больше десяти лет работаю с людьми с обсессивно-компульсивным расстройством или расстройствами пищевого поведения, а также с их родителями. В гештальт-терапии я познакомился со взглядом на симптом как на способ приспособления к трудной ситуации. Этот подход часто помогал мне понять происходящее с клиентом, и я постепенно стал его развивать. Сначала работал преимущественно с самими клиентами, позже всё больше внимания уделял их семьям. За годы практики были и успехи, и неудачи. Когда я начал писать книгу, обратился к исследованиям, проведённым в разных странах, и стал сопоставлять их результаты со своими наблюдениями. Для некоторых моих предположений нашлась научная поддержка, другие пока не проверены. Именно поэтому в сносках я стараюсь отделять установленные результаты исследований от собственных гипотез и клинического опыта.

После обучения гештальт-терапии у Ирины Булюбаш и Олега Немиринского я прошёл специализацию по РПП у Валерия Патонича, в его реабилитационном центре на Украине. С этого началась моя работа с расстройствами пищевого поведения. Моей первой клиенткой с анорексией стала девушка с огромными голубыми глазами. Когда я увидел её впервые, я испугался её худобы. Мы работали полгода. Два месяца я пытался понять, что могло стать источником её стресса, пока не попросил нарисовать себя в прошлом, настоящем и будущем. Этот рисунок помог мне найти возможную связь между её переживаниями и симптомом. Сейчас я понимаю, что это была очень лёгкая клиентка, и в этом мне повезло. После неё у меня появилась уверенность, что с анорексией я могу работать.

Но когда я начал работать самостоятельно, результаты оказались очень скромными, и пришлось искать новые методы. На одном из семинаров Елены Петровой я узнал, что такое травма, и познакомился с её методикой работы через фигуру защитника. Позже я понял, что это один из вариантов рескриптинга, то есть изменения травматичной сцены в воображении. В том варианте, которому меня обучали, в сцену входит защитная фигура. Там же Елена показала эту работу в таком порядке: сначала защитник, потом агрессор, потом жертва. Она же посоветовала книгу Бессела ван дер Колка «Тело помнит всё». Я прочитал её за неделю и нашёл в ней EMDR. Я обучился этому методу и увидел, что вместе с рескриптингом его действие усиливается. Так начал складываться мой метод.

В 2018 году я попробовал открыть собственный центр, наподобие лагеря, где подростки с РПП жили и работали вместе с психологом. Маркетинг я не рассчитал, клиентов не хватило, и через четыре месяца центр закрылся. Но за эти месяцы я успел пожить рядом с детьми, у которых РПП, и увидел весь их ужас и все трудности их родителей. Я услышал их детские истории и познакомился с родителями, которые не видели психологических потребностей своих детей и считали это болезнью, которую надо вылечить, и не видели своего вклада в болезнь. Там я начал понимать детей, которые снижают вес вопреки здравому смыслу.

Работа с ОКР началась с рекомендации. Девушка, которая работала со мной по поводу РПП, посоветовала меня своему молодому человеку, у которого были навязчивости. Работая с ним, я впервые увидел, что за навязчивостями может стоять тот же механизм, что и за РПП.

У меня были и неудачи, когда за три месяца метод не помогал, несмотря на все усилия. Так бывало с людьми, которые почти перестали чувствовать свои эмоции и им необходимо было больше времени для работы, чтобы проработать свои травмы и рефлексы.

Главное, что я увидел за эти годы, умещается в одну фразу. Когда что-то меняется в семье, ребёнку становится легче, даже если сам ребёнок в кабинете не появляется. Поэтому родители на моих приёмах сидят чаще, чем их дети, и поэтому эта книга обращается к ним не меньше, чем к тем, кто болен. Поэтому мне даже не важно, готов ребёнок лечиться или нет:

работа с подростком обычно начинается через родителя. А иногда на работе с родителем и заканчивается, если ребёнок выздоравливает. Почему так, я разбираю в восемнадцатой главе.

Как читать эту книгу

В книге пять частей. Первая рассказывает, какие методы помощи при ОКР и РПП есть в мире, и насколько каждый из них помогает. Вторая объясняет, откуда симптом берётся, через стресс, чувствительность и невыраженные эмоции. Третья показывает механизмы поддержания РПП и ОКР и то, что у них общий корень. Четвёртая говорит о семье, о родительских защитах, которые передаются детям и поддерживают симптом. Пятая описывает мой метод, от первой встречи до того момента, когда человек возвращается к себе. В приложениях собраны цифры и детали для тех, кому они нужны.

Я писал книгу для трёх читателей. Для человека, который болен и устал бороться с собой. Для родственников, которые живут рядом с больным. Для психолога, который работает с такими клиентами и хочет увидеть симптом с другой стороны. Каждый из них найдёт здесь своё, и я постарался уважительно подойти к каждому читателю.

Герои этой книги собирательные. У каждого из них несколько прототипов из моей практики, обстоятельства и имена изменены так, что узнать реального человека нельзя, а сходство с кем-то конкретным будет случайным. Но думаю, что многие узнают в них себя.

В сносках я даю не только источники, но и оценку того, насколько им можно верить. Знак ✓ означает, что утверждение подтверждено метаанализом или повторёнными исследованиями, что это классический факт или что понятие изложено так, как его описал тот, кто его ввёл. Знак ◐ означает, что опора частичная. Это одно исследование, маленькая выборка, корреляции, тезисы конференции, данные по близкому вопросу, на животных или на здоровых людях, когда вывод сделан о больных. Знак ✱ означает мою гипотезу или наблюдение из моей практики, которые наука пока не проверяла. Знак ✗ означает, что утверждение опровергнуто или при проверке не подтвердилось.

Слово «стресс» я использую не совсем так, как принято. С одной стороны, стрессом я называю только дистресс. Это состояние, когда организм пытается приспособиться к тому, что происходит, и не может, потому что ему чего-то не хватает. Если организм с нагрузкой справляется, в науке это называют эустрессом, и стрессом я его не называю. С другой стороны, стресс я ищу не только в теле и в психике, но и в отношениях с людьми. Бывает, что сам человек стресса не чувствует, а тяжело становится его близким. Это я тоже считаю стрессом, только виден он по окружающим. Подробное определение и то, как оно связано с определениями других учёных, вы найдёте в Приложении Б. Короткое определение есть в Словаре терминов, в Приложении Д.

В моей модели симптом иногда становится последним доступным человеку способом снижать напряжение. Со временем такая защита может начать разрушать жизнь. Эта книга о том, как искать источники накопленного стресса и уменьшать их влияние, чтобы потребность в симптоме могла ослабнуть. А начинается всё с уставшего и измученного человека, который стоит на пороге моего кабинета.

ЧАСТЬ I. Что лечит медицина — и почему этого мало

Эта часть отвечает на вопрос, что сегодня предлагают человеку с навязчивостями или расстройством пищевого поведения и чем каждая из этих дорог заканчивается. Сначала мы пройдём по карте помощи целиком, от кабинета психиатра до группы поддержки. Потом посмотрим, что остаётся после курса, когда симптом стал тише, а жизнь не изменилась. И закончим вопросом, который на приёме звучит чаще всего, хотя в исследованиях его почти не задают. Чего человек на самом деле хочет, когда просит избавить его от симптома?

Глава 1. Карта путешественника с расстройством

Путешественник на пороге

Ко мне на приём редко попадают сразу после того, как появилось расстройство. Обычно у человека, который впервые садится напротив, за плечами уже длинный список специалистов — иногда не по одному кругу.

Представьте этого человека. Ему может быть пятнадцать, тридцать или сорок пять. Он вежлив, собран и очень устал — той особенной усталостью, которую нельзя вылечить выспавшись. В его жизни есть область, о которой он давно не рассказывает никому: то, что он делает с едой, или то, что заставляют его делать навязчивые мысли. Он умеет держать лицо. Он держит его так давно, что почти забыл, каково это — быть расслабленным.

Эта глава — про его дорогу. Про все двери, в которые стучится человек с расстройством пищевого поведения (РПП) или обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР), прежде чем ему становится по-настоящему легче. Я хочу пройти эту дорогу вместе с вами не спеша и честно: показать, что за каждой дверью предлагают, на что каждый подход делает ставку — и во что он иногда упирается. Забегая вперёд, скажу: это хорошая карта дорог. За многими из этих дверей людям действительно помогают.

У многих маршрут начинается с долгих лет без помощи. Человек уже замечает тревожные признаки, иногда думает обратиться к специалисту, но всякий раз останавливает себя: «я должен справиться сам», «а вдруг что-то случится?», «у других проблемы посерьёзнее», «надо просто взять себя в руки», «ещё раз перепроверю, а завтра перестану», «пока всё не так плохо», «мне никто не поможет», «с понедельника всё беру под контроль», «не знаю к кому обратиться», «посчитают меня сумасшедшим», «мне нельзя ошибаться», «я просто сильно устал». Иногда состояние постепенно ухудшается, иногда наступает событие, после которого справляться с работой и обычными делами становится особенно трудно. И тогда начинается дорога в ТудаНеЗнаюКуда, так я называю поиски помощи, когда ещё неизвестно, к кому обращаться и что делать. Бывает, что эту дорогу начинает родитель, когда заболевает ребёнок, и тогда причину ищут уже для ребёнка.

Как становятся путешественником

Никто не просыпается утром, ни с того ни с сего с готовым решением записаться к психиатру. Часто до первого обращения к психиатру проходят месяцы или годы самостоятельных попыток справиться. Человек читает статьи в три часа ночи, обещает себе «с понедельника», покупает книги, которые должны всё объяснить. Он говорит себе то, что сказали бы ему окружающие, если бы узнали: возьми себя в руки. Не выдумывай. У других вон какие проблемы — а у тебя что?

Со стороны это выглядит как бездействие. Изнутри это тяжёлая работа. Скрывать, компенсировать, договариваться с собой, выторговывать у симптома ещё один спокойный вечер — на это уходят силы, которых со временем остаётся всё меньше. Держит человека на этом этапе не глупость и не упрямство, а вполне понятная связка: стыд, вина, надежда и страх. Стыдно признать, что не справляешься сам, — нас всех растили справляться. Надежда шепчет, что вот-вот само пройдёт: бывали же недели, когда было полегче. А страх дорисовывает, что будет, если рассказать: не поймут, испугаются, будут смотреть иначе.

Я не знаю ни одного клиента, который пришёл бы к специалисту «рано». К специалисту приходят не тогда, когда становится плохо. К специалисту приходят, когда перестаёт помогать привычное — когда старые способы держаться перестают работать, а новых нет.

Назову цифры — чтобы было понятно, какой длины бывает это «до». При обсессивно-компульсивном расстройстве от первых симптомов до адекватного лечения проходит в среднем около семи лет; в отдельных опросах называют сроки и вдвое длиннее[1]. С расстройствами пищевого поведения картина не лучше: за специализированной помощью обращается лишь примерно каждый четвёртый[2] — остальные годами справляются сами, как умеют. Эти цифры — не про лень и не про безответственность. Они про то, как устроены сами расстройства: и ОКР, и проблемы с едой умеют выдавать себя за характер, за привычку, за «просто я такой» — и человек честно борется с собой вместо того, чтобы лечить болезнь, о существовании которой не догадывается.

И даже тогда первый шаг чаще всего делается не в ту сторону, куда мы с вами подумали бы.

Не та дверь

Тело начинает жаловаться раньше, чем человек соглашается признать беду. Желудок, который отказывается работать. Сердце, которое колотится по ночам. Бессонница, головные боли, ком в горле. С этим идут туда, куда принято ходить с болезнями, — к терапевту, гастроэнтерологу, неврологу, кардиологу.

Начинается круг анализов. Врачи честно ищут в своём поле — и своими средствами часто ничего не находят. «Органической патологии нет». «Это у вас на нервной почве». Иногда в документах появляется диагноз «вегетососудистая дистония» (ВСД), который сам по себе не объясняет причин жалоб и не подсказывает конкретного способа помощи. Для людей это часто звучит обречённо, как будто «Вам нельзя помочь». Человек выходит из кабинета со смешанным чувством: тяжёлой органической патологии пока не нашли, но ему по-прежнему плохо и непонятно, что делать дальше. И нередко идёт по второму кругу, к другому врачу, потому что этот «наверное, ничего не понимает».

Справедливости ради: дело не только в самом человеке. Эти расстройства умеют прятаться и от врачей. В американском исследовании врачам общей практики описали типичные случаи ОКР — и половина не распознала его[3]. Хуже всего распознаются навязчивости на «стыдные» темы — про вред близким, про запретное: именно те, о которых человек и сам скорее промолчит. Даже когда навязчивости описаны врачу прямо, их часто не узнают. А в жизни пациент ещё и прячет самое главное, а то, что он всё-таки показывает (желудок, сердце, бессонницу), уводит врача в другую сторону.

Я не иронизирую над этой частью пути, и меньше всего — над врачами. Они делают свою работу, и делают её добросовестно. Просто жалоба, с которой к ним пришли, говорит на другом языке: телесном по форме, душевном по содержанию. Иногда на то, чтобы это расслышать, уходят месяцы. Иногда годы.

Кабинет, где дают название

Рано или поздно кто-то — врач, близкий человек, статья в интернете — произносит слова «психиатр» или «психотерапевт». В российской медицинской системе психиатр и врач-психотерапевт являются врачами: они могут устанавливать медицинские диагнозы и назначать препараты. Психолог врачом не является и использует психологические методы помощи, в том числе беседу, работу с образами, рисунком или игрой. Словом «психотерапевт» иногда назы-

вают и специалистов без медицинского образования, поэтому их квалификацию полезно уточнять. И здесь человек упирается в развилку, у которой он может простоять очень долго.

Слово «психолог» пугает меньше — за ним не мерещится ни диагноз, ни «учёт». Слово «психиатр» пугает сильно: в нашей стране за ним до сих пор тянется длинная тень, и страх «попасть в систему» бывает сильнее страха остаться один на один с симптомом. Поэтому многие сначала выбирают более мягкий вариант, идут к психологу. Иногда попадают удачно и оказываются у специалиста, который знает, что делать. Иногда попадают к человеку, который предлагает «поднять самооценку» или «поработать с отношениями», не распознав, что здесь нужна другая помощь.

Замечу справедливости ради: у этой развилки есть и обратная сторона. Кому-то, наоборот, везёт с первого раза — и путь, который у других растягивается на годы, у него занимает месяцы. Я описываю не приговор, а типичную траекторию: у каждого конкретного человека она своя, и чем больше вокруг становится грамотных специалистов, тем чаще этот путь сокращается.

Но однажды человек всё-таки оказывается в кабинете, где происходит простая и огромная вещь: его состоянию дают имя. Обсессивно-компульсивное расстройство. Расстройство пищевого поведения. Биполярное расстройство. Клиническая депрессия. Синдром дефицита внимания. Тревожное расстройство. Пограничное расстройство. Аутистический спектр. Название не всегда бывает точным. Для многих моих клиентов этот момент — первое облегчение за годы: у этого состояния есть название. Это не моя испорченность, не слабоволие и не уникальное проклятие — это известное состояние, его изучают, с ним работают, из него выбираются. Я не один. Мне смогут помочь!

И даже когда название наконец прозвучало, путь путешественника с расстройством не заканчивается: от постановки диагноза до начала подходящего лечения проходит, по данным исследований, в среднем ещё около полутора лет[4].

Одна клиентка сказала мне потом, что в ту минуту у неё будто выдохнуло что-то, сжатое годами: «Значит, я не сошла с ума. Значит, это лечат». Название не лечит само по себе — но оно превращает безымянный ужас в задачу, а с задачей человек уже умеет обращаться.

Вместе с названием человек обычно слышит и план. Направления выхода из этого, как правило, два, и они обычно дополняют друг друга: лекарства и психотерапия.

Громкость симптома

О лекарствах я скажу коротко и на общем уровне — не потому, что они не важны, а потому, что разговор о конкретных препаратах и схемах уместен только в кабинете врача, который видит перед собой живого человека. Всё-таки книга не может заменить посещение врача. Здесь важно понять роль медикаментозной помощи.

При ОКР и части расстройств пищевого поведения врач чаще всего предлагает антидепрессанты[5]. Их задача в этом маршруте — снизить громкость симптомов. Сделать навязчивый шум тише, тревогу переносимее, отчаяние не таким беспросветным. Едва ли не сильнее всего люди здесь боятся одного — «превратиться в овощ», потеряться, перестать быть собой. На деле смысл лекарства обратный: вернуть человеку силы для работы. И тогда с терапией справляться проще: симптом давит слабее. Хотя плата за это, конечно, есть: некоторые замечают, что вместе с остротой тревоги притупляется и способность радоваться, будто эмоции укрыли плёнкой. Об этом важно говорить с врачом, а не терпеть, — лечение, чаще всего, можно скорректировать.

Правда, и с лекарствами не всё так просто. Эффект приходит не сразу — его иногда приходится ждать неделями, продолжая жить со своей проблемой[6]. Первый подобранный вариант часто оказывается неподходящим. Поэтому важно не бросать пить лекарства, а вернуться к врачу и рассказать о своих ощущениях. Многих пугает сама идея «таблеток для головы»

— страх зависимости, страх «стать другим человеком». Это нормальные вопросы, и хороший врач разбирает их всерьёз, а не отмахивается. Важно одно: лекарства в этой истории часть помощи, но не вся[7]. Сила тревоги становится ниже. С самим симптомом человек идёт дальше — в терапию.

Навстречу страху

Если составить карту того, что сегодня в мире считается первой линией психотерапии при ОКР и РПП, в её центре окажется когнитивно-поведенческая терапия — КПТ[8]. Механизм этого подхода понятен: наши состояния держатся на связке из мыслей, эмоций и действий, и если терпеливо перестраивать эту связку, состояние меняется.

При ОКР у КПТ есть особая, самая известная и самая смелая техника — экспозиция с предотвращением ритуалов и других защитных действий[9]. Суть её проста: вместе с терапевтом, иногда за ручку в прямом смысле, малыми выверенными шагами, идти навстречу тому самому страху и не совершать ритуал, которым человек привык этот страх гасить. Прикоснуться — и не мыть. Выйти из дома — и не вернуться проверить. Оставить мысль недодуманной. Почти каждый, кто слышит это впервые, реагирует одинаково: «Подождите. Вы предлагаете мне специально это делать?» Да. В том и замысел: тревога, которую раз за разом выдерживают, не подкармливая ритуалом, постепенно теряет власть. На собственном опыте человек учится переносить тревогу и неопределённость без ритуала, даже когда невозможно получить абсолютную уверенность в безопасности. Примерно у половины людей, прошедших такой курс, навязчивости отступают всерьёз[10].

При расстройствах пищевого поведения у КПТ свои протоколы. Работа идёт вокруг двух опор: вернуть еде регулярность и предсказуемость — и расшатать убеждения, на которых держится симптом, вроде беспощадного «я чего-то стою, только когда себя контролирую». Человек ведёт записи, замечает связки между событиями, эмоциями и тем, что происходит с едой, учится проходить трудные моменты по-новому[11]. Со стороны это выглядит буднично — дневник, таблица, домашнее задание. Изнутри каждая строчка такого дневника бывает маленьким сражением: записать честно — значит увидеть; увидеть — значит признать. Терапевт в этой работе не судья и не тренер, а скорее штурман: он не проживёт страхи и ужасы за человека, но помогает проложить маршрут через трудные моменты.

Но иногда одного этого метода мало. Когда организм в слишком большом стрессе, разговорная терапия усваивается с трудом, ведь измученному ужасом телу не до перестройки убеждений. Тогда на первое место выходит тело. Ему возвращают силы под присмотром врачей, а психологическая работа идёт рядом и становится глубже по мере восстановления[12]. К этому повороту я вернусь в этой же главе, когда речь пойдёт о стационаре.

Я видел, что этот вариант работает, когда КПТ помогает возвращать управление собственной жизнью. Но я видел также моменты, когда экспозиция перестаёт работать. Метод требует, чтобы клиент выдерживал тревогу, а это не всем под силу, с тем стрессом и ужасом, который они носят в себе. Нужно делать между сессиями то, от чего человек годами убегал. Здесь звучит фраза, которую знает каждый практик: «Я всё понимаю. Я сделать не могу». Кто-то уходит после третьей встречи, кто-то раньше, и не потому, что метод плох, а потому, что цена входа для клиента оказалась пока неподъёмной. Это не приговор ни человеку, ни методу. Но это часть правды о маршруте.

Когда штурвал берёт семья

Если этому человеку пятнадцать лет и у него РПП, в мировой практике дорога обычно сворачивает к работе с семьёй. При подростковых расстройствах пищевого поведения одним

из главных подходов в мире считается семейная терапия — прежде всего метод, выросший в лондонской клинике Модсли[13]. Его ставка звучит непривычно, но для многих родителей спасительно: семья — не причина болезни, а главный ресурс выздоровления. Никто не ищет виноватых; это правило встроено в сам метод.

На первом этапе контроль питания временно берут родители — спокойно, буднично, при поддержке терапевта, который ведёт семью встреча за встречей. Общий стол перестаёт быть полем боя и становится, как ни странно это звучит, лечебной процедурой. Иногда прямо на сессии семья обедает вместе — при терапевте, — и он видит своими глазами то, что дома происходит несколько раз в день: кто на кого смотрит, кто за кого ест, в какой момент за столом становится слишком душно. Из таких обедов семья постепенно выучивает новый способ быть рядом. По мере того как подростку становится лучше, управление питанием возвращают ему, вместе с доверием и правом на собственную жизнь. У подростков такой семейный формат нередко даёт результаты лучше, чем индивидуальная работа с подростком[14].

Здесь нужна оговорка. Всё сказанное описывает мировую практику. По моим наблюдениям, найти в России специалиста, обученного именно этому протоколу, бывает трудно, особенно вне крупных городов.

И вторая оговорка. У метода есть серьёзные критики внутри самого поля, и возражают они против первого этапа, когда родители распоряжаются приёмами пищи ребёнка, а подросток на время должен подчиниться родителям, и изнутри это переживается тяжело. Молодые женщины, вспоминая такое подростковое лечение, описывают его как время, когда мерили вес и порции, а происходящие внутри эмоции (страх, стыд, злость на всех сразу) остаются за пределами протокола и внимания исследователей. И те же самые люди в тех же интервью называют участие родителей главным, что с ними тогда случилось. Обе половины правды живут рядом.

При ОКР существуют семейно-ориентированные варианты когнитивно-поведенческой терапии с экспозицией и предотвращением ритуалов, особенно для детей и подростков. Семью здесь тоже привлекают к работе. Близких учат замечать, как они — из любви, из жалости, из усталости — годами подкармливают ритуалы: без конца заверяют, что всё в порядке, помогают избегать «опасного», перестраивают быт вокруг симптома. И учат мягко перестать это делать, не превращаясь при этом в надзирателей[15].

При лечении ОКР у взрослых обычно основную работу проводят с самим человеком, но при необходимости к ней подключают партнёров и родственников. Хотя «один» — не совсем точное слово: к этому времени у него обычно уже есть помощники, которые идут вместе с ним.

Ради семьи или ради себя

Рядом с этим методом стоит другой, старше по возрасту, — системная семейная терапия. Она выросла из двух корней. Один — группа Грегори Бейтсона, работавшая в пятидесятые в калифорнийском Пало-Альто; оттуда вышла теория двойного послания: человек получает противоречивые сообщения, часто на разных уровнях общения, и не может безопасно прояснить противоречие или выйти из ситуации. Второй — структурная школа Сальвадора Минухина, врача, недолго практиковавшего педиатрию и ставшего детским психиатром; его подход сложился позже, в шестидесятые и семидесятые. Здесь исходят из того, что симптом принадлежит устройству семейных отношений. У родителей есть напряжение, которое между собой не разряжается; болезнь ребёнка даёт им общее дело, и пока он болен, они заняты им, а не друг другом. Получается, что симптом семье как будто нужен: ребёнок поддерживает стабильность семейных отношений и удерживает родителей от конфликтов ценой собственного тела[16]. Кстати, совместный обед, о котором шла речь выше, ввели в практику именно Минухин с коллегами. И одну из первых попыток сделать семью не помехой, а участником лечения подростковой анорексии предпринял тоже он — в Филадельфии, в первой половине семидесятых;

до того семью от лечения, наоборот, старались отделить. Метод, выросший в клинике Модсли, испытал существенное влияние его работы, хотя от его объяснения причин болезни отказался.

Часть понятий моей книги, касающаяся работы с детьми, пришла оттуда, и потому о слабом месте минухинской концепции скажу прямо. Он считал, что семьи детей с анорексией образуют особый тип — спутанные (границы между членами семьи размыты), гиперопекающие, ригидные (с трудом меняют правила), избегающие конфликта, — и что именно эта конфигурация болезнь и производит. Проверки этого не подтвердили: такие семьи оказались разными, а найденные особенности, судя по накопленным данным, чаще оказывались следствием жизни рядом с тяжело больным ребёнком, чем причиной болезни[17].

Дальше я с концепцией Минухина расхожусь. У него ребёнок болеет ради семьи. Симптом удерживает родителей вместе и отвлекает их от собственных конфликтов. У меня ребёнок болеет ради себя. Симптом запускается, чтобы снизить собственный стресс, который накопился в нём самом, а семейные отношения при этом могут быть одним из его источников.

Второе расхождение касается самой семьи. Минухин описывал особую семью, которая порождает анорексию. Я описываю обычную семью, где напряжение, которое ребёнок получает в отношениях, оказывается сильнее его возможностей восстанавливаться и снижать накопленный стресс. Мне поэтому и не нужны четыре пункта Минухина как признаки. Гиперопека и избегание конфликта в моей схеме всего лишь одни из способов, которыми стресс проходит через семью и остаётся в ребёнке, а не свойства особого типа семьи. Эти способы сброса стресса можно встретить практически в любой семье, и даже в той, которая выглядит благополучной.

В моей модели важно, сколько стресса поступает к ребёнку и сколько ему удаётся снизить или переработать. Это зависит и от отношений в семье, и от особенностей самого ребёнка. Я исхожу из того, что там, где у ребёнка появились РПП или навязчивости, стресса накопилось больше, чем психика могла переработать. Это гипотеза, и проверять её нужно так же строго, как проверяли модель Минухина.

Я предполагаю, что некоторые родители, выросшие в семье, где на них так же сбрасывали стресс, могут воспроизводить знакомый способ обращения с напряжением. Так сошлись обстоятельства. Пятнадцатая глава этой книги показывает, как происходит передача стресса в семье. Изменения в поведении родителей могут уменьшить эту нагрузку и дать ребёнку больше возможностей справляться с напряжением.

Цена пути

Здесь я хочу задержаться на минуту. К этой точке у человека, о котором мы говорим, за спиной обычно не месяцы — годы. Он носит с собой файлик с выписками, разложенными по датам. Он выучил язык, на котором с ним разговаривает система: анамнез, динамика, ремиссия. Он умеет ждать: запись через месяц, очередь на программу, отпуск врача — и научился не разваливаться в этих паузах, хотя каждая пауза для него дороже, чем кажется снаружи.

Быть пациентом — это отдельная, тяжёлая работа, о которой редко говорят. И многие выполняют её добросовестно, как привыкли делать всё в своей жизни. Я говорю это с большим сожалением, потому что людей, нуждающихся в помощи, гораздо больше, чем возможностей её получить. Так происходит не только в России. И поиск помощи становится частью маршрута, который приходится проходить многим.

У этой работы есть цена, и я назову её прямо, потому что она тоже часть пути.

Время: один курс терапии — это обычно несколько месяцев еженедельных встреч, а поддерживающий этап после него растягивается на год и дольше[18].

Деньги: в России час работы частного специалиста, в основном, стоит сегодня от трёх до пятнадцати тысяч рублей, курс из пятнадцати-двадцати встреч — уже десятки и сотни тысяч[19];

бесплатная помощь существует, но сроки ожидания, нехватка специалистов и различия между регионами могут серьёзно затруднять доступ к ней.

Силы: расстройством редко болеют в одиночку — рядом почти всегда близкие, которые несут его вместе с человеком, и их усталость тоже входит в цену расстройства[20].

Экономисты, считающие бремя этих расстройств в масштабах целых стран, выходят на суммы в миллиарды[21]. Но для отдельной семьи это не строка в отчёте, а просто расходы: денег, месяцев, неоправданных надежд, которые долго не заканчиваются. И оговорюсь честно: почти все цифры, которые я привожу, — зарубежные. В России сопоставимых подсчётов по этим двум расстройствам почти не вели, и это само по себе о многом говорит.

Когда помощь нужна была ещё вчера

Иногда родители, не замечая постепенного снижения веса у ребёнка, начинают бить тревогу поздно, когда времени на разговоры уже нет — телу нужна немедленная помощь. Расстройство пищевого поведения может быть опасным для здоровья и даже для жизни. Тяжёлые формы ОКР могут сделать человека неспособным выходить из дома. Тогда следующий этап — стационар.

Про больницу у нас принято думать со страхом, и этот страх появился не на пустом месте. Но стационар выполняет здесь важную, иногда жизненно необходимую работу. Тело возвращают в безопасное состояние под наблюдением специалистов, которые знают, как это делать. Питание снова становится регулярным из-за того, что так устроен распорядок дня в стационаре, а не из-за того, что человек включил силу воли или решил правильно питаться. Расписание задаёт структуру дня, и для измученного человека эта структура иногда впервые за долгое время приносит облегчение: многие решения, которые дома дались бы очень тяжело, здесь принимаются медицинским персоналом.

Для измученной семьи больница иногда становится местом, где можно снять с себя часть ответственности и просто побыть рядом с близким человеком, не контролируя его постоянно. Мамы часто испытывают огромное облегчение, когда их наконец сменили с поста ответственного за жизнь ребёнка, который они несли круглосуточно и в одиночку.

Стационар — не завершение лечения, а, обычно, один из его этапов. Госпитализация нужна далеко не всем: клинические руководства строят помощь так, что основная её часть проходит амбулаторно, а больница подключается тогда, когда физическое состояние стало по-настоящему опасным[22]. А тем, кому она была нужна, после выписки предстоит то же самое: терапия, поддержка, время.

Улица мастерских

Хорошо, если эти методы помогли, человек вылечился, его история завершилась счастливо. Но иногда бывает, что человек прошёл эти методы лечения официальной медицины, а они не помогли, или не до конца помогли. Или помогли, а потом состояние снова ухудшилось. Или вылечили одно — появилось другое, например, анорексия может переходить в булимию, компульсивное переедание. Или основной путь ему по разным причинам не подошёл. Тогда он переходит к менее известным подходам — я называю это про себя улицей мастерских: методов, которые менее известны, но у каждого есть свой мастер и свой уникальный подход.

Диалектическая поведенческая терапия, ДПТ, создавалась для людей, которых захлёстывают эмоции. Её задача — обучить конкретным навыкам: замечать, что происходит с тобой прямо сейчас, не действуя на автомате (осознанность); выдерживать пик тяжёлой эмоции, не прибегая к привычному разрушительному способу; управлять накалом переживаний; просить о помощи и отказывать. В названии метода — его философия: «диалектика» здесь означает

способность держать в голове два противоречивых утверждения сразу — «я принимаю себя таким, какой я есть» и «мне необходимо меняться». Для человека, у которого срывы случаются на пике сильных эмоций, эти навыки становятся конкретной опорой в трудный момент[23].

Схема-терапия смотрит глубже, в биографию человека. Её ставка: симптом держится на убеждениях, сформированных в детстве — «я недостоин», «мир опасен», «меня бросят», — и пока эти убеждения не меняются, симптом возвращается. Работа идёт медленнее и мягче, чем в классической КПТ; для тех, кому пока не под силу прямая экспозиция, это часто один из переносимых входов в терапию[24].

Психодинамическая терапия — старейшая из этих мастерских, наследница психоанализа. Её подход: у симптома есть смысл и функция, и если подробно разбирать, зачем он психике, что он выражает и от чего защищает, — его сила постепенно снижается. Здесь не дают домашних заданий и не ведут дневников: работа строится через разговор — о прошлом, об отношениях, о том, что происходит между клиентом и терапевтом прямо в кабинете, потому что туда человек тоже приносит свои привычные способы быть с людьми. У метода долгая и не всегда простая репутация: старшее поколение пациентов с ОКР шутило, что за годы работы они многое поняли о себе, а руки моют по-прежнему. Но списывать метод рано: в крупном немецком исследовании при анорексии у взрослых сфокусированная психодинамическая терапия через год показала результаты, сопоставимые со специализированной КПТ[25].

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, в России его часто называют ДПДГ, десенсибилизация и переработка движениями глаз) применяют, когда за симптомом стоит память о травматичном опыте. Идея метода: болезненное воспоминание можно переработать так, чтобы оно перестало вызывать острую реакцию, — это делают, например, через процедуру с ритмичными движениями глаз, которая, на первый взгляд, похожа скорее на цирковой трюк, чем на терапию. Сам метод надёжен и признан — и ВОЗ, и Минздравом России, — но признан именно как терапия последствий психической травмы. В первую линию помощи при ОКР и РПП метод не входит, но там, где в основе лежит травматический опыт, данные о нём продолжают накапливаться. Пока их немного: единственное прямое сравнение с экспозицией при ОКР — небольшое пилотное исследование, в котором оба метода сработали одинаково; для уверенного вывода этого мало[26].

Есть и гипноз — один из самых старых методов в психотерапии вообще. Его ставка: часть психики, которая держит симптом, не реагирует на уговоры и логику, и с ней пробуют работать через особое состояние сосредоточенного внимания, в обход привычного сознательного контроля. В современных клинических руководствах по ОКР и РПП гипноз не значится как самостоятельный метод и применяется скорее как дополнительный инструмент у отдельных специалистов. Исследований его эффективности при РПП и ОКР я найти не смог.

Гештальт-подход исходит из того, что проблема живёт в прерванном контакте человека с собственными эмоциями и потребностями — в незавершённых ситуациях, которые продолжают отнимать силы. Работа строится через принцип «здесь и сейчас»: не рассказывать о переживании, а проживать его прямо в кабинете — вплоть до известной техники диалога с пустым стулом, на который усаживают того, кому так и не было сказано что-то важное. В официальных рекомендациях по ОКР и РПП гештальт-терапия как метод первой линии не значится, но в России это одна из самых распространённых школ, и людям с описанным маршрутом она встречается часто. Исследований его эффективности при РПП и ОКР я найти не смог.

Телесно-ориентированные подходы возвращают в работу то, что у человека с РПП или ОКР давно стало источником тревоги, а не опоры, — само тело. Их задача: заново научиться слышать телесные сигналы — голод, усталость, напряжение, — дышать, двигаться, чувствовать опору под ногами. Для людей, годами не доверявших собственному телу, это часто становится неожиданно глубоким опытом[27].

И последний из этих методов — арт-терапия. Её идея проста: то, для чего нет слов, можно выразить образом. Нарисовать свой страх. Слепить свою болезнь и посмотреть на неё со стороны. Для перфекциониста, который всю жизнь живёт под оценкой, здесь есть особый смысл: в этой работе нет «правильно» и «неправильно». Сама по себе арт-терапия расстройство не лечит, но она открывает то, до чего словами не дотянуться, и поддерживает человека на протяжении долгого лечения[28].

Улица на этом не заканчивается — я назвал методы, с которыми чаще всего сталкиваются мои клиенты. Общее у них одно: каждый работает со своей частью проблемы.

И есть ещё одна трудность этой карты, о которой почти не говорят вслух. РПП и ОКР иногда встречаются у одного человека, по сводным данным это примерно каждый пятый-шестой человек с РПП, а в некоторых клиниках до сорока процентов[29]. По моему опыту, сочетание расстройств иногда осложняет подбор вмешательств. Лечение навязчивостей требует одного: встретить тревогу и запретить себе привычные защитные действия — любые ритуалы, которыми человек её гасит. Лечение расстройства пищевого поведения требует, наоборот, ввести строгую внешнюю структуру: режим, распорядок, план, регулярность. И вот беда: для человека с навязчивостями эта самая структура — регулярность, распорядок, самопроверки — легко становится новым ритуалом, новой почвой для ОКР. Одной рукой человеку помогают, другой невольно подкармливают его вторую болезнь. Специалист, обученный лечить что-то одно, честно делает свою работу — и не понимает, почему пациенту в целом не становится лучше[30].

Группа

Осталась ещё одна дверь, и она устроена иначе, чем все предыдущие: за ней человека ждёт не специалист, а такие же, как он. Групповая терапия.

Первое, что там происходит, не опишешь протоколом. Человек, годами уверенный, что он один такой на свете — самый испорченный, самый странный, самый безнадёжный, — сидит в кругу и слышит собственную историю из чужих уст. Другими словами, с другими деталями — но свою. Это переживание не заменяет никакая индивидуальная работа: «я не один» здесь не утешение, а факт, который можно проверить глазами.

Дальше начинается тонкая механика. Чужое искажение видно яснее своего: когда человек слышит, как кто-то в кругу говорит о себе заведомо беспощадную неправду, — он вздрагивает, потому что узнаёт интонации, узнаёт ситуации. И его собственная неправда о себе впервые начинает шататься. Группа становится репетицией жизни: здесь можно учиться просить, отказывать, злиться, быть увиденным — в безопасности, среди людей, которые понимают цену этим простым действиям. Исследования подтверждают, что групповая когнитивно-поведенческая терапия при ОКР действительно помогает[31], а грамотно устроенная группа по эффективности несколько уступает индивидуальной работе[32].

Честности ради — эта дверь открывается не сразу и не всем. Некоторые, кому я предлагаю группу, сначала отказываются: рассказывать про это чужим людям? вслух? Страх понятен — человек годами строил стену вокруг своей тайны, и разобрать её при свидетелях кажется немыслимым. Обычно я не настаиваю, а просто оставляю дверь приоткрытой. Многие возвращаются к ней позже — и потом говорят, что круг оказался тем местом, где их тайна впервые перестала быть тайной и стала просто частью жизни, с которой работают.

В конце маршрута

Вот, собственно, вся карта лечения РПП и ОКР. Я показал вам её, не вдаваясь в детали. Я считаю эти варианты хорошими. За ними работают люди, которые умеют помогать. Я направляю клиентов к психиатрам, когда требуется медикаментозная помощь, или в стационар, когда

возникают серьёзные риски для здоровья и жизни. В своей группе мы работаем с пониманием эмоций, травматическим опытом и навыками выражения эмоций. Если вы сейчас стоите в начале собственного маршрута, эта карта дорог — для вас: по ней ходят, и иногда по ней доходят до хороших результатов, иногда сбиваются с пути и не могут дойти до счастливого финиша.

И всё же эту главу я не могу закончить бодрой точкой, потому что в моём кабинете эта история заканчивается иначе.

Человек, с которым мы прошли весь маршрут, — помните его? — добрался и до меня. К этому времени он интуитивно начинает понимать, отчего ему становится легче, отчего ему хуже. Чаще ко мне приходят люди, которым медикаменты помогли недостаточно, которые опасаются их принимать или уже работали с несколькими психологами без желаемого результата. Иногда приходят те, кто ещё только в начале пути и самостоятельно пытается разобраться со своим стрессом. Такие люди садятся напротив меня с интересом, но и с некоторой настороженностью. Они понимают, что их ситуация непростая, и пока не знают, смогу ли я им помочь. И один из первых вопросов, которые они задают, звучит так: «Скажите, а почему это вообще со мной случилось?»

И честного ответа у меня раньше не было. Только сейчас начали вырисовываться контуры этого ответа, которым я делюсь в этой книге.

Симптом можно назвать, приглушить, разучить, пережить, перенаправить, о нём можно рассказать в кругу таких же. И в этой карте много разных входов, и каждому важно найти свой, который поможет. Поиск ответа на вопрос «почему это со мной случилось» и заставил меня заняться исследованиями. Но прежде чем идти за ответом, нужно изучить карту дорог поподробней, чтобы не заблудиться и чтобы увидеть, где каждый из этих путей заканчивается. Потому что любая, даже самая лучшая дорога, рано или поздно заканчивается. Об этом — следующая глава.

Глава 2. Что остаётся, когда лечение закончилось

Помогло на месяц

Алисе тридцать пять. Она преподаёт английский в онлайн-школе. Такая работа приучает говорить ровно, держать на себе внимание группы и не показывать усталость. Живёт одна в съёмной квартире и со стороны выглядит человеком, у которого всё в порядке. Мы встречались по видеосвязи. На первой встрече она и говорила ровно, собранно, законченными фразами, как у доски. Только голова была опущена, и взгляд поднимался на меня редко. Поднимется и снова уйдёт вниз, в одну точку где-то на столе. Про стыд не говорят, стыд считывается телом.

Булимия была с ней семнадцать лет, больше половины сознательной жизни. Ко мне на приём она пришла не новичком, а ветераном. За плечами несколько настоящих попыток вылечиться, про какие никак не скажешь «не старалась».

За семнадцать лет она сменила семерых психологов, работающих с расстройствами пищевого поведения. Трижды всё кончалось одинаково: вторая встреча, иногда третья, и конец. С остальными оставалась дольше, но итог был тем же: становилось легче, потом возвращалось. Изнутри поднималось сопротивление без имени и объяснения; просто оказывалось невозможным записаться дальше. Ей не было плохо с этими специалистами. Ей было невозможно, и разницу между двумя словами она сумела назвать только годы спустя. Потом таблетки. Они делали своё дело, но вместе с тревогой приглушали что-то ещё: «чувствовала себя туповатой», сказала она. Для человека, чей рабочий инструмент — быстрая живая речь, цена оказалась несовместимой с её работой, и от таблеток она отказалась.

А потом был центр, где с ней работали всерьёз и подолгу, в когнитивно-поведенческом подходе, с экспозицией. Маленькимишажками её отучали от привычного круга: от переедания и того, чем оно заканчивалось. Работа была добросовестной, выстроенной по правилам; над Алисой не издевались и не обманывали. С ней делали именно то, что предписывает метод, и, судя по рассказу, делали хорошо.

И помогло. Целый месяц она жила без срывов, впервые за многие годы. А потом, по её собственному слову, «терпелка закончилась». Булимия вернулась на прежний уровень, как будто не было месяца ремиссии.

Чтобы дальнейшее было понятно, скажу, как выглядели семнадцать лет изнутри. Каждый срыв заканчивался одинаково: Алиса сидела в ванной и ждала, пока её перестанет трясти. Облегчение приходило на десять минут, а дальше, как всегда, одна и та же мысль: я снова сорвалась, значит, я ничтожество. Взрослая женщина с работой и образованием не может справиться с тем, с чем справляется любой; значит, дело во мне, я слабая, и мне нет оправдания.

Про это «должна справиться» стоит сказать отдельно, потому что оно, по моему пониманию, усиливало напряжение и могло способствовать новым срывам. Она должна была справиться сама и справиться быстро: другие же справляются. И каждый раз за помощью обращалась, преодолевая стыд. Каждая неудача не просто огорчала, а подтверждала приговор. Подтверждённый приговор давал новое напряжение, напряжение требовало разрядки, и разрядка приходила единственным известным ей способом. Круг замыкался и подкармливал себя изнутри.

И был страх, о котором она долго не говорила вслух: страх, что так будет всегда. Что семнадцать лет не эпизод, а её способ жить, и другого способа не будет. Именно страх, а не срывы, она преодолевала, когда делала следующую попытку лечиться.

Я слушал Алису, и по горю и страху её рассказ был похож на десятки других, из разных городов и от разных людей, с другими декорациями и действующими лицами. У одного вместо центра была частная психотерапевтка, у другой отделение неврозов, у третьего курс таблеток и приложение для самоконтроля. Менялись методы, сроки и цены. Не менялся сюжет: было настоящее усилие, иногда настоящее улучшение, а потом откат, после которого руки опускаются ниже, чем до начала; иногда не было и улучшений. Когда одна история повторяется с такой настойчивостью на разных методах, я начинаю задумываться не только об их применении, но и о том, на что они нацелены. Ради справедливости замечу: те, у кого улучшение случилось и отката не было, до меня просто не доходили; таких случаев в своей практике я не вижу. Ко мне приходят в основном сложные клиенты, которым не смогли помочь в других местах. Реже те, кто только начинает лечение.

Задержитесь на слове «терпелка». В нём важная часть этой истории. После лечения Алиса целый месяц жила без срывов, но, по её рассказу, тяга не ушла и ей приходилось сдерживаться усилием воли. Это не означает, что метод сводится к запрету действий: экспозиция и КПТ работают также с тревогой, убеждениями и поддерживающими расстройство механизмами. Потом силы кончились, а тяга, которой она сопротивлялась, никуда не делась.

В прошлой главе мы прошли карту дорог: все двери, в которые стучится человек с расстройством пищевого поведения или с навязчивостями, и всё, что за дверями всерьёз умеют предложить. Закончил я обещанием посмотреть, где каждая дорога заканчивается. Потому что у любой, даже самой лучшей дороги есть свои пределы. Пришло время выполнить обещание.

Современное лечение прежде всего работает с самим расстройством и механизмами, которые поддерживают расстройство сегодня, например перфекционизмом или самооценкой, привязанной к контролю. При ОКР экспозиция разрывает связь между тревогой и ритуалом, при РПП терапия меняет поведение, убеждения и способы реагирования. У части людей этого достаточно для стойкого улучшения и ремиссии. Моя гипотеза начинается там, где этого оказывается недостаточно. Я предполагаю, что у части людей за механизмами, которые поддерживают расстройство, остаётся источник стресса, и если он сохраняется, расстройство может возвращаться или принимать другую форму.

Карту методов лечения я считаю неплохой. Многие из этих методов действительно помогают. В своей практике я тоже направляю клиентов в стационар, когда состояние становится опасным, или к психиатру, когда требуется медикаментозная помощь. Но у каждого метода есть возможности и ограничения. Именно о них эта глава: чего можно ожидать от лечения, каких результатов достигают люди и что происходит с теми, кому лечение не помогло или помогло лишь на время. Здесь будет больше исследований и сносок, чем в любой другой главе: судить о лечении надёжнее всего по научным данным.

Из этой главы не следует, что лечение надо менять и бросать сразу после прочтения. Самостоятельно отменять лекарства опасно, это повышает риск возврата. Менять лечение стоит только вместе с врачом. Книга не может заменить медицинской помощи.

Три разных слова

Прежде чем смотреть на цифры, скажу о них самих. Опубликованные результаты испытаний оптимистичнее действительности, и разница измерена. Когда сравнили все испытания антидепрессантов, поданные американскому лекарственному регулятору, с тем, что дошло до печати, выяснилось: в напечатанном виде успешными выглядели девять испытаний из десяти, а по полным данным регулятора примерно половина. Неудачные чаще оставались неопубликованными, а выигрыш препарата в печати оказался завышен примерно на треть[1]. С разговорной терапией то же самое: когда к опубликованным работам добавили профинансированные, но не напечатанные, эффект лечения депрессии упал на четверть[2]. Дальше я привожу данные

лучших доступных обзоров, но собраны они из той же литературы. Поэтому опубликованные оценки эффективности могут оказаться завышенными; величина этого смещения различается между исследованиями.

Сначала нужно разобраться в терминах: именно здесь скрывается важная ловушка.

Когда о лечении говорят «помогает», за словом могут стоять три очень разные вещи. Первая: стало немного легче. Срывы реже, ритуалы короче, тревога уже не съедает весь день. В исследованиях такой исход называется ответом на лечение. Вторая: симптомов почти нет, и так длится какое-то время, недели или месяцы. Такой исход называется ремиссией. Третья: улучшение сохраняется длительно, а болезнь больше не определяет повседневную жизнь. Я добавляю к этому важный для моей работы признак: человеку не приходится постоянно удерживать себя от симптома усилием. Критерии полного выздоровления в исследованиях различаются, поэтому далее я буду отделять их от такого личного понимания восстановления.

Разница между тремя словами не академическая придирка, и я покажу её на устройстве самой научной кухни. Тяжесть навязчивостей в исследованиях измеряют специальной шкалой: баллы за время, съедаемое навязчивыми мыслями и ритуалами, за то, насколько они мешают жить и насколько им удаётся сопротивляться. Так вот, по международному консенсусу «ответом на лечение» считается снижение балла примерно на треть[3]. Исследователи из группы Эдны Фоа, одного из создателей экспозиции, приводят пример, который стоит пересказать. Человек с очень тяжёлыми навязчивостями прошёл лечение и улучшился вдвое: прекрасный, редкий результат, безоговорочный «ответ». Если подсчитать, половина от исходного балла остаётся выраженным, клинически значимым расстройством[4]. Человек попал в статистику успеха. Человек продолжает болеть. Оба утверждения верны одновременно, и в этом вся соль.

С ремиссией строже: балл должен опуститься ниже порога, за которым остаются лишь минимальные следы. Но и здесь у исследователей есть оговорка. Остаточные навязчивости и избегание допускаются; они просто не должны съедать время и мешать жизни. А полное выздоровление в большинстве испытаний вообще не измеряется: его слишком долго ждать. И ещё одно важное замечание для всей книги. Про силу воли в исследованиях не спрашивали. Ушла тяга сама или человек в ремиссии каждый день терпел, цифры не говорят. Дальше слово «ремиссия» я употребляю именно так: по симптомам, а не по тому, насколько человеку было легко.

Разрыв между «ответом» и настоящим выздоровлением сами исследователи обсуждают открыто и всё жёстче: работы последних лет прямо спрашивают, не пора ли перестать считать «ответ» приемлемой целью лечения. Этот внутринаучный разговор касается и человека, который читает про «эффективность семьдесят процентов» и думает, что речь о выздоровлении.

При расстройствах пищевого поведения критерии зависят от диагноза. Например, в исследованиях булимии и компульсивного переедания оценивают отсутствие приступов за последние четыре недели и изменения пищевых установок[5]. При анорексии используют и другие показатели, включая восстановление питания и массы тела. Четыре недели. Месяц Алисы, после которого «терпелка закончилась», по критериям многих испытаний был бы засчитан как успех, и исследование не соврало бы: оно измерило то, что измеряло. Просто четыре недели не показывают, что стало с семнадцатилетней булимией. Показывают только, что месяц не было приступов.

Отсюда возникают две распространённые ошибки при чтении новостей о «прорывах в лечении». Первая: срок. Чем короче наблюдали, тем красивее цифры; многих из «поправившихся» за месяц через год пришлось бы переписать в другую графу. Вторая: с кем сравнивали. Часто метод сравнивают с очередью ожидания, то есть просто с отсутствием помощи, и на таком фоне выигрывает любая добросовестная работа. А вот когда экспозицию при навязчивостях сравнили не с ожиданием, а с другой активной терапией, её преимущество почти растворилось[6]. Одно из возможных объяснений — вклад факторов, общих для разных видов

терапии, в том числе отношений с терапевтом. Однако само сравнение не позволяет определить, какие именно факторы обеспечили результат.

Что показывают лучшие варианты лечения по более строгим критериям — ремиссии и прекращению приступов, а не просто ответу на лечение? Сводка по самым добротным испытаниям и обзорам[7] выглядит так. Семейная терапия подростковой анорексии, образцовый метод с точки зрения доказательной проверки, изученный лучше прочих, приводит к полной ремиссии примерно двоих из пяти к концу лечения и почти половину через год. Специализированная когнитивно-поведенческая терапия булимии: если считать всех, кто начал лечение, а не только дошедших до конца, доля полностью свободных от приступов к финалу в разных исследованиях составляет примерно от трети до половины. Экспозиция при навязчивостях: в отдельных исследованиях ремиссии достигают от трети до половины пациентов; оценки зависят от критериев и того, учитывают ли выбывших. Компульсивное переедание, самое распространённое и самое отзывчивое к терапии из пищевых расстройств: полностью свободен от приступов к концу лечения, даже среди дошедших до конца, примерно каждый второй. А в большом сводном анализе психотерапии навязчивостей ответ на лечение, то есть облегчение, а не выздоровление, отмечался примерно у четырёх из десяти начавших. Это другая совокупность исследований и другой критерий. Из этих данных видно, что значительная часть пациентов не достигает ремиссии к моменту оценки, даже при хорошо организованной помощи. Куда деваются остальные, и есть тема всей остальной главы.

Мне важно, чтобы за словами читатель увидел не таблицу, а жизнь. Жизнь на отрезке между «лучше» и «здоров» выглядит, например, так. Человек с навязчивостями после хорошего курса терапии больше не моет руки до трещин, но по-прежнему выстраивает день так, чтобы не касаться поручней, и знает наизусть, в каких кафе можно открыть дверь локтем. Женщина с историей булимии полгода без срывов, но продуктовый магазин остаётся для неё местом, требующим полной собранности, и приглашение «посидим, поедим» она до сих пор переводит для себя как «продержись вечер». Формально оба случая успех лечения, и без всякой издёвки: людям действительно лучше, иногда несравнимо лучше. Просто внутри «лучше» продолжает работать невидимый двигатель, постоянное усилие, о котором окружающие не догадываются, а исследовательская шкала не спрашивает.

Подробный разбор для интересующихся, с критериями, горизонтами от года до двадцати лет и источниками, вынесен в приложение А. Здесь мне важен сдвиг взгляда: «стало лучше» и «выздоровел» совсем не синонимы. Между ними расстояние, и многие проходят его годами. А некоторые так и живут на отрезке между: уже не так тяжело, как было, но всё ещё не свободно. Лучше — да. Здоров — нет.

Когда дорога заканчивается

У многих путей лечения после основного курса есть продолжение. Даже если лечение прошло успешно, некоторым людям ещё требуется помощь. Иногда достаточно периодических встреч со специалистом, а иногда необходимо длительное поддерживающее лечение. Для них начинается дорога после дороги.

Возьмите лекарства. В обыденном представлении таблетки в медицине пропивают курсом: пропил, закончил, живёшь дальше. Но в психиатрии устроено иначе. Клинические руководства прямо предписывают: когда при навязчивостях стало хорошо, приём продолжается ещё как минимум год[8], чтобы снизить риск возвращения симптомов. Пока таблетки принимают, человеку лучше; обмана здесь нет, так дорога и устроена. Но у неё есть обратная сторона: после отмены доля возвратов вырастает примерно вдвое. У продолжающих приём срывается примерно каждый шестой, у прекративших каждый третий[9]. Вдвое — не «немного выше». Для части людей препарат остаётся важной опорой, поскольку его отмена повышает риск возврата

симптомов. При этом приведённые цифры показывают, что рецидив после отмены возникает далеко не у всех.

Есть у дороги лекарств и вторая, менее известная правда. Таблетки при навязчивостях действительно работают лучше пустышки; установлено надёжно, спора здесь нет. Но выигрыш скромнее, чем принято думать: в среднем считанные баллы всё той же шкалы[10], а разницу с плацебо в приведённых данных можно выразить как примерно один дополнительный благоприятный исход на семь лечившихся человек. Это групповой показатель: он не позволяет определить, кому именно помогло действие препарата, а кому другие факторы. Вклад ожиданий, естественных изменений состояния и самого препарата следует различать.

Я говорю это с сожалением. Есть люди, для кого многолетний, даже пожизненный приём осознанный и достойный выбор; я видел, как такой выбор возвращает жизнь. Важно, чтобы человек вместе с врачом заранее обсуждал предполагаемую длительность лечения, возможность его продолжения и условия безопасной отмены. Алиса узнала на себе: таблетки работали, а закончилось всё из-за цены. Та самая «туповатость» оказалась несовместимой с её работой и с ней самой. Дорога лекарств заканчивается для каждого по-своему: у одних отменой и возвратом, у других побочной ценой, у третьих не заканчивается вовсе и становится образом жизни.

Теперь разговорная терапия. У неё продолжение выглядит иначе, но тоже есть. Навыки, освоенные в кабинете (замечать искажённую мысль, выдерживать тревогу, не отвечать на неё привычным действием), ведут себя как любые навыки: без практики выветриваются. Поэтому в хорошо устроенной помощи предусмотрены поддерживающие встречи, сессии-напоминания, возвращение к специалисту при первых признаках отката. Это разумно, и это работает. В таких встречах закрепляют навыки, помогающие справляться с расстройством. Человек продолжает справляться годами, иногда красиво и почти незаметно для окружающих. Вопрос, который здесь присутствует фоном, но не звучит: почему справляться приходится постоянно? Что такое находится за симптомом, если оно не отступает все годы? Отложите вопрос, ответ на него во второй части книги.

Изнутри жизнь «на поддержке» выглядит буднично, и в будничности её главная тяжесть. Приём раз в две недели, потом раз в месяц. Напоминание в телефоне. Дневник, о котором нельзя забывать. Деньги, откладываемые каждый месяц на то, чтобы оставаться в порядке: статья расходов, какой нет у других и о какой не расскажешь коллегам. И тихий страх при каждом пропуске: если не приду месяц, будет ли откат? Человек живёт в ожидании, что стоит прекратиться поддержке, и все симптомы вернутся.

И стационар. Я отношусь к нему с уважением: бывают состояния, когда стационар единственно верный путь, потому что сначала нужно спасти жизнь. Но у дороги в стационар самый резкий конец из всех: дверь наружу. Внутри больницы человека поддерживает целая система. Еду выдают по расписанию и порциями, едят под присмотром, после еды не остаёшься один. Персонал стремится ограничить возможности для скрытого отказа от еды, переедания и вызова рвоты, хотя полностью исключить такие действия трудно. Условия стационара помогают уменьшить некоторые повседневные риски. К тому же человек вырван из той среды, где расстройство появилось и жило. Но у такой поддержки есть тихая цена: результат, достигнутый в основном чужой волей и чужим распорядком, человек не всегда успевает сделать своим. Соблюдал, но не выбирал. Выписка возвращает в ту же квартиру, к тем же людям, к тому же холодильнику, в ту же жизнь, из которой увезли, а система остаётся за дверью. Поэтому первые месяцы после выписки становятся самым хрупким отрезком всего маршрута: без плотного амбулаторного продолжения достигнутое в больнице тает с пугающей скоростью. При анорексии в первые годы после лечения к расстройству возвращается примерно каждый третий[11], и заметная часть возвратов приходится именно на время после выписки. Причём в эту цифру входят только вернувшиеся к той же анорексии. Сколько людей уходит из неё в другие расстройства, покажу чуть дальше в этой же главе.

Добавьте обыденное, из чего складывается наша, российская, картина. Запись к государственному психотерапевту через недели и месяцы ожидания. А коммерческая помощь, при длинной работе складывающаяся в сумму, сопоставимую с ценой подержанной, а иногда новой машины. Города, где специалист по расстройствам пищевого поведения один на несколько областей, поэтому общение часто идёт по видеосвязи. За поддержку после любого лечения платят временем, деньгами и силами, и платить нужно до тех пор, пока внутри не отпустит. А клиенты нередко заканчивают работу раньше, чем отпустит, и это одна из причин, почему симптомы возвращаются.

Один из возможных исходов — продолжительное поддержание достигнутого улучшения; иногда поддержка требуется годами. Поддерживающий приём, поддерживающие сессии, поддерживающий контроль. Иногда такая помощь нужна долго, однако это не означает, что после её прекращения симптомы обязательно вернутся.

С полдороги

Второй исход звучит жёстче: многие сходят с дороги, не дойдя до конца.

Назову цифры из проверенных источников. В амбулаторной помощи при расстройствах пищевого поведения лечение прерывают раньше времени до семи человек из десяти; в специализированных стационарах от каждого пятого до каждого второго[12]. Речь о людях, уже преодолевших значительные препятствия, чтобы начать лечение. Годами собирались, преодолели стыд, нашли специалиста, начали. И ушли с полдороги.

В учебниках уход называется недостаточной приверженностью лечению, и от термина веет упрёком: не хватило мотивации, не захотел. Мне ближе другой взгляд, потому что я часто встречаю таких людей у себя на приёме. Расхотели выздоравливать? Нет. Уходят, потому что у каждой дороги есть цена, и обычно цена становится полностью понятной только в процессе лечения.

Алиса трижды прекращала лечение в самом начале, на второй или третьей встрече. Три специалиста из семи, три обрыва на второй-третьей встрече. С остальными работала дольше. Можно назвать уход сопротивлением, но сама Алиса говорила иначе: «не заходит». Снаружи такое похоже на лень или каприз. Но внутри человек всерьёз собирается записаться и неделю не может набрать сообщение. Ставит напоминание и трижды переносит его пальцем, не успев подумать. Находит десять уважительных причин, и каждая по отдельности чистая правда. Что за сила встаёт на пороге именно там, где начинается помощь, один из главных вопросов книги, и отвечу на него в семнадцатой главе. Пока запомним само явление: в статистике прерванных курсов Алиса числилась бы трижды, и все три раза графа «причина» осталась бы пустой. У других цена ухода понятна. Экспозиция, один из наиболее исследованных инструментов лечения ОКР, требует раз за разом идти прямо в свой страх; цена реальная и справедливая, но не каждый готов её платить. За таблетки, даже работающие, расплачиваются побочным действием. Иногда цену назначает сама жизнь: переезд, смена работы, кончились деньги, заболел ребёнок, и лечение, требующее регулярности, рассыпается по до обидного будничным причинам. А иногда последней каплей становится дежурная фраза специалиста. Какое-нибудь «да просто поешьте нормально», брошенное усталым человеком, у которого таких пациентов сорок в неделю, или усмешка, мелькнувшая на доли секунды. После неё невозможно идти на следующий приём.

Со стороны уход с дороги почти никогда не выглядит как решение. Выглядит как перенос: «на этой неделе завал, давайте на следующей». Потом «напишу, как вернусь из поездки». Потом тишина. Человек и сам до последнего верит, что просто откладывает; слово «бросила» про себя не говорит. А в карте у специалиста появляется отметка «выбыл из терапии»: сухая строчка, за которой не видно ни завала, ни поездки, ни невозможного, вставшего на самом

деле между человеком и следующей встречей. Статистика брошенного лечения складывается из таких строчек, и потому статистика знает, сколько людей ушло, но почти никогда не знает почему.

Есть ещё одно препятствие для выздоровления, самое незаметное: лечение идёт, а помогает лишь наполовину. При навязчивостях от четырёх до шести человек из десяти получают от основных лекарств лишь частичное улучшение или не получают его совсем[13]. Дальше начинается долгий подбор: смена препарата, усиление, сочетания. Но меня занимает другое, то, что по-настоящему меняет картину. Когда исследователи проверили, как на самом деле лечили людей с якобы «неподдающимися» навязчивостями, выяснилось: все положенные ступени лечения прошли лишь трое из ста, а максимально допустимую дозу главного лекарства хоть раз получала меньше трети[14]. Выходит, значительная часть «неизлечимых» не те, кому дорога не помогла. А те, кого по этой дороге не провели до конца.

То же и с лучшей из разговорных терапий. Экспозицию, золотой стандарт при навязчивостях, часто недодают: даже у специалистов когнитивно-поведенческого подхода её получают лишь двое из трёх, кому она нужна, и уходит на неё меньше половины времени лечения[15]. И дело не в лени. Терапевты сами побаиваются инструмента: боятся сделать больно, перегрузить, потерять клиента, и смягчают метод до того, что он теряет силу. Горькая ирония: работающую дорогу страшно не только проходить, страшно и прокладывать.

Соберу раздел в одну мысль, и она отличается от напрашивающейся. Дело не всегда в том, что метод из учебника становится слабее в обычном кабинете. Как раз такое, к чести профессии, не подтверждается: там, где когнитивно-поведенческую терапию пищевых расстройств доводят до конца по протоколу, обычные клиники получают результаты, сопоставимые с исследовательскими[16]. Дело в том, что до конца по протоколу доходит меньшинство. Одна из причин неудовлетворительных результатов в том, что не все клиенты проходят лечение полностью: для одних слишком высока цена, у других непонятное сопротивление, а третьим экспозицию дали в ослабленном виде.

Симптом меняет адрес

Есть и третий конец дороги, самый обманчивый. Симптом, с которым боролись, отступил. А расстройство осталось и сменило адрес.

В психиатрии такую смену называют диагностическим переходом, и масштаб явления поражает даже специалистов. В многолетнем наблюдении за женщинами с расстройствами пищевого поведения диагноз со временем сменился почти у трёх четвертей, а от анорексии к булимии перешла каждая третья[17]. Это означает не выздоровление от анорексии, а переход к булимии. Боролись с ограничением, получили булимические срывы. Симптом, на который были направлены все усилия, действительно ушёл; место заняло другое проявление той же болезни. Причём дорога с двусторонним движением: жёсткое ограничение срывается в приступы, приступы обрастают компенсациями, компенсации сменяются новым витком контроля, и человек с десятью годами истории за плечами нередко успевает пожить под тремя разными диагнозами (анорексия, булимия, компульсивное переедание), ни разу не выздоровев между ними. Внутри пищевых расстройств переток задокументирован настолько основательно, что сами исследователи обсуждают его как довод в пользу общего корня у внешне разных диагнозов.

В психологии есть старая идея «замещения симптома»: задавишь проявление здесь, оно вылезет там, как вода в дырявом шланге. Возможно, читатель встречал идею замещения в популярных книгах, где она подаётся как установленный закон. Идея красивая и напрашивается из всего описанного. Но в строгом виде наука её не подтвердила[18]. Поведенческая традиция проверяла идею всерьёз: например, при синдроме Туретта целенаправленно убирали одни

тики и смотрели, не вырастут ли вместо них другие. Не вырастали. Из пролеченного симптома не появляется автоматически новый, как голова у сказочного змея. И я не буду строить довод на неподтверждённой идее; мне хватает задокументированного твёрдо. А твёрдо задокументировано вот что. Первое: внутри родственной группы расстройств формы перетекают друг в друга, установленный факт, в том числе переход части пациентов от анорексии к булимии. Второе: возврат. Люди, достигшие лишь «ответа», но не ремиссии, в последующий год ухудшаются значительно чаще достигших ремиссии[19]. Недолеченный симптом может возвращаться, когда усилие кончается или жизнь прибавляет давления; автоматической замены одного симптома другим исследования не подтверждают. Третье: остаточная уязвимость. Даже после доказательного лечения от четырёх до шести человек из десяти продолжают жить с симптомами, ощутимо портящими жизнь[20]. Сложите три факта (диагностические переходы внутри группы, возврат симптомов и остаточная уязвимость), и получится именно та картина, какую я из года в год вижу у клиентов: расстройство, у которого отняли привычное проявление, но не отняли причину, находит способ продолжать жить прежними симптомами или найти новые.

Со стороны это похоже на замещение симптома. Но я не считаю, что после исчезновения одного симптома обязательно появится другой. В моей модели всё зависит от того, что происходит с накопленным стрессом. Его могло стать меньше, потому что изменились обстоятельства, начали удовлетворяться потребности или человек стал лучше восстанавливаться. Тогда прежний симптом может исчезнуть. Если же накопленный стресс остаётся высоким, то по моей гипотезе симптом может вернуться или смениться другим способом его снижения, иногда более разрушительным.

Отсюда ещё одно наблюдение, какое коллеги озвучивают неохотно. Психиатрический диагноз, прежде всего, описывает характерное сочетание признаков расстройства. Сам по себе он часто не позволяет установить, какие именно обстоятельства и механизмы привели к состоянию конкретного человека. Поэтому в поиске возможных причин я не ограничиваюсь диагнозом. Обойдя нескольких психиатров, человек иногда получает разные диагнозы, и говорю я не в упрёк врачам. Когда надёжность психиатрической диагностики проверили в больших полевых испытаниях (двум независимым клиницистам давали оценить одного и того же пациента), по ряду самых частых диагнозов врачи совпадали удручающе редко: по депрессии согласие оказалось лишь немногим лучше случайного, а по смешанному тревожно-депрессивному состоянию почти на уровне случайного[21]. Оговорюсь: навязчивости, анорексию и булимию в тех испытаниях не проверяли. Компульсивное переедание проверяли в одном центре, и согласованность врачей там оказалась хорошей. Эти данные говорят о проблемах согласованности некоторых диагнозов, но сами по себе не объясняют причины расстройств. Диагноз описывает, какими симптомами расстройство говорит сегодня и какими словами человек сумел о них рассказать. А картина, как мы только что видели, подвижна. Сегодня расстройство определяют как тревожное, через два года как пищевое, ещё через три как депрессию: здесь за годы менялся сам человек. Но бывает и по-другому, и обиднее: один и тот же человек может за неделю обойти трёх специалистов и выйти с тремя разными диагнозами, хотя сам не изменился. В первом случае менялось состояние человека. Во втором люди, смотревшие его, не могут договориться между собой.

Прибавьте примету времени: диагнозы стали частью культуры. Люди узнают себя в описаниях из соцсетей и приходят с готовой самодиагностикой, и для многих, хочу подчеркнуть, самодиагностика стала первым в жизни шагом к настоящей помощи, за что культуре спасибо. Но у моды есть оборотная сторона: в популярных роликах о психических расстройствах точной информации порой меньше половины[22], и ярлыки множатся быстрее понимания. Человек собирает названия своих состояний, как когда-то собирали марки, а легче не становится: название болезни отвечает на вопрос «как называется» и молчит на вопрос «откуда и как появилось».

Вся наша карта проложена по названиям: своя дорога для пищевых расстройств, своя для навязчивостей, своя для тревоги. Расстройство переезжает с диагноза на диагноз, человек переходит с одной дороги на другую, и каждая по-своему хороша, и каждая заканчивается там же, где прежняя: у следующего диагноза. А у человека с каждым новым названием убывает не измеряемое ни одной шкалой: доверие к тому, что он излечим. К диагнозам, к специалистам, к самой возможности, что кто-то наконец поймёт его и увидит причину, а не очередной симптом.

Кого не было в исследованиях

Чтобы правильно читать цифры, нужно знать, на ком их получили. Цифры получены в исследованиях. А в исследования берут не всех. Чтобы результат вышел чистым и измеримым, исследователи отбирают сравнительно «удобных» участников: с одним расстройством, без тяжёлых осложнений, без всего, что помешает измерению. Отсев на входе огромен. В образцовом испытании семейной терапии анорексии из трёхсот тридцати одного человека, прошедшего первичный отбор по телефону, до самого исследования дошёл сто двадцать один: отсеялись почти двое из трёх[23]. И такой отсев не исключение. В других областях медицины подсчитано, что типичное испытание отсеивает большинство больных той самой болезнью, ради которой затевается[24]. А у прошедших картина заведомо мягче: сопутствующий диагноз имела лишь четверть включённых подростков, а средняя длительность болезни была меньше года[23]. За бортом при таком отборе остаются, как правило, одни и те же люди: у кого рядом с расстройством живёт зависимость; чья депрессия слишком тяжела; кто уже пробовал похожее лечение и не удержался. То есть как раз люди, кому ответ нужнее всего. Такой участник испытания может существенно отличаться от человека в обычном кабинете — с несколькими сопутствующими расстройствами и десятилетним стажем болезни. Неизвестно, прошла бы отбор Алиса с тремя оборванными попытками лечения и семнадцатью годами булимии.

Добавьте к отбору участников отбор условий. Испытания идут в университетских клиниках: терапевтов специально обучают методу, каждую сессию проверяют на верность протоколу, за спиной у терапевтов супервизия, а у пациента бесплатное лечение и команда, заинтересованная довести его до финала. К сожалению, между такой оранжереей и обычным кабинетом в обычном городе есть дистанция, какую цифры не могут показать. И последний штрих: с выбывшими по ходу исследования тоже поступают по-разному. Самые строгие работы записывают ушедших в неудачи, а работы с меньшей строгостью молча убирают их из знаменателя, и итоговая доля хорошеет сама собой.

И последнее в разделе. Все цифры главы описывают людей, дошедших до лечения. А доходят немногие. В пятилетнем наблюдении за женщинами с булимией лечение получила лишь четверть, а среди страдавших перееданием трое из ста[25]. При навязчивостях от первых симптомов до начала лечения проходит в среднем около семи лет[26]. Получается, вся наука о лечении построена на узкой полоске людей: сначала из заболевших выделяются дошедшие до специалиста, потом из них прошедшие отбор в исследование, и только их результаты мы и знаем.

Этим цифрам можно доверять, если помнить, откуда они взялись. Их получили на отобранных людях в оранжерейных условиях. Шансы человека с длинной, запутанной историей могут отличаться от этих средних.

Вернусь к перекосу публикаций, о котором шла речь в начале главы, потому что он касается всех цифр. Исследования, где метод не сработал, публикуются реже удачных; полвека назад явление назвали проблемой картотечного ящика: неудача остаётся в столе[27]. За последние десятилетия доля работ с положительным результатом только росла, и психология с психиатрией среди дисциплин, где перекос заметнее всего[28]. Отсюда простое следствие: напечатанное не полный список проверенного.

Поправку измерили и на большем материале, чем тот, что я приводил в начале главы. В самом полном на сегодня своде испытаний когнитивно-поведенческой терапии депрессии, больше четырёхсот исследований, итоговый эффект заметно уменьшался, если считать только работы с надёжной методологией, и падал ещё сильнее после поправки на неопубликованное: в сумме больше чем на треть от исходной величины[29]. Ни обмана, ни заговора. Просто система десятилетиями охотнее печатала удачное, чем скучную правду.

Почему карта устроена именно так

Возникает вопрос: почему основные дороги лечения, такие разные, преимущественно направлены на симптомы и поддерживающие их механизмы?

Врачи стараются на совесть и знают своё дело вдоль и поперёк. Дело в самом устройстве науки: наука умеет работать только с измеримым. А есть вещи, которые измерить гораздо труднее.

Симптом видим, и его можно замерить. Можно посчитать приступы за месяц, минуты, съеденные ритуалами, баллы по шкале. А как измерить стоящее за симптомом? У ста человек с одинаковым баллом по шкале сто разных историй, и давящее изнутри на одного не похоже на давящее на другого. Чтобы сравнивать результаты, исследователям нужны общие показатели; симптомы дают такие показатели, хотя измерять можно также некоторые психологические и жизненные факторы. Доказательная медицина, великое достижение, и говорю я без всякой иронии, стоит на измеримом: чтобы доказать, что метод работает, нужно что-то посчитать до и после. И наука идёт туда, где есть линейка. Методы, нацеленные на измеримое, можно проверить, сравнить между собой, отбраковать более слабые; так карта заполняется надёжными дорогами. Оговорюсь, чтобы меня поняли правильно: современная поведенческая терапия смотрит дальше симптома и разбирает механизмы, поддерживающие симптом сегодня: перфекционизм, самооценку, привязанную к контролю, трудности в отношениях. В своём подходе я дополнительно исследую, как эти механизмы могли сформироваться под влиянием эмоционального опыта, неудовлетворённых потребностей и отношений в семье.

Но у надёжности есть условие: дорога надёжна лишь до тех пор, пока её проходят целиком. Мы уже видели, что в обычном кабинете такое редкость, и дело не в том, что метод слабеет вне университетской клиники, а в том, что до конца по протоколу доходит меньшинство: одних останавливает цена, других сопротивление, третьим метод достаётся урезанным. Карта надёжна на бумаге;в жизни человека её надёжность зависит от того, сумеет ли человек пройти дорогу целиком и сумеет ли специалист провести его по ней, ничего не смягчив. Эмоции, стресс и отношения можно исследовать, но установить их причинную роль в возникновении конкретного симптома гораздо труднее. Именно такая проверка необходима и моей модели.

У такого устройства есть и своя история. Больше века назад психиатрия сознательно выбрала описательный путь: раз о причинах душевных расстройств можно спорить бесконечно, договоримся хотя бы о видимом. Соберём проявления в устойчивые картины, дадим картинам имена и будем изучать их течение. Решение было очень мудрым, оно вывело психиатрию из хаоса частных мнений и сделало возможным всё, чем мы пользуемся сегодня, от шкал до клинических испытаний. Но у решения была своя цена, и заплатить пришлось позже: имя симптома, собранное из проявлений, неизбежно живёт на поверхности. Так же работает и вся логика диагноза, унаследованная от телесной медицины: собери видимые признаки, дай им имя, подбери воздействие. При воспалении лёгких такая логика помогает установить возможного возбудителя и выбрать лечение, хотя причин и вариантов течения болезни бывает несколько. Для многолетней булимии такая логика диагноза делает то, что может: точно описывает симптом и добросовестно на него воздействует.

Круг симптоматического лечения замыкает сам человек. К врачу приходят люди с симптомом: уберите приступы, ритуалы, навязчивые мысли. Многие приходят прежде всего с просьбой избавить их от приступов, ритуалов и навязчивых мыслей. Некоторые сразу спрашивают о причинах, но чаще на первый план выходит то, что мешает жить сейчас. Врач отвечает на заданный вопрос, и отвечает добросовестно. Так круг замыкается с обеих сторон: человек просит убрать видимое ему, медицина убирает измеримое ей, и обе стороны работают над симптомом, потому что встретились именно там.

Измерять симптомы необходимо. Я предлагаю дополнить этот взгляд другим, связанным с тем, как сам человек оценивает своё выздоровление. Многие современные методы работают с механизмами, которые поддерживают расстройство сегодня. Эти механизмы можно изучать и оценивать в клинических исследованиях. Источники хронического стресса тоже можно исследовать, но установить их роль в возникновении и сохранении расстройства значительно труднее.

При этом часть людей достигает ремиссии, а другим требуется дальнейшая помощь. По одним лишь результатам лечения нельзя установить, какие именно причины расстройства сохранились и сохранились ли они вообще. Для этого необходимы дополнительные исследования причинных связей и наблюдения за изменениями во времени.

Всё описанное выше, длительное поддерживающее лечение, сходы с полдороги, возвраты и переезды симптомов, показывает как возможности, так и ограничения существующих методов. Иногда трудности связаны с самим методом, иногда с условиями его применения. Карта лечения помогает найти путь к выздоровлению, но пока оставляет без ответа часть вопросов о том, почему симптомы появляются и возвращаются.

Что отнимают годы болезни

Пора сказать о том, что копится, пока дороги не приводят к выздоровлению. Отдельных исследований мало: отнятое годами плохо видно в цифрах, зато видно в людях.

К одной беде добавляется другая; вот что годы приносят раньше всего. Человек пришёл с расстройством пищевого поведения, а через несколько лет прибавляется депрессия. Пришёл с навязчивостями, и сверху появляется изматывающая тревога, уже не о ритуалах, а обо всём подряд. Когда к ОКР или РПП присоединяется депрессия, специалисту приходится учитывать оба состояния. Для этого иногда подбирают общий план лечения, а иногда отдельные вмешательства, потому что улучшение одного расстройства не гарантирует исчезновения другого. Психика, годами живущая как в осаде, не выдерживает и на соседних рубежах: было одно расстройство, стало два, а то и три. И каждое требует своей дороги: к лечению первого добавляется лечение депрессии, к нему работа с тревогой, и путь, который должен был вести к выходу, обрастает ответвлениями. Тело тем временем платит по-своему: долгая болезнь изнашивает его всерьёз. Но медицинскую сторону я намеренно оставляю за пределами книги, а пугать вас медицинскими подробностями не собираюсь.

Второе: сужение жизни. И здесь важно, на какие именно годы обычно приходится сужение. Расстройства, о которых мы говорим, чаще всего начинаются в юности, и годы лечения, поддержания и возвратов ложатся на то самое время, когда сверстники доучиваются, влюбляются, пробуют профессии, уезжают и возвращаются. Семнадцать лет Алисы не абстрактные семнадцать лет, а вся её взрослая жизнь. Симптом прожорлив ко времени: часы, отданные ритуалам; мысли, круглосуточно занятые едой и её последствиями. Но прожорлив симптом и к людям. Общие застолья становятся минным полем, поездки неподъёмной логистикой, близость риском разоблачения. Человек начинает избегать: сначала ситуаций, потом людей, потом жизни. Друзья списывают на характер. Работа и учёба идут на пределе сил или рушатся. Оди-

ночество, поначалу бывшее укрытием, становится приговором, круг замыкается и начинает сам подкармливать расстройство.

Третье, самое глубокое, и говорить о нём надо осторожно. Когда болезнь живёт с человеком двадцать лет, она перестаёт быть просто болезнью и превращается в часть личности. Исследователи, собравшие рассказы женщин о лечении многолетней анорексии, раз за разом слышали одно и то же: страх перед пустотой на месте болезни. Его называют страхом выздоровления, хотя пугает человека прежде всего эта пустота. «Кто я, если не моя болезнь?»[30] Я много раз слышал такой вопрос от клиентов почти дословно. Это не означает, что человек не хочет выздоравливать. Но за годы расстройство вросло в идентичность, в распорядок, в сам способ переносить жизнь, и лечение, нацеленное на симптом, предлагает человеку ампутацию без протеза: отнять привычный способ переносить жизнь, не предложив взамен другой опоры. Почему симптом становится важной частью жизни человека, разговор об этом ведётся в главе 9, и в книге он один из главных.

И четвёртое: то, что психиатры называют деморализацией, состояние, отличное от депрессии, когда человек утрачивает не радость, а веру[31]. Каждая неудачная попытка вылечиться делает следующую короче: после первого возврата человек пробует снова, после третьего пробует устало, после пятого решает, что дело в нём. Логика вывода безупречна изнутри. Вот они, проверенные методы, с исследованиями и процентами; другим ведь помогает, о чём пишут и о чём рассказывает сама реклама клиник, а мне нет. Если проверенные дороги не сработали на мне, значит, неисправен не метод. Неисправен я. Человек не знает того, что знаете теперь вы: за частью «проверенных процентов» стоят короткие сроки наблюдения и отобранные участники, до конца лечения доходит меньшинство, и отсутствие полного выздоровления вовсе не исключительный исход, хотя об этом не всегда говорят в начале лечения. К нашей первой встрече Алиса уже считала себя неизлечимой, как вывод из семнадцати лет наблюдений. Самое горькое, что вывод логичен. Просто сделан по неполным данным: человек перепробовал всё лечение, какое смог найти, и решил, что дело в нём. А ему не объяснили простого: подвести могло само лечение. Лечение бывает недоведённым до конца либо не подходит именно ему: ведь когда метод проверяли, людей с такой историей в исследование не брали.

Другая сторона медали

Теперь я обязан развернуться и сказать вторую половину правды, иначе глава сама перестанет быть правдивой.

Из сказанного не следует, что лечение не работает. Следует обратное, с уточнением. Лекарства при навязчивостях достоверно превосходят пустышку. Лучшая семейная терапия приводит подростков к ремиссии вдвое чаще, чем добросовестная индивидуальная, а возврат у прошедших семейную случается вчетверо реже[32]. Хорошую разговорную терапию булимии удаётся перенести из исследований в обычную клинику, не растеряв силу; правда, и в таких подсчётах, как мы видели, самых трудных обычно нет. Методы лечения действительно работают.

И на длинной дистанции при анорексии и булимии выздоравливает примерно половина. А если считать выздоровлением и явное улучшение, а не только полное исчезновение болезни, то и заметно больше[33]. Доля выздоровевших продолжает расти и через десять, и через двадцать лет после начала болезни; известны выздоровления спустя двадцать один год. Эти наблюдения показывают, что выздоровление возможно и после многих лет болезни.

Есть в данных и ещё одна закономерность, о которой обязан сказать, потому что она практична. Чем раньше начато лечение, тем лучше оно работает: катамнезы раз за разом показывают, что короткий стаж болезни один из самых устойчивых предвестников хорошего исхода[33]. Образцовые результаты семейной терапии получены на подростках, болевших меньше года.

Важно для читателя, у кого расстройство началось недавно, или у чьего ребёнка началось недавно: идти надо сейчас, и шансы высоки. Одно из возможных объяснений этой закономерности состоит в том, что за более короткий срок болезнь ещё не успевает глубоко изменить привычки, распорядок и самоощущение человека. Но сами наблюдения не позволяют доказать именно такую причину. Чем дольше существует расстройство, тем труднее его лечение и тем ниже в среднем вероятность хорошего исхода. Для болеющих давно это означает, что может потребоваться работа не только с самим симптомом и поддерживающими его механизмами, но и с более широким контекстом жизни человека. В моей модели сюда входят источники хронического стресса, неудовлетворённые потребности и запреты на выражение эмоций. Как с этим работать, тема всей остальной книги.

В этих цифрах обнаруживается важная закономерность. В первые год-два полностью выздоравливает меньшинство. Через десять-двадцать лет около половины и больше. Что происходит в промежутке? В промежутке происходят те самые годы, которым посвящена глава: поддерживающие дороги, сходы с полдороги, возвраты, переезды симптома, накопленная цена. Выздоровление приходит, но приходит медленно, дорого и не ко всем; и чем строже оценка, тем скромнее результаты.

Здесь сходятся три наблюдения. Лечение помогает — это правда. Помогает медленно, частично и с возвратами — это тоже правда. И третья правда: цифры, которыми меряют помощь, собраны из литературы, где удачное печатают охотнее неудачного, а участников отбирают самых удобных, поэтому опубликованные доли могут быть завышены. Третья правда не отменяет помощь. Она заставляет смотреть на проценты трезво. Моя гипотеза состоит в том, что у части людей за механизмами, которые поддерживают расстройство сегодня, сохраняются источники хронического стресса. Именно об этой гипотезе и способах работы с ними — дальнейшие главы книги.

Где же лежит игла Кощея

У разных путей лечения обнаруживаются разные ограничения.

Медикаментозная помощь иногда требует длительного продолжения, а риск рецидива после отмены зависит от состояния человека. После терапии навыки иногда приходится поддерживать и применять длительное время. Дорога стационара заканчивается дверью, за которой ждёт старая жизнь. С половины дорог сходят из-за цены, побочных результатов, дежурной фразы или сопротивления неизвестного характера; а часть пациентов получает лечение в неполном объёме или прекращает его раньше запланированного. И даже пройденная до конца дорога не даёт гарантии: недолеченный симптом может вернуться, когда жизнь прибавит стресса, а внутри родственной группы расстройство может перейти в другие формы, и тогда человек начинает новый круг по той же карте, под новым названием.

У всех дорог разные финалы, но роднит их общая черта. Многие из них подробно работают с симптомами и механизмами их поддержания. Но в моей практике остаётся важным и другой вопрос: откуда у конкретного человека берётся хроническое напряжение? Что за давление семнадцать лет жило внутри Алисы, и она глушила его перееданием? Почему месяц без срывов потребовал столько сил, что «терпелка закончилась»? Что за сила умеет ждать месяцами, переживать любые попытки её остановить и возвращаться? Дороги проложены к симптому и к механизмам вокруг него. Вопрос «от чего он?» чаще остаётся за обочиной. Врачи здесь не виноваты, так устроена сама карта лечения, она лучше видит измеримое.

Представьте ванну с открытым краном. Вода прибывает, и человек вычерпывает её кружкой, чтобы не перелилось через край. Многие дороги главы, каждая по-своему, учат вычерпывать. Лекарства дают кружку побольше. Терапия учит черпать быстрее и ловчее, экспозиция помогает переносить тревогу, не возвращаясь к привычным ритуалам. Стационар на время

вычерпывает за человека. Пока хватает сил, уровень снижается, и облегчение настоящее. Я предполагаю, что у части людей продолжает действовать источник хронического стресса, похожий на открытый кран. Если его влияние сохраняется, напряжение может снова усиливаться. Алиса семнадцать лет вычерпывала и винила себя, что не успевает. А спросить надо было о другом. Почему вода всё время прибывает?

Годы, вложенные в дорогу, не возвращаются вместе с симптомом, и мне до сих пор больно от того, сколько лет уходит у клиентов на добросовестное хождение по кругу. Алиса отдала кругу семнадцать лет. Что было с ней дальше, расскажу в пятой части, посвящённой пути обратно к себе; сейчас скажу лишь, что её история не закончилась в центре, где она вышла в ремиссию на месяц.

А главу закончу вопросом, который выведет нас к следующей. Всё это время мы мерили дороги так, как их мерят исследования: баллы, шкалы, доли ремиссий, четыре недели без приступов. Но человек, идущий по дороге, вкладывает в слово «выздоровление» другой смысл. Когда я спрашиваю людей, чего они на самом деле ждут от выздоровления, — они никогда не отвечают шкалой. Они отвечают другое. Что именно — об этом следующая глава.

Глава 3. Чего на самом деле хочет человек

Они отвечают другое

«Хочу есть вместе со всеми и просто болтать за столом».

«Хочу выйти из дома, закрыть дверь один раз — и пойти по своим делам».

«Хочу, чтобы голова принадлежала мне».

«Хочу перестать врать людям, ради спокойствия которых вру».

«Хочу посмотреть, какая я, когда всё пройдёт».

«Хочу жить, а не терпеть».

Такие ответы я слышу постоянно, когда задаю моим клиентам вопрос «чего вы хотите?», почти на каждой первой встрече — ближе к концу, когда история болезни и история лечения уже рассказаны: «Представьте, что выздоровление случилось. Чего вы от него ждёте? Не в медицинском смысле — в жизненном». Вторая глава закончилась обещанием привести ответы — вот они. Сразу уточню, что все герои здесь собирательные. Ни одна реплика не принадлежит конкретному человеку — за каждой стоят десятки похожих, услышанных за годы работы. Я сжал их до типовых формул, стараясь сохранить интонацию.

Любопытно, как люди отвечают. Поначалу — осторожно, по-медицински, словно сдают зачёт: «ну, чтобы приступов не было», «чтобы ремиссия удержалась». Человек, годами ходивший по врачам, привык угадывать, какого ответа от него ждут, и выдаёт правильный. Тогда я уточняю: не для карты, не для отчётности — для жизни. И наступает пауза. Взгляд уходит куда-то за окно. Слышно, как шевелятся извилины. И голос меняется: с ответов спадает глянец, появляются живые слова. Вот тогда и звучат ответы, с каких началась глава: про стол, про дверь, про голову, про правду, про будущее.

Иногда на первую встречу приходят вдвоём — подросток и кто-то из родителей. И если задать тот же вопрос родителю, ответ прозвучит третий, не похожий ни на шкалу, ни на голоса из начала главы: «Чтобы ела, как все». «Чтобы перестал проверять». «Чтобы было как раньше». Близкие мерят выздоровление исчезновением пугающего симптома, и тут понятен их страх за родного: страх выматывает, а снаружи виден именно симптом. Замечу только, что ответ этот — про симптом, а не про человека. Между «чтобы ела, как все» и «хочу есть вместе со всеми и просто болтать за столом» — дистанция огромная, хотя речь как будто об одном ужине. Здесь важен сам факт: даже любящий взгляд со стороны не заменяет ответа самого человека.

Заметно и другое: голоса клиентов звучат одинаково поверх своих диагнозов. Люди с пищевыми расстройствами и люди с навязчивостями — казалось бы, разные беды, разные болезни, разные протоколы — а просьбы совпадают почти дословно: близость, любовь, сон, спокойствие, планы, «хочу жить, а не терпеть». Причины такого сходства начну разбирать уже в следующей главе. Пока ясно одно: чем бы ни различались симптомы нарушения пищевого поведения и навязчивости, отнимают они у людей одно и то же. Значит, и возвращать придётся одно и то же.

В самих ответах нет ни одного балла. Ни одной шкалы, ни одной доли ремиссий, ни единого процента. Люди, живущие внутри лечения годами, — люди, выучившие язык анкет и опросников не хуже некоторых специалистов, — говоря о выздоровлении всерьёз, языком анкет не пользуются. Никто ни разу не сказал мне: «Хочу выйти в ремиссию на семьдесят процентов». Отвечают про жизнь.

Обратите внимание и на первое слово почти каждой реплики — «хочу». Простое слово, а для многих клиентов — это завоевание. Годы болезни приучают говорить о себе иначе:

«мне нельзя», «я должна», «надо продержаться». Желание уступает место правилам, хотение — долгу, и речь человека постепенно перестраивается под симптом: сплошные обязанности, запреты, отчёты — и ни одного желания. Потому, когда человек впервые за долгое время строит фразу от «хочу», в кабинете происходит маленькое чудо: возвращается жизнь. Человек лишь тогда начинает жить, а не терпеть, когда у него появляются желания, а не одни обязанности. Голоса этой главы — по сути голоса вернувшегося «хочу».

Есть в этих ответах ещё одна особенность: они начисто лишены красивой глянцевости. Никто не говорит о счастье, самореализации, гармонии, слов из словаря глянцевых обложек в кабинете не слышно. Звучит быт: еда, дверь, чистота, сон, гости. Вначале меня самого смущала будничность списка: где мечты, где полёт? Понадобилось время, чтобы расслышать подлинность в такой будничности. О полёте мечтают сытые и выспавшиеся. Человек, у кого симптом отнял самое простое, мечтает именно о простом: просто поесть без ужаса, просто закрыть дверь без ужаса, просто взяться за грязную ручку без ужаса. Смысл для такого человека потому и складывается из будничного, по-другому не выходит.

Значит, у слова «выздоровление» два разных смысла. Первый смысл — тот, которым пользуются исследования: стало ли меньше болезни? Баллы шкал, доли ремиссий, недели без симптома — подсчёт идёт по симптому. Люди в своих ответах спрашивают о другом: стало ли больше жизни? Вернулись ли тело, эмоции, отношения и смысл? Дальше в книге я буду задавать второй вопрос любому способу лечения, в том числе своему собственному.

Два смысла отвечают на разные вопросы. Первый смысл необходим, чтобы отличить работающий метод от красивой фантазии, и я пользуюсь им с уважением. Беда начинается там, где за баллами перестают слышать второй вопрос и видеть живых людей.

Наука, надо отдать ей должное, второй вопрос знает и даже дала ему имя. В психиатрии давно различают два выздоровления. Клиническое — видимое снаружи и поддающееся подсчёту: симптомы отступили ниже порога, показатели в норме, специалист удовлетворён. И личностное — о нём может судить только сам человек: жизнь снова принадлежит мне, у меня есть кто и есть зачем[1]. Расхождение двух выздоровлений — не экзотика, а будни моей работы, причём в обе стороны. Бывает человек, выздоровевший по всем протоколам, — и не чувствующий себя живым: лечение засчитано, жить не начал. Бывает наоборот: до формальной ремиссии ещё не добрал, а к людям и планам уже вернулся — и сам считает себя почти здоровым, к недоумению шкалы. Когда исследователи спрашивали выздоровевших от пищевых расстройств напрямую, что значило для них выздоровление, ответы раз за разом складывались в знакомые нам голоса из начала главы: принять себя, вернуться к людям, нова распоряжаться собой — и лишь потом, среди прочего, «симптомы ушли»[2].

Два смысла расходятся и в одной судьбе. Алиса, семнадцать лет булимии, месяц без срывов после лечения. Шкала не соврала: месяц был. Но сама Алиса мерила не длиной месяца, а его ценой. Цена, по её словам, была такая: «терпелка закончилась». По первому смыслу — ремиссия. По второму — месяц каторги с возвращением в исходную точку. Оба смысла верны. Просто один говорит о симптоме, другой — о жизни вокруг симптома.

Задача у этой главы одна. Прежде чем идти к разговору о том, откуда симптом берётся и как из-под него выбираются, нужно назвать словами, чего сам человек ждёт от выздоровления. Если сложить ответы, услышанные за годы не только мной, но и исследователями, собиравшими их по всему миру, то у меня получаются четыре просьбы. Вернуть тело. Вернуть эмоции. Вернуть отношения. Вернуть смысл. Четыре возвращения. О каждом из них — по порядку.

В этой главе почти не будет статистики[3]: желания человека трудно передать баллами. Здесь важнее сохранить живые слова, которыми люди описывают ожидаемое выздоровление.

Вернуть тело

«Хочу спать ночь целиком».

«Хочу есть и думать о вкусе».

«Хочу перестать мёрзнуть».

«Хочу проснуться без напряжения в теле».

«Хочу доверять голоду: он есть — я думаю о еде, его нет — я не думаю о еде».

Первая просьба звучит скромнее всех — и стоит дороже всех. Люди просят вернуть им тело. Не улучшить, не привести к норме, не подогнать под таблицу — вернуть. В самой формулировке слышно главное: тело было, тело отняли, теперь человек хочет получить назад собственный дом.

Годы симптома превращают тело из дома в подозреваемого. За телом следят, тело подозревают, телу не верят. При пищевых расстройствах каждый его сигнал проходит допрос. Правда голодна или показалось? Наелась или можно ещё потерпеть? Устала или ленюсь? Любое желание тела считается подозрительным, пока не доказано обратное, — а доказать нечем, ведь верить телу нельзя. И человек живёт при собственном теле следователем: без выходных, без отпуска и без единого оправдательного приговора. Сил на такую службу уходит столько, что на жизнь остаётся мало.

При навязчивостях у тела другая роль — сирены. Тело первым замечает «что-то не так»: сжатием под рёбрами, холодком по спине, толчком изнутри — и не даёт отбоя, оставаясь всё время в боевом режиме. Сирена включается от мелочи, звучит во всю силу и неотличима от сигнала о настоящей опасности. Человек годами живёт по этой сирене: вздрагивает, проверяет, перепроверяет — и постепенно начинает бояться не только поводов тревоги, но и самого тела, слишком громкого, слишком бдительного, никогда не отдыхающего. В обоих случаях итог один: человек живёт не в теле, а рядом с телом — как рядом с непредсказуемым соседом, от которого можно ждать чего угодно.

Поэтому просьбы звучат так по-бытовому. Спать. Есть. Не мёрзнуть. Просыпаться отдохнувшим. За каждой бытовой просьбой — долгая история. «Хочу спать ночь целиком», — говорит человек, у кого сон годами разбит напряжением: тело, охраняющее его от «неминуемой гибели», не спит и ночью. «Хочу есть и думать о вкусе» — человек, для которого каждый приём пищи был нерешаемой задачей с правильным ответом, какой надо угадать. «Хочу перестать мёрзнуть» — тот, кому вечно холодно, сколько ни кутайся. Тело помнит войну даже там, где перемирие уже давно объявлено, — и люди просят не идеального тела. Люди просят мирного тела.

Про сон стоит сказать чуть больше, потому что просьба о сне повторяется достаточно часто. Ночь для здорового человека — время, когда тело сдаёт смену, чтобы восстановиться. У человека с расстройством тело смены не сдаёт: дежурство продолжается во сне. Вечер уходит на переговоры с тревогой, засыпание превращается в отдельную работу, а утро начинается до подъёма — тело включается первым, с гулом тревоги, ещё до всякой мысли, и человек открывает глаза уже уставшим. Люди рассказывают об одном и том же почти одинаковыми словами: не помню, когда просыпалась отдохнувшей. Просьба «спать ночь целиком» — на деле просьба хотя бы о перемирии, без ночной смены.

И ещё одна бытовая мелочь, вовсе не мелочь, — холод. «Хочу перестать мёрзнуть» произносят буднично, как о погоде, но за фразой стоит образ жизни: свитер летом, плед поверх свитера, чай не ради вкуса, а ради тепла, и вечная зависть к людям, которым просто тепло. Замерзающее тело — тело, живущее в режиме жёсткой экономии, и согреть его снаружи не получается: тепло не приходит, пока не кончится война. Сюда же относится право уставать и отдыхать. Годы симптома приучают человека к странной арифметике: отдых надо заслужить,

усталость надо оправдать, лежать без дела стыдно. Люди просят вернуть им отдых: устал — отдохни, без вины и стыда.

Отдельная строка в первой просьбе — голод и сытость. Со стороны кажется: что может быть проще — ешь, когда голоден, останавливайся, когда сыт. Изнутри пищевого расстройства эта простота выглядит недостижимой роскошью: голод и сытость там давно не советчики, а поле сражения — их глушат, им не верят, их боятся. И когда человек говорит «хочу доверять голоду», просьба звучит почти философски: чтобы у тела снова появился голос, а у человека — слух. Чтобы внутренним сигналам можно было верить, как когда-то в детстве, до всякой войны. Уточню: просьба доверять голоду не значит «долой режим питания и план». В остром периоде расписание и правила необходимы — они ведут человека, пока собственные сигналы молчат или обманывают. Люди просят о другом: чтобы однажды можно было поесть, потому что хочется, а не по плану. Если человек всю жизнь ест по расписанию и никогда — по голоду, значит, острый период для него так и не закончился.

К телесным просьбам примыкает ещё одна, о какой вспоминают со вздохом, — спонтанность. Сорваться с друзьями за город в пятницу вечером. Остаться ночевать в гостях. Согласиться на незапланированный ужин. Для здорового человека — мелочи выходного дня; при расстройстве каждая такая мелочь требует подготовки, расчёта и мужества, а чаще просто отклоняется: слишком много неизвестных. Жизнь делается возможной только по плану, любой шаг в сторону отзывается тревогой. «Хочу делать внезапно», — укладывают люди суть в три слова.

Уточню и то, о чём первая просьба не просит. Люди не требуют от себя восторга и не мечтают полюбить каждую свою черту — популярный лозунг о всеобщей любви к себе звучит для измученного человека почти издевательски, как требование сплясать со сломанной ногой. Просят о меньшем и большем одновременно: о нейтральности. Чтобы тело перестало быть проектом, темой дня, предметом отчёта — и стало тем, чем было в детстве: фоном жизни, надёжным и незаметным. Здоровое отношение к телу — не влюблённость. Здоровое отношение — возможность о теле подолгу не думать, чтобы оно само о себе думало.

У специалиста на первую просьбу свой взгляд, и его тоже надо назвать. Врач измеряет тело показателями: анализы, устойчивость, безопасность. И слава богу, что измеряет: там, где телу грозит настоящая беда, необходимы замеры, чтобы спасти жизни. Но показатели отвечают на вопрос «жив ли дом» и молчат на вопрос «можно ли в доме жить». Исследователи, взявшиеся всерьёз определить полное выздоровление при пищевых расстройствах, пришли к выводу: одних физических критериев мало, и даже физических вместе с поведенческими мало — нужна третья часть, внутренняя: как человек относится к собственному телу и еде[4]. Без третьей части выздоровление получается бумажным.

Люди, прошедшие через стационары, говорят о том же без академических слов. В исследованиях их опыта повторяется одна и та же горькая формула: вес вернули — меня не вернули[5]. Показатели сошлись, таблица довольна, а человек выписывается домой в то же самое поднадзорное тело. В больнице за ним следили врачи и медсёстры, дома следить будет он сам или родители — надзор не кончился, просто сменил хозяина. Стационары делают свою работу хорошо, кроме них её не сделает никто, и делают в самый опасный для человека момент. Я хочу сказать другое: тело возвращается не тогда, когда сходятся показатели. Тело возвращается, когда в нём снова можно жить: спать, есть, согреваться, уставать и отдыхать — не спрашивая ни у кого разрешения, включая того строгого судью, который сидит внутри и от которого ничего не утаишь.

Вернуть эмоции

«Хочу радоваться по-настоящему, а не изображать радость».

«Хочу злиться, когда есть за что, — и не разваливаться от собственной злости».

«Хочу не быть виноватой».

«Хочу плакать, когда больно, а не когда накопилось и прорвало».

«Хочу хотеть».

Вторая просьба удивляет всякого, кто слышит её впервые. От людей, годами живущих с тревогой, ждёшь просьбы об одном — о покое: пусть станет тише, пусть отпустит. Поначалу и правда звучит так. Но стоит спросить, как выглядит хорошая жизнь после выздоровления, — и выясняется неожиданное. Люди просят не тишины. Люди просят звука.

«Хочу радоваться». «Хочу злиться». «Хочу плакать». «Хочу хотеть». Ни одна просьба не про покой — все про жизнь. В своей практике я замечаю одну печальную закономерность: когда человек годами старается не чувствовать страх, сам страх далеко не всегда становится слабее, зато нередко притупляются и другие переживания — любовь, злость, радость, интерес, нежность, азарт. Будто ручку громкости поворачивают сразу для нескольких голосов. Снаружи такое состояние иногда похоже на долгожданное «спокойствие». Изнутри — ровная серая полоса, о какой люди говорят почти одинаково: раньше было плохо, но хотя бы было. Теперь — никак.

Серая полоса накрывает не только очевидное. Глохнет нежность: человек смотрит на близких и знает, что любит, — знает головой, как знают таблицу умножения. Тепло при взгляде не поднимается, и от такого знания без тепла делается только страшнее. Он перестаёт различать свои и чужие эмоции и уже не понимает, любит он или злится, любят его или злятся на него. Поэтому он не верит до конца ни в свою любовь, ни в свою злость. Глохнет интерес: книги дочитываются с усилием, музыка играет фоном, любимое дело выполняется по памяти о том, что оно любимое. Даже вкус еды тускнеет — горькая насмешка над человеком, чья жизнь и так вращается вокруг еды. Мир становится плоским и скучным, как фотография вместо реальности. И человек, живущий в такой фотографии, однажды ловит себя на страшной мысли: не помню, когда в последний раз было по-настоящему смешно, по-настоящему вкусно, по-настоящему тепло.

Люди обычно описывают радость как тепло и лёгкость в груди, злость как силу, прилившую к рукам и плечам, ужас как холод и сжатие, печаль как тяжесть и слёзы. Поэтому вторая просьба на деле продолжает первую. Человек, просящий вернуть эмоции, просит вернуть телу право звучать: теплеть, наливаться силой, плакать, дрожать, смеяться. Не случайно две просьбы так часто приходят парой: «перестать мёрзнуть» и «снова радоваться» — родные сёстры, между ними меньше расстояния, чем кажется.

На встрече эта связь заметна сразу: человек говорит одно, а тело показывает другое. Человек говорит «да я спокоен, в целом всё нормально» — а плечи подняты к ушам, челюсть сжата, руки напряжены, дыхание короткое, верхнее. Слова говорят о мире, а тело докладывает о войне. Годы ушли на выучку: не показывать, не проседать, не терять лица, и эта маска стала второй кожей. Просьба «радоваться по-настоящему, а не изображать» растёт отсюда. Изображать радость — тяжёлый труд: следить за лицом, вовремя улыбаться, смеяться в правильных местах — смена без перерыва, изо дня в день. Люди устают от неё, как от настоящей работы, и мечтают об отпуске: чтобы улыбка однажды случилась сама.

У возвращения звука есть и свой первый вестник — смех. Не вежливый, в правильном месте, а непроизвольный, врасплох: фыркнуть от нелепости, рассмеяться до слёз над сущей ерундой. Люди рассказывают о таком смехе как о событии: «еду в автобусе, вижу собаку в комбинезоне — и вдруг смеюсь, по-настоящему, впервые за не помню сколько». Смех невозможно изобразить для себя самого — потому по смеху человек и узнаёт, что внутри снова кто-то живой и ему хорошо. Среди просьб о возвращении эмоций смех звучит постоянно: вернуть радость — значит вернуть смех.

Отдельно скажу про злость и слёзы — про них просят с оговоркой, вполголоса. «Хочу злиться — и не разваливаться от собственной злости»: за такой просьбой обычно стоит опыт, где злость была под полным запретом, и потому накапливалась, и потому прорывалась редко и страшно — подтверждая, будто запрет был прав. «Хочу плакать, когда больно, а не когда накопилось и прорвало» — та же история про слёзы. Люди боятся собственных эмоций, как боятся воды те, кого никогда не учили плавать: вода тут ни при чём, просто опыта нет, одни рассказы об утонувших. Просьба вернуть эмоции всегда несёт вторую половину, произносимую тише: и научите с ними обращаться.

«Хочу не быть виноватой» — просьба, которую я слышу едва ли не чаще всех. И она особая. Все прочие просьбы о том, чтобы эмоции вернулись, а эта — о том, чтобы одна из них наконец ушла. Пока радость, нежность и интерес глохнут, вина живёт в полный голос и говорит без перерыва.

Виноватой человек чувствует себя за всё подряд. За съеденное — расплата назначается сразу после еды. За несделанную проверку и за сделанную тоже: одна половина головы твердит, что не проверил как следует, другая — что снова потратил час на ерунду. За враньё близким. За испорченные всем праздники. За мамины слёзы и за отцовское молчание. За деньги, ушедшие на лечение. И отдельно — за то, что лечится и всё равно не выздоравливает: меня лечат, а я не могу, значит, дело во мне.

У вины при этом есть работа, и работа скверная. Она не просто мучает — она кормит симптом. За виной приходит потребность расплатиться, а расплатиться человек умеет одним способом: ограничением, проверкой, ритуалом. Расплатился — на час полегчало. Полегчало — значит, способ рабочий. Круг замкнулся, и вина в нём не наказание, а часть болезни.

Потому просьба звучит не «хочу, чтобы меня простили». Люди просят другого: перестать платить. Поесть и не расплачиваться. Отдохнуть, не заслужив. Болеть и не быть виноватой в том, что болеешь.

Покой в просьбах тоже звучит, но покой особый. Люди уточняют: хочу расслабленного спокойствия, как вечером после хорошего дня, а не напряжённого. Разница — как между паузой в музыке и обрывом записи: пауза полна ожидания, в ней дышит продолжение; обрыв просто пуст. Годы симптома учат путать эти состояния — принимать выключенный звук за выдержку, пустоту за победу. Возвращённые эмоции расставляют всё по местам: настоящий покой не требует выключать жизнь. Он звучит вместе с ней.

Хочу хотеть

Есть среди этих просьб строка, которую я слышу очень часто и считаю самой точной: «Хочу хотеть». Человек рассказывает: дела делаются, обязанности выполняются, со стороны всё в порядке — а внутри давно не включается главное: ощущение, что мне это надо. Эмоции сообщают человеку, что для него важно, а что — нет. Что дорого — о том тревожимся, к чему тянет — тому радуемся. Выключить сигналы — значит остаться без сведений о собственных желаниях. Вот почему «хочу хотеть» — это просьба о понимании себя.

У приглушённых эмоций есть и незаметное бытовое следствие — мучительность выбора.Что заказать, какой фильм включить, куда поехать в отпуск: когда внутренние «нравится» и «не хочется» молчат, любой выбор превращается в вычисление без данных. Люди застревают у полки с чаем, листают меню по десять минут — и злятся на себя за нерешительность, хотя нерешительность тут ни при чём: попросту отключён орган, которым выбирают. Вернувшиеся эмоции возвращают и лёгкость мелких решений — «хочу вот этот» перестаёт быть задачей.

Здесь два смысла выздоровления расходятся сильнее всего. Шкалы считают, чего стало меньше: тревоги, навязчивостей, тоски. Считать это нужно, но так виден только один край. Человек ждёт, что станет больше — радости, желаний, живого. А «меньше плохого» и «больше

живого» — вещи разные, и между ними теряются люди: симптом приглушён, баллы прекрасны, а человек сидит напротив и спрашивает — почему мне скучно?

Когда эмоции возвращаются, у переживаний снова появляются имя, адрес и голос. Но бывает и наоборот. Срывов или ритуалов больше нет, вес восстановлен, анализы в порядке, таблица довольна. А человек по-прежнему просыпается уставшим, к вечеру выжат, книга лежит открытой на той же странице, встречи откладываются. Симптом ушёл, а звук не вернулся. Называть такого человека выздоровевшим рано. Причин у такой тишины может быть несколько. Иногда так выглядит депрессия, которая спряталась за ушедшим симптомом, и её нужно отдельно проверить у врача.

Своё объяснение таких случаев я дам во второй части книги. Если коротко, моя гипотеза такая. Симптом бывает способом на время сбросить накопленный стресс, и такой способ я называю каналом сброса стресса. Пока источник стресса на месте, закрытый канал ничего в жизни человека не меняет, кроме самого канала. Приступы прекратились, а усталость, тусклость и бессонница остались, потому что питало их не то, что ушло.

В рассказах тех, кому становится лучше по-настоящему, слышно другое. Возвращается смех, врасплох и не по делу. Возвращается интерес, и музыка снова играет не фоном. Человек начинает различать, что с ним происходит, и находит слова для того, что раньше было просто тяжестью. И приходит всё это не по расписанию шкалы. Смех может вернуться раньше, чем уйдёт последний ритуал, а может задержаться на месяцы после того, как таблица уже объявила ремиссию.

Вернуть отношения

«Хочу ужинать с семьёй, а не отдельно».

«Хочу перестать прятаться и врать».

«Хочу, чтобы мама снова стала мамой, а не проверяющим».

«Хочу просто общаться с друзьями».

«Хочу влюбиться и не просчитывать, как буду скрывать».

Третью просьбу почти никогда не произносят первой — и почти всегда произносят с самой сильной эмоцией. О теле говорят устало, об эмоциях задумчиво, а тут у людей меняется голос: у кого-то появляются слёзы, у кого-то злость, у кого-то и то и другое разом. Потому что симптом, чем бы ни был занят с телом и головой, попутно делает ещё одну работу, самую разрушительную из всех: строит одиночество.

Стройка идёт незаметно и логично, шаг за шагом. Сначала появляется укрытие: есть удобнее одному, ритуалы удобнее выполнять без свидетелей, вопросы удобнее не слышать. Потом укрытие обрастает стенами: отказ от совместного ужина, отговорка вместо встречи, комната вместо компании. Праздники из радости превращаются в испытание. Застолье для человека с пищевым расстройством — полоса препятствий; семейный визит для человека с навязчивостями — час на чужой территории, где не выполнить ни одного своего ритуала. И человек начинает избегать и праздников, и встреч. Дружба тает не от ссор, а от отмен: раз отказался, два перенёс, на третий звать перестали. Никто никого не бросал, просто человека никто не понял.

У одиночества, построенного симптомом, есть коварное свойство: снаружи его может быть не видно. Человек продолжает ходить на работу, отвечать в переписках, появляться на днях рождения, и формальная нить общения цела. Умирает близость: разговоры, где можно не выбирать слова; люди, при которых можно быть уставшей, растерянным, смешным. Человек стоит в компании, смеётся вместе со всеми — и чувствует стену между собой и остальными, прозрачную и звуконепроницаемую. Одиночество в толпе выматывает своей неочевидностью: пожаловаться не на что, все ведь рядом. А новых людей подпускать страшно — вдруг узнают,

— и круг общения медленно сужается до посвящённых, до тех немногих, кто «в курсе». Иногда до одного человека. Иногда до нуля.

Достаётся и внешнему кругу — рабочему, учебному. Совместный обед, чаепитие в отделе, перекус между парами: культура любого коллектива строится на еде и мелких общих ритуалах, и человеку с расстройством каждый такой пустяк даётся с боем. Отказ приходится объяснять, объяснение — выдумывать, выдумку — помнить. Со временем вокруг человека образуется вежливая пустота: коллеги перестают звать, однокурсники привыкают, что «она не ходит». Человека начинают считать странным — незаметно и надолго. В третьей просьбе люди просят снять и это — вернуть себе право быть своим среди своих.

Стыд и необходимость врать скрепляют эти стены прочнее всего. Двойная жизнь изнуряет не меньше самого симптома: снаружи «всё нормально, просто устала», внутри — расписание, подчинённое симптому до минуты. Отговорки приходится готовить заранее, ответы репетировать, версии сверять, чтобы не запутаться. Люди потом признаются, что враньё давалось им тяжелее голода и тяжелее тревоги: врать приходилось любимым. И каждая удавшаяся ложь добавляла к симптому ещё и вину — груз, о каком посторонние даже не догадываются.

А с близкими происходит второе превращение, зеркальное. Близкие ведь видят, что беда, — и делают то единственное, что умеют: начинают следить. Заглядывать, пересчитывать, дежурить у двери, задавать проверочные вопросы. Из лучших побуждений, от страха и от любви — но изо дня в день. И вот уже вся семья говорит об одном: о еде, о ритуалах, о «ты сегодня как?». Мама превращается в проверяющего, муж — в конвоира, ужин — в отчёт. Любовь никуда не девается — исчезает доверие. По обе стороны стены стоят измученные люди, любящие друг друга и говорящие только о симптоме; каждая сторона несёт свою усталость и свою вину, и обеим одиноко. Симптом умудряется украсть близость сразу у всех.

За репликой «чтобы мама снова стала мамой» прячется потеря, о какой вслух почти не говорят: роль проверяющего крадёт маму у ребёнка. Женщина, чей день годами выстроен вокруг дежурства у стола, у двери, у телефона, теряет не меньше: дочь как собеседницу, разговоры о пустяках, совместные глупости, право обнять без задней мысли. Материнство сжимается до контроля, и обеим сторонам отчаянно не хватает одного и того же — доверия. Потому просьба вернуть отношения всегда работает в обе стороны: человек получает назад маму, мама получает назад ребёнка. Из всех подарков выздоровления такой, возможно, самый дорогой.

Третья просьба всегда двойная, в ней два желания сразу. Вернуться к людям — и чтобы люди вернулись. Сесть за общий стол — и чтобы за столом говорили о жизни, а не следили за тарелкой. Перестать прятаться — и перестать быть поднадзорным. Позвать гостей — простое человеческое «позвать гостей», за каким стоят годы квартиры, закрытой для всех. Влюбиться — и не начинать любовь с расчёта, сколько удастся скрывать. Люди просят не «социальной адаптации» — это казённое слово не вмещает желания. Они просят, чтобы им самим рядом с другими снова стало легко. В этих рассказах редко звучит желание заменить старых друзей новыми. Просят вернуть своих — тех же самых, с их привычками и шутками. Симптом не убил привязанность, лишь замуровал; потому и просьба звучит не «найти», а «вернуть».

Отдельная нота третьей просьбы — прикосновения. Объятие, рука на плече, чья-то голова на коленях во время фильма — из таких мелочей состоит близость, пока она есть. Симптом отнимает и их. Когда тело, ставшее полем сражения или сиреной, плохо переносит чужие руки — объятие ощущается досмотром, случайное касание отзывается тревогой. Люди признаются, что годами уворачивались от родных, а потом затосковали по самому простому: посидеть рядом, прислонившись плечом, и чтобы никто ничего не проверял. Возвращение отношений — всегда ещё и возвращение права на тепло в буквальном, телесном смысле.

У третьей просьбы есть и строгое клиническое эхо, что мне особенно дорого. Даже там, где выздоровление привыкли считать в баллах, зреет понимание: снижения балла мало. В специальной литературе о навязчивостях всерьёз обсуждают, что выздоровлением стоит называть

не только тихий симптом, но и возвращённую жизнь: работу, учёбу, людей, обычные дни[6]. Смысл для человека медленно, со скрипом, но проникает в язык тех, кто считает баллы. Добрый знак.

И последнее здесь, вполголоса. Одиночество, построенное симптомом, редко разбирается в одиночку: в стройке, как правило, участвовала не одна пара рук, и разбирать стену тоже сподручнее вместе. О том, как в выздоровление входят близкие — как семья из системы слежения снова становится семьёй, — расскажу в главе 18. Так звучит третья из четырёх просьб: вернуть отношения.

Вернуть смысл

«Хочу вернуть время. Мне жалко лет».

«Хочу узнать, кто я без этого».

«Хочу планов длиннее, чем до вечера».

«Хочу, чтобы в голове жило что-то ещё».

Четвёртая просьба — самая тихая. Её редко произносят на первой встрече: сначала говорят про тело, сон и близких. Она приходит позже, когда доверие выстроено, — и звучит так, что в кабинете становится очень тихо. Потому что четвёртая просьба — о жизни в целом. О том, что, по ощущению самого человека, болезнь отняла у него не отдельную часть жизни, а саму жизнь: её время, её будущее и возможность распоряжаться собой.

Начнём со времени. Симптом живёт в человеке как жилец, который сам за постой не платит. Платит хозяин — и платит часами. Часы на ритуалы и проверки, часы на мысли о еде и подсчёты, часы на откладывание жизни «пока не станет лучше». Час за часом, день за днём, год за годом, без выходных и отпусков. «Мне жалко лет», — говорит человек, оглядываясь на годы, съеденные симптомом, и в трёх словах умещается всё: юность, несостоявшиеся дороги, непрожитые дни. Просьба вернуть время невыполнима буквально — прошедшее не возвращается. Но у неё есть выполнимая половина: вернуть время с сегодняшнего дня. Чтобы часы, уходившие симптому, снова стали моими — и было на что их потратить.

Сюда же — просьба, звучащая почти шуткой, хотя шутки в ней мало: «Хочу, чтобы в голове жило что-то ещё». Симптом занимает не только часы — он занимает внутренний эфир. Внутренний эфир, где обычно идут разговоры с собой, планы, воспоминания и мечты, у человека с расстройством порой занят одной передачей: еда, проверки, тревога, вина, стыд, ужас. Люди тоскуют по обычной внутренней жизни — думать о книге, о работе, о человеке рядом, просто глазеть в окно автобуса и ни о чём не думать. Голова, свободная от таких мыслей, становится роскошью, о какой здоровый человек и не знает, что ею владеет.

Есть у четвёртой просьбы и ещё одно лицо — ощущение жизни на паузе. Человек живёт так, словно настоящее ещё не началось: вот справлюсь — и начну. Настоящая работа, настоящая любовь, настоящие поездки отложены до выздоровления, а пока тянется черновик, подготовка, зал ожидания. Годами. И мечты при таком устройстве удивительно скромны: не о фейерверках — о будничном. Проснуться, позавтракать без переговоров с собой, поработать, устать к вечеру обычной усталостью, уснуть спокойно. Величие обычного дня открывается только тому, у кого эти обычные дни отняли.

Дальше — вопрос, задаваемый почти шёпотом: «А кто я без этого?» Симптом, прожив с человеком годы, врастает в самоощущение. Расписание дня выстроено вокруг него, разговоры ведутся о нём, борьба с ним стала главным делом и почти профессией. И на пороге выздоровления человек с ужасом обнаруживает, что не помнит себя без симптома: не знает, что любит, о чём мечтает, какой он вообще. Исследователи, собиравшие рассказы взрослых людей о лечении анорексии, вынесли эту тему в само название работы: люди описывали выздоровление как поиск собственной идентичности — труд заново узнать, кто я, отдельно от болезни[7]. Четвёртая

просьба и есть просьба об этом труде: не только убрать симптом, но и найти человека, который останется, когда симптом уйдёт.

Есть у четвёртой просьбы и светлая примета, по какой её узнаёшь безошибочно. Спросишь человека: а если бы симптом ушёл завтра — чем бы занялись? Ответ почти никогда не бывает абстрактным. Называют предельно конкретное: доучиться и получить диплом, выйти замуж, завести собаку, съездить к морю не в сезон, родить второго, научиться водить. По конкретности мечты видно, как долго мечта ждала своей очереди: у неё уже есть имя, порода, месяц и маршрут. Такие ответы я про себя зову списком возвращений — и возвращение смысла обычно начинается с первой исполненной строки.

В списках встречается и пункт, о каком стоит сказать отдельно, — желание пригодиться. «Хочу однажды помочь тому, кто сейчас там, где была я», — так формулируют люди, прошедшие большую часть пути. Пережитое просится в дело: боль хочет стать опытом, опыт — пользой. Замечу осторожно: подобное желание приходит своим чередом, ближе к выходу, и торопить его нельзя — сначала жизнь возвращают себе, лишь потом ею получается делиться. Но само появление такого пункта — верный знак: смысл вернулся, и вернулся с запасом.

И всё же не каждый рвётся расставаться с симптомом. У самых измученных людей рядом с «хочу, чтобы кончилось» живёт второе, стыдное и редко произносимое вслух: страх. Будто вместе с симптомом уйдёт что-то ещё — что именно, человек обычно назвать не может, но страх настоящий. Здесь мне важно одно: такой страх — не каприз и не слабость мотивации. Он законная часть четвёртой просьбы, и любой разговор о выздоровлении обязан его учитывать.

«Хочу планировать свою жизнь, а не дожить до вечера» — просьба о будущем. Жизнь при симптоме сжимает горизонт: планировать получается от приёма пищи до приёма, от проверки до проверки, от «продержаться день» до «дожить до утра», словно на войне. Отпуск, учёба, переезд, ребёнок — всё уходит в разряд «потом, когда справлюсь». Годы идут, «потом» не наступает. Люди просят вернуть им право на длительные планы, на будущее, стоящее дальше сегодняшнего вечера и не обусловленное симптомом: не «поеду, если буду в форме», а просто «поеду». По тому, как далеко простираются планы, иногда можно судить о том, насколько продвинулось выздоровление. Пока горизонт кончается вечером, главный в голове — симптом. Когда в речи появляется следующее лето, жизнь уже отвоёвывает у болезни ресурсы.

А заканчивается четвёртая просьба неожиданно. Казалось бы, человек должен хотеть назад — в ту жизнь, какая была до болезни. Но люди, прошедшие путь до конца, редко говорят «я снова стал таким, как до болезни». Чаще говорят иначе: я стал другим. Научился слышать себя, отличать своё от навязанного, беречь дорогое — беда не прошла даром. Авторы одного исследования, расспрашивавшие таких людей, услышали то же самое: выздоровление описывали не как возврат назад, а как рост, как новую жизнь, какой без этого пути, возможно, не случилось бы[8]. Выздоровление, о каком просят люди, — не реставрация прошлого. Оно смотрит вперёд.

Вернуть жизнь

Теперь четыре просьбы можно собрать вместе.

Вернуть тело — чтобы в нём снова можно было жить. Вернуть эмоции — чтобы жизнь снова звучала. Вернуть отношения — чтобы было с кем её разделить. Вернуть смысл — чтобы было зачем. Четыре просьбы, четыре возвращения, одна жизнь. Когда человек говорит об улучшении, он часто имеет в виду именно эти перемены, а не только отсутствие приступов или ритуалов. Если симптомы уже уменьшились, но желания и радость пока не возвращаются, из этого ещё не следует, что лечение оказалось бесполезным. Просто одного показателя недостаточно, чтобы описать всю жизнь человека.

На приёме люди нередко просят прежде всего об одном: «уберите приступы», «избавьте от навязчивостей», «сделайте, чтобы этого не было». Это естественно: симптом мешает жить прямо сейчас. Но спросите человека, что изменится, когда симптома не станет, — и в ответ часто прозвучат всё те же четыре возвращения. Буду спать. Сяду со всеми за стол. Перестану врать. Начну строить планы. Человек хочет не пустое место там, где был симптом. Человек хочет свою жизнь.

Почему же тогда он просит убрать симптом, а не вернуть жизнь? Потому что в его картине два желания слились в одно. Человек убеждён: жизнь у него отнял симптом. Тело измучено приступами, эмоции выжжены тревогой, близкие отдалились из-за вранья, время съели ритуалы — во всём виноват только симптом. А раз причина всех потерь — симптом, то и путь один: убрать причину, и жизнь вернётся сама. «Уберите — дальше я справлюсь».

Объяснение стройное, и человека можно понять. Однако в этом объяснении есть допущение: причина всех потерь — симптом. Так ли это на самом деле? От ответа зависит всё лечение. Если да, лечение правильно делает, что бьёт по симптому. Если нет — если симптом сам следствие чего-то ещё, — то даже убрав его, жизнь назад не получишь. Проверкой этого допущения книга и займётся.

Вернуть все четыре потери разом — и тело, и эмоции, и людей, и будущее — звучит почти дерзко рядом со скромным «пусть хотя бы приступы отпустят». И всё же именно столько стоит просить — и человеку у лечения, и мне у собственной работы. Потому что всё, что меньше, — ещё не выздоровление. Симптом притих, а жизни нет — это перемирие с болезнью на её условиях: она отдала симптом, но оставила себе всё остальное. Дороги лечения мы уже прошли и увидели, где каждая заканчивается. Дальше, с главы 16, я расскажу, как работаю сам, — и проверять эту работу мы будем в главе 22 теми же четырьмя просьбами, без поблажек автору.

Во всех четырёх просьбах повторяется одно слово — «вернуть». Люди прежде всего просят вернуть собственное: тело, в котором жили. Эмоции, звучавшие в полный голос. Людей, сидевших рядом. Жизнь, принадлежавшую им. Всё перечисленное когда-то было — и многое забрала болезнь. Стол, сон, голос, близкие, время, будущее.

Нужны четыре просьбы не только человеку с симптомом. Близкие тоже годами живут с одним-единственным вопросом — про еду, про ритуалы, про «как ты сегодня» — и сами устают от симптома не меньше. Четыре просьбы дают семье, о чём говорить, кроме симптома. Можно спросить: как спалось? Чему обрадовалась за неделю? С кем виделась? Что задумала на лето? Вопросы простые, но дома их почти не задают: там давно говорят только о еде и проверках. А ведь из таких разговоров жизнь и собирается обратно — и у человека, и у всей семьи.

После четырёх просьб остаётся вопрос, от которого зависит дальнейший разговор. Первая глава показала дороги лечения, вторая — где каждая дорога заканчивается, третья назвала, чего человек на самом деле ждёт в конце пути. До сих пор мы смотрели на «что». Теперь пришло время спросить «почему». Почему симптом забирает у человека так много? И почему цепляется за человека так крепко, что годы хорошего лечения не могут разжать его хватку? С этого вопроса начинается вторая часть книги.

ЧАСТЬ II. Новый взгляд: зачем нужен симптом

Здесь я отвечаю на главный вопрос книги. Зачем организму симптом, если он разрушает жизнь? Чтобы ответить, нам понадобятся стресс, который копится без выхода, чувствительность, с которой человек родился, и запрет на выражение эмоций, выученный в детстве. Из этих трёх слагаемых собирается механизм, который в конце части я покажу на образе котла с клапаном. Симптом в этой картине окажется защитой, за которую человек платит слишком дорого.

Глава 4. Когда симптом кажется спасением

Остров суши посреди наводнения

Алина пришла ко мне в марте — в том возрасте, когда другие девочки спорят с матерями о том, во сколько возвращаться домой. Она села на край кресла. Не откинулась, не устроилась поглубже, а села именно на край — так садятся в приёмной у врача, готовые в любую секунду встать и уйти. Руки она сложила на коленях, ладонь к ладони, и за сорок минут разговора они почти не сдвинулись с места.

Я спросил, как она себя чувствует. Она ответила вежливо и обстоятельно — про школу, про олимпиаду по химии, про то, что родители ею довольны. Я слушал и ловил себя на странном ощущении: передо мной сидел очень собранный взрослый человек, спокойно докладывающий о положении дел. Только этому взрослому было пятнадцать. И где-то под безупречным докладом — я чувствовал это, ещё не умея назвать словами — шла работа, на которую уходили все её силы.

О еде она заговорила сама, ближе к концу встречи, тем же ровным тоном, каким рассказывала про олимпиаду. Сказала, что «навела порядок» в том, что ест. Произнесла это с тихим облегчением — так говорят не о болезни, а о наконец-то решённой задаче, о деле, которое долго не давалось и вот теперь сделано.

И тут я понял, что смущало меня всё это время.

Алина не выглядела человеком, который потерял контроль. Она выглядела человеком, который наконец-то его обрёл.

Когда болезнь похожа на спасение

Это противоречит всему, что мы привыкли думать о расстройстве пищевого поведения (РПП). Мы представляем себе хаос, срыв, болезнь, которая накрывает человека и подчиняет его себе. Картина беспорядка, потери, распада. Но Алина переживала свою анорексию прямо противоположным образом — как остров суши посреди наводнения.

Вокруг всё было непредсказуемо. Настроение родителей, которое менялось без объявления. Их вечная занятость, за которой она научилась не видеть отвержения, потому что отвержение — это слишком больно, а «они просто устают на работе» — терпимо. Негласное правило семьи, по которому эмоций в ней как бы не существовало: любую тревогу, любую обиду здесь встречали разумным советом, как встречают неисправность — починкой, а не сочувствием. В этой семье умели решать задачи. Не умели только одного — быть рядом, когда плохо.

А здесь, в одной-единственной области, Алина была хозяйкой. Здесь правила устанавливала она сама. Что будет, а чего не будет. И впервые за долгое время — что-то слушалось.

Мне понадобилось ещё несколько встреч, чтобы расслышать в её «навела порядок» то, чем оно было на самом деле. Это был крик о том, что внутри неё есть хаос, которого никто, включая её саму, до сих пор не признавал существующим. Тело Алины говорило за неё на единственном языке, который в её семье не пресекали. Когда запрещены слёзы, запрещена злость, запрещён страх — остаётся тело. И оно берёт слово.

Я начинаю главу с Алины потому, что её история типична. Типична до боли. За годы практики я видел десятки таких собранных пятнадцатилетних, ровным голосом докладывающих о собственном благополучии, с неподвижными руками на коленях. И почти за каждым стоял один и тот же сюжет: ребёнок, очень рано усвоивший, что его внутренняя жизнь — лиш-

няя и что ему необходимо доказывать свою полезность, игнорируя свои потребности, делая то, что считается разумным, то есть нужным родителям.

Родители в таких историях искренне любят своих детей, но бывают холодными. У них самих часто не остаётся сил: своя усталость, свой хронический стресс, своя боль, которую никто не лечит, нередко ещё из их собственного детства. Чаще всего родитель носит ту же рану, что потом достаётся ребёнку, и передаёт её, сам того не желая. Родители дают столько тепла, сколько у них есть. Я рассказываю об этом прежде всего для того, чтобы стало понятно, что можно изменить ради выздоровления. А ребёнку всё равно по-настоящему больно. Эту боль я постараюсь показать дальше в этой главе и в следующей.

Эта глава о том, как из такой тихой беды рождается симптом. И о том, почему симптом — это не поломка ребёнка, которую надо просто устранить, а его решение, которое когда-то спасало. Поломкой это решение становится потом, когда симптом начинает забирать жизнь. Адаптацию тело выстраивает само, не спрашивая и не объясняя.

Главная мысль, ради которой написана эта книга

Хочу сразу обозначить мысль, вокруг которой будет всё разворачиваться.

То, что мы называем болезнью, — навязчивый ритуал, жёсткий порядок в еде, изматывающая проверка, — обычно не сбой организма, а найденное психикой решение. Способ вернуть себе управляемость там, где её отняли. Способ сбросить напряжение, которое больше некуда деть. Расстройство пищевого поведения и обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) — это способ, который психика выработала без участия сознания, чтобы выжить, когда другого выхода не нашлось.

Понимаю, что это звучит непривычно. Нас приучили воспринимать симптом как врага, как нечто чужеродное, что напало и подлежит уничтожению. И когда речь идёт о навязчивых мыслях или о мучительных отношениях с едой, врагом легко назначить сам симптом. И дальше часто врагом назначают ребёнка: «не хочешь, придуриваешься». Даже когда разум понимает, что это болезнь, родительское тело всё равно относится к ребёнку как к врагу. Но за годы работы я всё чаще убеждался: симптом — не враг. Симптом — это речь. Сбивчивая, отчаянная, на чужом для многих языке — но речь о вполне реальной боли. Это спасатель, который умеет кричать только на языке тела. И пока мы воюем с речью, мы не слышим того, кто говорит.

Дальше в этой главе я постараюсь показать это с двух сторон. Сначала — почему под навязчивостью и под жёстким контролем почти всегда лежит непереносимый, непрекращающийся стресс. Потом — почему облегчение, которое даёт симптом, реально, но обманчиво, и почему со временем спасательный круг превращается в гирю. Скажу и о том, чего эта идея не отменяет: бывают случаи, когда похожие симптомы вызваны телесной причиной, и лечат их иначе. Но прежде чем мы дойдём до оговорок, я хочу, чтобы вы увидели главное. А главное — вот этот переворот: болезнь, которая на поверку оказывается спасением. Расстройство берёт на себя работу, которую не сумел сделать родитель: снижает стресс ребёнка.

И тогда становится понятным, почему девочки с РПП на ранних этапах часто относятся к своему расстройству как к защитнице или наставнице и готовы бороться за неё насмерть, как за свою жизнь.

Поч

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на Литрес.

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